



universität  
wien

# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Migrantinnen und Migranten in der institutionellen  
Pflege – Identifikation von Bedürfnissen und  
Möglichkeiten der Erfüllung“

verfasst von / submitted by

Amila Crnalic Bakk.phil MA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of  
Master of Arts (MA)

Wien, 2017 / Vienna 2017

Studienkennzahl lt. Studienblatt /  
degree programme code as it appears on  
the student record sheet:

A 992 050<

Studienrichtung lt. Studienblatt /  
degree programme as it appears on  
the student record sheet:

Universitätslehrgang Gerontologie und soziale Innovation

Betreut von / Supervisor:

Prof.Dr.Franz Kolland

## **Inhaltsverzeichnis**

Inhaltsverzeichnis .....	II
1. Einleitung.....	1
1.1 Ziel der Arbeit .....	2
1.2 Aufbau der Arbeit.....	5
2. Begriffserklärung .....	7
2.1 Migration.....	8
2.2 Integration.....	12
2.3 Kultur und Werte.....	15
2.4 Soziale Struktur .....	20
2.5 Diversität.....	25
2.6 Transkulturelle Pflege.....	28
2.7 Religiosität .....	31
2.8 Zwischenfazit.....	34
3. Lebensphase Alter.....	36
3.1 Demenz und Sprache.....	44
3.2 Beschreibung der Krankheit Demenz .....	46
3.2.1 Besondere Herausforderungen der Pflege aufgrund von Demenz .....	49
3.2.2 Validation als praxisorientierter Ansatz für die Pflege bei Demenz.....	55
4. Bevölkerungsstatistik.....	64
4.1 Bosnien.....	66
4.2 Kroatien .....	67
5. Methodischer Zugang.....	68

5.1 Datenauswertung .....	70
5.2 Offenes Kodieren nach der Grounded Theory .....	72
5.3 Mögliche Störfaktoren.....	80
6. Fazit.....	81
7. Handlungsempfehlungen für die institutionelle Pflege .....	84
8. Anhang .....	89
Quellenverzeichnis .....	IV

## 1. Einleitung

In dieser Arbeit handelt es sich nicht um MigrantInnen im engeren Sinne, sondern im Zusammenhang mit Pflege, Betreuung und deren Erwartungen an Trägerinstitutionen. Wir leben in einer alternden Gesellschaft und die Frage der Versorgung der alt werdenden MigrantInnen bekommt immer mehr an Bedeutung. Diese Problematik ergibt sich zum einen aus der Tatsache, dass bereits viele Menschen mit Migrationshintergrund im Land leben und zum anderen der sogenannte demografische Wandel dafür verantwortlich ist, dass der Mensch von heute dank Arbeitserleichterungen und medizinischer Versorgung immer älter wird, während die Geburtenraten stagnieren oder sogar rückläufig sind. Der Terminus des demografischen Wandels meint „die Veränderung der Zusammensetzung einer Gesellschaft – insbesondere der Altersstruktur [...]. Der Begriff ist zunächst weder positiv noch negativ behaftet und kann sowohl eine[...] Zunahme als auch eine Abnahme bezeichnen“ (Bold / Deußen 2013: 21.), wobei in diesem Fall von einer Zunahme an älter werdenden Menschen im Allgemeinen und MigrantInnen in der Gesellschaft im Speziellen verstanden werden soll.

MigrantInnen sind oft nicht ausreichend über das österreichische Pflegesystem und Förderungen informiert. Durch etliche Rückzugstrategien oder eine insgesamt schlechte Integration in die Aufnahme Gesellschaft bleiben viele außen vor. Einer des Grunds ist unter anderem auch die sprachliche Barriere, aber auch kulturelle, welche ein Hindernis für Integration oder Anspruch auf Pflege/Betreuungsangebote sind. Alle Mitglieder, die einer bestimmten Kultur gehören wissen was im Großen und Ganzen von jedem Einzelnen in der angehörenden Gesellschaft erwartet wird. Jedoch einer fremden Kultur bzw. Gesellschaft ausgesetzt zu sein und auf völlig neue Muster zu stoßen, die nicht erklärbar sind, verursacht im allgemeinen ein störendes Gefühl der Desorientierung und Hilflosigkeit. Eine andere Kultur erzeugt somit Kulturschock. In dem sie Ihre räumliche Umwelt verlassen, verlassen sie zugleich eine Mitwelt, in der sie sich auskannten und von der sie verstanden wurden. Meine Fokusgruppe sind Bevölkerungsgruppen aus Bosnien, Kroatien, Serbien. Ursprünglich war geplant auch türkische Migrantinnen zu diesem Thema zu befragen, aber ich habe mich letztendlich um entschieden. Mein besonderes Interesse sich mit dieser Thematik auseinander zu setzen liegt auch daran, dass sich selbst Migrationsgrund habe und im Bereich Pflege und Betreuung arbeite und dass immer ein stark werdendes Thema ist.

## 1.1 Ziel der Arbeit

Das Ziel dieser Arbeit ist einen Einblick in das Denken und Fühlen älterer Menschen mit Migrationshintergrund und deren Angehörigen zum Thema „Pflegeheim, Seniorenheim und Betreuung“. Es geht von daher um jene Gedanken und Gefühle, die in einer spezifischen Phase des Lebens relevant sind: Schließlich agiert und denkt ein noch junger Mensch in einer frühen Lebensphase teilweise ganz anders als jemand, der schon auf Jahrzehnte voller Erlebnisse und physische wie auch physische Veränderungen an sich selbst zurückblicken kann. Vor diesem Hintergrund ist es unerlässlich, dass als ein weiteres Ziel dieser Arbeit die Lebensphase des Alters mit ihren Merkmalen beschrieben wird, denn sie gibt den Rahmen für alle Bedürfnisse, Vorstellungen und Voraussetzungen des jeweiligen Menschen vor. Vor allem geht es darum zu herauskristallisieren welche Erwartungen, Bedarf und Bedürfnisse hat die Fokusgruppe an die Trägerinstitutionen. Um die Antwort auf diese Fragen zu bekommen, eignet sich gut die Grundlage der Grounded Theory aus der qualitativen Sozialforschung. Ich habe für diese Arbeit Problem zentriertes Interview ausgesucht. Anhand von einem Leitfaden wurden 10 Personen anhand Leitfaden Interviews, in der Altersstufe 40-80 Jahren befragt. Davon fünf Herren und fünf Damen. Somit lautet die Forschungsfrage:

- Welche Erwartungen, Bedarf und Bedürfnisse haben MigrantInnen an die Trägerinstitutionen?

Das Ergebnis ist verschriftlicht und das Resümee in die Masterarbeit integriert.

Im Voraus der Auseinandersetzung mit diesem Thema ist einleitend aber die Frage in den Raum zu stellen, weshalb die Migrantinnen und Migranten im bisherigen Pflegesektor als zu pflegende Klientel unterrepräsentiert sind gegenüber den Einheimischen. Zunächst einmal ist dies schon dadurch zu erklären, dass weniger Menschen mit Migrationshintergrund als ohne in Österreich leben, weshalb auch weniger von ihnen später in der Pflege auftauchen.

Allerdings muss zugleich darauf hingewiesen werden, dass sich die Forschung und auch Statistik bisher nicht wirklich mit Migrantinnen und Migranten in der Pflege befasst haben, weshalb schlichtweg noch genauere Daten fehlen: „Die Sozial- und Gesundheitsforschung beschäftigt sich schon seit langem mit Migrantinnen und Migranten. Gleichwohl wird diese Bevölkerungsgruppe immer noch nicht in der Gesundheits- und Pflegeberichterstattung umfassend und differenziert erfasst. Als Folge davon liegt ein Mangel an belastbaren Daten zur Gesundheit und Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund vor.“ (Kohls / Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) 2015, ohne Seite)

Jedoch lässt sich durch statische Prognosen die Relevanz des Themas schon jetzt vorhersagen: „In Zukunft wird es aufgrund der Zunahme an älteren Menschen mehr Pflegebedürftige geben. Bei gegebener demografischer Entwicklung sind dann auch vermehrt Migrantinnen und Migranten von Pflegebedürftigkeit im Alter betroffen. Mit einer Zunahme des Pflegebedarfs ist bereits in der gegenwärtigen Dekade zu rechnen, wenn verstärkt mehr Arbeitsmigranten der ersten Generation 70 Jahre und älter werden.“ (Kohls / Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) 2015, ohne Seite)

Somit kann es dazu kommen, dass Migrantinnen und Migranten zwar eine Form der Pflege erhalten, aber lediglich als zu pflegende Person im Allgemeinen und nicht als zu pflegende Person mit Migrationshintergrund erfasst werden. Dies spricht zwar für einen Ansatz der Gleichbehandlung, wenn nicht danach gefragt wird, ob denn bei diesem oder jener zu betreuenden Person ein Migrationshintergrund vorliegt, allerdings wäre das Wissen darüber in diesem Fall wichtig. Wie im Folgenden noch gezeigt wird, resultieren aus einem Migrationshintergrund nämlich besondere Voraussetzungen und Bedürfnisse der Menschen, die von denen der einheimischen zu Pflegenden abweichen können.

Darüber hinaus ist zu vermuten, wie es auch Erhebungen aus dem deutschsprachigen Bereich konstatieren, dass Migrantinnen und Migranten oftmals in finanziell weniger gut situierten Lebensumständen sind. Sie können sich eine professionelle umfassende Pflege von daher gar nicht leisten, auch wenn diese notwendig wäre. Oder es werden aufgrund der angespannten finanziellen Situation eher die Zuschüsse für Pflegeleistungen angenommen, aber nicht in eine professionelle Pflege investiert. Stattdessen wird die Pflege von Bekannten oder Familienangehörigen geleistet, womit die finanziellen Pflegeleistungen anderweitig verwendet werden können. Derartige Fälle tauchen aber in keiner Statistik auf und können damit nicht als Migrantinnen und Migranten in der Pflege Österreichs erfasst werden.

Darüber hinaus ist es in anderen Gesellschaften üblicher als in Österreich, alte Menschen innerhalb der Familie zu pflegen. Die eigenen Eltern zu pflegen, kann heute kaum mehr von den Kindern geleistet werden, weil diese selbst eine Familie am Laufen halten müssen und zudem arbeiten gehen. Die Zeit für eine Pflege von Familienangehörigen fehlt damit, zudem hat über die letzten Jahrzehnte die Bereitschaft abgenommen, diese Arbeit zu übernehmen.

Demgegenüber ist es in den Kulturkreisen der Menschen mit Migrationshintergrund oft noch üblicher und gesellschaftlich sogar verlangt, dass zum Beispiel die Tochter sich später einmal um die Eltern kümmern muss. Als alter Mensch in eine professionelle Pflegeeinrichtung zu

gehen oder sich Pflegeleistungen von außerhalb der Familie zu holen, wird von Menschen aus anderen Kulturkreisen nicht akzeptiert oder als unpassend angesehen: „So besteht bei vielen Migrantengruppen der ausgeprägte Wunsch, innerhalb der Familie gepflegt zu werden.

Damit korrespondiert eine überdurchschnittlich hohe Pflegebereitschaft der Angehörigen, insbesondere der Frauen. Verstärkt wird sie dadurch, dass die Einkommenssituation von Migranten schlechter als die der deutschen Bevölkerung ist. Dies trägt dazu bei, dass pflegebedürftige Migranten Geldleistungen der Pflegeversicherung den Vorzug vor Sachleistungen, also der ambulanten Pflege bzw. der Pflege in einer Pflegeeinrichtung, geben und auf familiäre Unterstützung gesetzt wird.“ (Kohls / Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) 2015, ohne Seite)

Damit ist zu vermuten, dass vielfältige Gründe vorliegen, weshalb Migrantinnen und Migranten noch nicht so häufig in der Pflege vertreten sind wie Einheimische. Allerdings werden sich die Einstellungen der Kinder von Migrantinnen und Migranten, die jetzt in Österreich leben, langfristig ebenso verändern – die Bereitschaft, das eigene Leben zurückzustellen, um als Tochter die Eltern zu pflegen, wird damit sinken. Zudem werden die Nachfolgenerationen durch bessere Sprachkenntnisse und Arbeitsverhältnisse dazu in der Lage sein, die angebotene Pflege in Österreich zu nutzen.

Somit erweist sich die vorliegende Arbeit als sehr wichtig, um den Pflegesektor auf diese zukünftig aller Wahrscheinlichkeit nach steigende Klientel vorzubereiten: „Bislang nehmen Migrantinnen und Migranten im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund gesetzliche Pflegeleistungen unterdurchschnittlich in Anspruch. Dies dürfte sich in Zukunft ändern. Das gilt nicht nur aufgrund sich wandelnder demografischer Strukturen, sondern auch, weil die von älteren Migranten bislang gegebenen familialen Solidar- und Unterstützungspotenziale vermutlich nicht mehr im heutigen Umfang zur Verfügung stehen werden.

So deutet sich an, dass der Wunsch älterer Migranten nach familialer Unterstützung im Fall von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit in den nachfolgenden Generationen bedingt durch veränderte soziale Normen, Lebensstile und Lebensentwürfe an Grenzen stößt.“ (Kohls / Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) 2015, ohne Seite)

## **1.2 Aufbau der Arbeit**

Dieses Kapitel beschreibt den inhaltlichen, sowie strukturellen Aufbau der vorliegenden Masterarbeit.

Im zweiten Kapitel werden jene Begriffe vorgestellt, die von zentraler Wichtigkeit für das Verständnis der vorliegenden Arbeit und das Thema sind. Ziel soll es hierbei nicht nur sein, lediglich eine simple Definition zu geben. Vielmehr werden zu jedem Begriff die sich dahinter verbergenden Konsequenzen für die Pflege und das Verhalten von Menschen speziell mit Migrationshintergrund herausgearbeitet, die wesentlich sind für das Darlegen des Forschungsinteresses.

So ist grundlegend auf den Ausdruck der Migration einzugehen, die die Personen auszeichnet, die im Fokus dieser Arbeit aus dem Blickwinkel des Pflegesektors stehen. Bedingt dadurch, dass ohne Zweifel ein harmonisches Zusammenleben sowohl in der Gesellschaft allgemein wie auch in einer Pflegeeinrichtung im Besonderen das Ziel ist, wird in Kapitel 2 weiterhin auf die Integration Bezug genommen.

Anschließend muss geklärt werden, was unter dem Abstraktum der Kultur zu fassen ist. Resultierend daraus, dass der Kulturbegriff alltäglich in allen möglichen Kontexten gebracht wird, muss die Kultur betrachtet werden, die für Personen in der Pflege – sowohl zu Pflegenden als auch Pflegepersonal – bedeutsam ist. Die sich aus der Kultur eines Menschen ergebenden Unterschiede gegenüber anderen Kulturen werden anhand der sogenannte Werte erklärt, welche ebenso in Bezug zum Thema zu setzen sind.

Weiterhin ist in Unterkapitel 2.4 die soziale Struktur zu definieren und als eine bedeutsame Eigenschaft des Menschen herauszuarbeiten. In der Pflege geht es schließlich Tag für Tag darum, dass Verhalten von jenen Menschen akzeptieren, verstehen und darauf reagieren zu können, die Pflege erfahren. Aus diesem Grund soll dargelegt werden, welche Rolle die soziale Struktur dabei spielt. Wie bei jedem anderen Begriff auch, so steht nicht nur die allgemeine Erklärung im Mittelpunkt, sondern es wird – trotz des Fehlens von umfangreicher Fachliteratur zu Migrantinnen und Migranten in der österreichischen Pflegegesellschaft – verständlich gemacht, inwieweit die soziale Struktur Auswirkungen auf das Verhalten des Menschen hat.

Da sich die vorliegende Arbeit mit einer Klientel der Pflege beschäftigt, die sich durch einen Migrationshintergrund von den anderen, einheimischen zu Pflegenden unterscheidet, rückt ein

weiteres Thema in den Blickpunkt: Hierbei handelt es sich um die sogenannte Diversität, die unter 2.5 vorgestellt wird.

Zur Verortung des eigenen Themas in einem fachwissenschaftlichen Konzept wird in Unterkapitel 2.6 angesprochen, welche Anknüpfungspunkte zur transkulturellen Pflege vorhanden sind. Weiterhin ist in diesem Zusammenhang auch auf die Religiosität zu verweisen.

Abgeschlossen wird das Grundlagenkapitel 2 zu den zentralen Begriffen und Eigenschaften des Menschen in der Pflege durch ein kurzes Zwischenfazit. In diesem Abschnitt werden die einzelnen Stränge zusammengeführt und zu einem roten Faden verwoben, der überleitet zum dritten Kapitel.

Das dritte Kapitel rückt die Lebensphase des Alters in den Fokus der Arbeit. Dies ist entscheidend für die Beschreibung der Menschen, die in der Pflege anhand fachwissenschaftlicher Literatur beschrieben und mittels eigener empirischer Forschung befragt werden. Zielsetzung ist es hier, das Verhalten und die besonderen Anforderungen der Menschen in der Lebensphase des Alters zu erklären. Bedingt durch die Fokussierung auf Migrantinnen und Migranten in der Pflege wird dabei zudem der Versuch unternommen, die Herausforderungen des Alters aus Sicht von Menschen mit Migrationshintergrund zu ergründen.

Befasst man sich heute mit dem Alter, so muss man sich in vielen Fällen und bei steigendem Alter auch mit der Demenz auseinandersetzen. Deshalb wird das dritte Kapitel diese neue Volkskrankheit des Alters vorstellen, ihre Verbindung zu den sprachlichen Fähigkeiten des Menschen – als besondere Anforderung für Migrantinnen und Migranten, die ohnehin unter sprachlichen Defiziten leiden können – aufzeigen und die Herausforderungen benennen, die aus der Erkrankung für die Pflege resultieren.

Im Rahmen des Exkurses zur Demenz soll im Weiteren die Chance genutzt werden, ein schon existierendes und in der Pflege breit etabliertes Konzept aufzugreifen, das für den Umgang mit sehr alten Menschen (mit Demenz) begründet wurde. Nach eigener Einschätzung bietet dieses nämlich zahlreiche Anknüpfungspunkte für die Pflege von Migrantinnen und Migranten.

Der empirische Teil der Arbeit wird in Kapitel 4 dadurch eingeleitet, dass mit Blick auf Bevölkerungsstatistiken dargelegt wird, welche Bedeutung Menschen mit Migrationshintergrund schon heute in der Gesellschaft Österreichs spielen und zukünftig

spielen werden. Exemplarisch für Migrantengruppen werden Bosnien und Kroatien als Herkunftsländer von Migrantinnen und Migranten in Österreich präsentiert.

Das fünfte Kapitel fasst zunächst den methodischen Zugang der eigenen Forschung zusammen und erklärt, wie die empirischen Daten gewonnen werden konnten. Daran schließt sich in Unterkapitel 5.1 die Datenauswertung an.

Über das offene Kodieren auf der Grundlage der Grounded Theory werden die wichtigsten Aussagen der befragten Experten zum Thema zusammengefasst und in Verbindung zu den vorangegangenen Ergebnissen aus der Fachliteratur gesetzt. Ebenso ist dabei auf mögliche Störfaktoren einzugehen, die einen Einfluss auf die Ergebnisse haben könnten. Dies ist bedeutsam, um die erhobenen empirischen Daten wissenschaftlich nachvollziehbar zu präsentieren.

Abgerundet wird die vorliegende Ausarbeitung mit einem Fazit, in dem die Zielsetzung überprüft und die postulierten Fragen der eigenen Forschung beantwortet werden sollen. Darüber hinaus wird ein Ausblick auf die Zukunft des Themas gegeben und versucht, konkrete Handlungsempfehlungen für die Praxis der Pflege zu geben.

Die geführten Interviews werden in transkribierter Form dem Anhang dieser Arbeit beigelegt, da sie im Verlauf von Kapitel 5 nicht komplett präsentiert werden können.

## **2. Begriffserklärung**

Am Anfang meiner Masterarbeit ist es für mich wichtig einige Begriffe näher zu erläutern, da sie in dieser Arbeit stark verankert sind. Diese Begriffe sind für das Verständnis der folgenden Ausführungen wesentlich, weil sie immer wieder auftauchen. Darüber hinaus handelt es sich dabei um Fachbegriffe, die schon von vielen verschiedenen Forscherinnen und Forschern aus unterschiedlichen Fachdisziplinen definiert wurden. Aus diesem Grund existieren unterschiedliche Begriffserklärungen, auf die nicht alle eingegangen werden kann. Stattdessen finden sich in den weiteren Unterkapiteln möglichst kurze Definitionen, die für die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit ausgewählt wurden, weil sie mit dem eigenen Ansatz übereinstimmen.

Begonnen wird mit dem Begriff der Migration, da er für die Bedürfnisse und Eigenschaften der Personen in der Pflege absolut wesentlich sein kann, indem er spezifische Voraussetzungen mit sich bringt, die diese Menschen mit Migrationshintergrund von anderen

Personen ohne Migrationshintergrund unterscheiden. Ausgehend davon muss jede Pflegekraft und jeder Träger einer Pflegeeinrichtung wissen, was zu erwarten ist, wenn mit Migrantinnen und Migranten umgegangen wird.

## 2.1 Migration

Um den Begriff der Migration zu erklären, ist es am einfachsten, sich mit jenen Menschen zu befassen, die als Migrantinnen und Migranten bezeichnet werden. Dies hängt damit zusammen, dass die rein wortgeschichtliche Bedeutung des Wortes nicht dazu in der Lage ist, die sozialen und politischen Aspekte mit abzudecken, die in der Moderne damit verbunden sind. Die Schwierigkeit der Definition resultiert zudem daraus, dass es immer wieder zu Umbenennungen der gleichen Gruppe von Menschen gekommen ist, die heute als Migrantinnen und Migranten betitelt werden: Erst hießen sie Gastarbeiter, dann Fremde oder Ausländer. Da das Wort Ausländer als politisch nicht korrekt angesehen wurde, musste ein neues Wort her. Die heutige Bezeichnung für Menschen mit ausländischen Wurzeln ist „Migrant“. Das Wort Migrant ergibt sich aus dem lateinischen „migrantis“ und bedeutet „wandernd“. (Vgl. <http://www.duden.de/definition/migrant> (Stand 24.02.2011)) Als solche Personen stehen ihnen besondere Rechte zu, aber sie haben sich zugleich an Pflichten und Einschränkungen zu halten, die sie von den Einheimischen der Gesellschaft, in die sie wortwörtlich eingewandert sind, differenzieren.

Aus Sicht ihres Herkunftslandes sind Migranten Auswanderer, aus Sicht des Aufnahmelandes Einwanderer also Immigranten. So wurden aus Ausländer als „Menschen mit Migrationshintergrund“ umschrieben. Diese Bezeichnung fasst alle Migranten und ihre Nachkommen unabhängig von der Staatsbürgerschaft, die sie angenommen oder auch aufgegeben haben. (Vgl. <http://www.europeanmigration.de/euromig/hf/migrat/allg/migrgr.htm> (Stand 24.02.2011)) Diese Begriffsauslegung führt damit zu dem Phänomen, dass selbst jene Menschen, die beispielsweise in Österreich geboren wurden, weiterhin als Personen mit einem Migrationshintergrund erfasst werden, wenn ihre Eltern zum Beispiel aus der Türkei hierhergekommen sind. Ihre Kinder können somit durchaus von Geburt an die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen, jedoch weisen sie durch ihre Eltern dennoch das Merkmal der Migration auf.

Angesichts der steigenden Zahl von Menschen mit Migrationshintergrund ist es – so auch im Rahmen dieser Arbeit – immer wichtiger, sich in allen Lebensphasen mit ihrem Platz in der Gesellschaft zu befassen. Schließlich bleiben die ehemaligen Gastarbeiter nicht ewig jung und im arbeitsfähigen Alter, wodurch gerade die Lebensphase des höheren Alters bisher oft vernachlässigt wurde, aber einige neue Herausforderungen an die Gesellschaft stellen. Dabei ist die Migration ein sozialer Prozess, den es in der Menschheitsgeschichte schon immer gegeben hat. Es ist also keineswegs ein neues Phänomen unserer Zeit. Die Gründe für Einwanderungen können Kriege, wirtschaftliche Not, politische und religiöse Verfolgung, soziale Motive oder schlicht individuelle Motive sein. Hauptsächlich aber aus Gründen der Flucht oder auf der Suche nach Arbeit (vgl. <http://www.handbuchderglobalisierung.de/artikel/migration2.htm> (Stand 24.02.2011)), um ein besseres Leben zu erhalten. In den Sozialwissenschaften versteht man unter dem Begriff der Migration „solche Bewegungen von Personen und Personengruppen im Raum (spatial movement) [...], die einen dauerhaften Wohnortwechsel (permanent change of residence) bedingen.“ (Han 2005: 7).

Laut internationaler statistischer Erfassung der Migrationsbewegungen (Empfehlung der Vereinten Nationen) galt bis 1950 als Migration „ein Wohnortwechsel, der länger als ein Jahr dauerte; ab 1960 wurde damit ein Wohnortwechsel länger als fünf Jahre gemeint.“ (Longino / Petersen zit. nach Han 2005: 7) Seit 1998 werden, auch nach der Empfehlung der Vereinten Nationen nur diejenigen Personen als Migranten erfasst, „die zumindest für die Zeitspanne von einem Jahr (for a periode of at least a year) den ständigen Wohnsitz (usual residence) von ihrem Herkunftsland in ein anderes Land verlegen.“ (Longino / Petersen zit. nach Han 2005: 7) Die Migrationsbewegungen der Menschen werden mit einer Mehrzahl von kulturellen, politischen, wirtschaftlichen, religiösen, demographischen, ökologischen, ethnischen und sozialen Faktoren konfrontiert und von diesen beeinflusst. Die Migrationsbewegungen stellen in der Regel das Ergebnis eines Zusammenspiels mehrerer gesellschaftlichen und persönlich-individuellen Ursachen dar, die oft miteinander verzahnt und vermischt sind und die Unterscheidung der freiwilligen oder unfreiwilligen Migration kaum möglich machen. Auf jeden Fall ist die Migration ein langfristiger Prozess, der zwar mit einem Wohnortwechsel beginnt, aber keinen sichtbaren Endpunkt hat. Laut Han beginnt der wesentlich langwierigere und schwierigere Teil der „inneren psychosozialen Migration“ erst nach der „äußeren physischen Migration“. (Han 2005: 8)

Aus soziologischer Perspektive wird Kultur auf einer Mikroebene als die Lebenswelt des Individuums definiert (vgl. Schütz / Luckmann 1975: 23ff). Diese Lebenswelt des Alltags ist die „... vornehmliche und ausgezeichnete Wirklichkeit des Menschen“ (Schütz / Luckmann 1975: 23), die sich, wird sie von einer Gruppe von Menschen geteilt, als kollektives Gedächtnis denken lässt, das routinemäßiges Handeln ermöglicht (vgl. Bolten 2003a: 14). Jeder Mensch verinnerlicht im Laufe seines Lebens „Kultur“. Diese Kultur, die nach der obigen Definition Muster des Denkens und Verhaltens beinhaltet, wird im Rahmen der Sozialisation jedes Menschen von seinem Umfeld (seiner Familie, Nachbarschaft, Schule, Jugendgruppen usw.) übernommen (vgl. Hofstede 2001: 2ff; Lustig / Köster 1999:30) und bestimmt im weiteren Verlauf des Lebens die äußeren Grenzen, innerhalb derer die eigenen Handlungen vollzogen werden. Dieser Vorgang, in dem ein heranwachsendes Individuum nicht nur die Sprache, sondern auch die Denk- und Verhaltensweisen seines sozialen Umfeldes übernimmt, wird von Hofstede, analog zur Programmierung eines Computers, mentale Programmierung genannt (vgl. Hofstede 2001: 2ff). Jeder Mensch trägt diese mentale Programmierung in sich.

Dies bedeutet jedoch nicht, dass das menschliche Verhalten durch diese grundsätzlich vorherbestimmt ist: „... er [der Mensch] hat grundsätzlich die Möglichkeit, von ihnen [den mentalen Programmen] abzuweichen und auf eine neue, kreative, destruktive oder unerwartete Weise zu reagieren.“ (Hofstede 2001:3) Dies sei anhand des sog. Drei-Ebenen-Modells von Hofstede verdeutlicht: Auf der unteren Stufe des Modells befindet sich die menschliche Natur, die allen Menschen gleich ist. Sie soll verstanden werden als genetisch vererbt und beinhaltet menschliche Fähigkeiten wie das Empfinden von Angst, Zorn, Liebe, Freude oder Trauer. Auf der mittleren Stufe befindet sich die Kultur. Sie wird von jedem Menschen erlernt und legt fest, wie die oben genannte menschliche Natur Ausdruck findet. Kultur wird von Kollektiven geteilt und beinhaltet Ausprägungen wie Sprache, allgemein akzeptierte Ziele, Religion, aber auch die Gestaltung alltäglicher Aktivitäten wie Grüßen, Essen, Hygiene usw. In diesem Sinne ist Kultur die Gesamtheit der Denk- und Verhaltensweisen einer Gesellschaft. Sie ist das von einer sozialen Gruppe verwendete Deutungs- und Handlungsmuster zur Bewältigung von Anpassungsproblemen im Umgang des Menschen mit seiner Umwelt. Auf der Grundlage dieser allen Menschen einer Gesellschaft ähnlichen Kultur bilden Menschen durch ihre Erfahrungen im Leben eine individuelle Persönlichkeit aus (obere Modellebene). Bei der Verwendung des Kulturbegriffes ist daher darauf zu achten, dass dieser nicht als das Handeln und Denken determinierend

verwendet wird. Dieses Verständnis des Kulturbegriffes, das nicht nur in Alltagsdiskussionen immer wieder auftritt, lässt sich anhand des von Leiprecht entwickelten sog. Marionettenmodells erläutern:

In diesem Modell erscheinen Menschen, die der Kultur xy zugerechnet werden, als Marionetten, die wie an einem Draht an ihrer Kultur hängen und durch diese gesteuert werden. Ihre Handlungen und ihr Denken werden als durch die Kultur vollständig determiniert wahrgenommen. Ihre Lebensäußerungen werden durch den Filter der Kultur xy wahrgenommen und hierauf reduziert (Leiprecht 2001:31f). Die menschliche Individualität, die auf der Entwicklung unterschiedlicher Persönlichkeiten basiert, wird nicht berücksichtigt. Das sog. Marionettenmodell stellt somit die weit verbreitete falsche Sichtweise von Kultur dar, in der Kultur als statische, homogene Größe wahrgenommen wird, die das Verhalten ihrer Angehörigen vollständig determiniert, ohne dass diese wiederum Einfluss auf ihre Kultur ausüben können. Diese falsche Sichtweise bedient sich einer Reduktion von Kultur und führt dazu, dass Entwicklungen, Konflikte, gegensätzliche Standpunkte sowie letztlich die Individualität jedes Menschen ausgeklammert wird. Ebenso wird verkannt, dass sich Kulturen überlagern und jeder Mensch Mitglied mehrerer (Sub-) Kulturen ist (Vgl. Leiprecht 2001: 31; Vasilache 2003: 26ff).

Somit konnte im Vorangegangenen herausgearbeitet werden, was unter der Migration und damit auch unter den daraus abgeleiteten Begriffen Migrationshintergrund, Migrantin und Migrant zu verstehen ist, die für das vorliegende Thema zentral sind. Grundsätzlich ist das Merkmal eines Menschen, dass er oder sie einen Migrationshintergrund besitzt, für die Pflege dahingehend entscheidend, dass dadurch kulturelle, sprachliche, soziale oder auch politische und religiöse Bedürfnisse und Ansichten vorliegen können, die von den Menschen abweichen, die in der Aufnahmegesellschaft der Migrantinnen und Migranten leben.

Und eben hier findet im Alter der Migrantinnen und Migranten dann auch die Pflege statt, die sich dementsprechend auf die Konsequenzen einer Migration für den Menschen vorzubereiten hat, damit ein möglichst zufriedenstellender Aufenthalt in der Pflegeeinrichtung realisiert werden kann. Ausgehend von der Zielsetzung der vorliegenden Arbeit, die Erwartungen, den Bedarf und die Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten gegenüber den Trägerinstitutionen zu erheben, kann also schon einmal festgehalten werden, dass das Verhalten des Menschen durch den Hintergrund geprägt ist, vor dem er aufgewachsen ist und gelebt hat. Bei Personen mit Migrationshintergrund ist also damit zu rechnen, dass sie andere Bedürfnisse, Bedarfe und Erwartungen an die Trägerinstitutionen in Österreich stellen als es

die einheimischen zu Pflegenden tun. Wie diese Erwartungen konkret aussehen und wie sie eventuell erfüllt werden könnten, soll im Weiteren dieser Arbeit durch die Fokussierung auf verschiedene fachwissenschaftliche und empirische Bereiche geschehen, die in Zusammenhang mit der Migration stehen.

Einhergehend mit der Migration ist also der Gedanke, dass Menschen mit unterschiedlichen Voraussetzungen an einem Ort (Pflegeeinrichtung) oder einer ganzen Gesellschaft zusammenkommen. Wenn diese Menschen harmonisch zusammenleben wollen, muss zwingendermaßen auf die unweigerlich vorhandenen Unterschiede eingegangen werden, die zwischen Einheimischen und Migrantinnen und Migranten vorliegen. Dieser Prozess, bei dem sich die Menschen mit Migrationshintergrund in eine neue Lebenssituation und das Umfeld begeben, kann als Integration verstanden werden. Um was es sich dabei handelt, legt das folgende Unterkapitel dar.

## **2.2 Integration**

Ziel einer jeden Pflegeeinrichtung ist es, dass alle hier vertretenen Menschen – ob nun zu Pflegende oder Pflegepersonal sowie Angehörige und administratives Personal – ohne Konflikte miteinander auskommen. Ein Migrationshintergrund erweist sich in der Pflege wie auch in der Gesellschaft im Allgemeinen vielfach als eine Herausforderung für das reibungslose Zusammenleben, weil der sogenannte Integrationsprozess nicht auf Anhieb gelingt oder sogar gar nicht stattfindet.

Deshalb muss sich für das vorliegende Thema auch mit der Integration auseinandergesetzt werden, denn diese setzt auch voraus, dass die Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten ebenso wie die Wünsche der Einheimischen in einer Pflegeeinrichtung geachtet und bestmöglich befriedigt werden.

Das Zusammenleben der Menschen in einer Gesellschaft ist durch die Integration bestimmt, die im Verlauf der Sozialisation geschehen sollte. Ziel eines jeden Menschen ist es, dass er als Teil der Gemeinschaft, in der er lebt, seinen eigenen Beitrag zur Gesellschaft leistet und von den Leistungen der anderen profitiert. Wenn Migrantinnen und Migranten also auf lange Sicht hin in der Aufnahmegesellschaft bleiben möchten, dann führt kein Weg an einer gelingenden Integration vorbei. Diese Eingliederung in die Gemeinschaft ist grundsätzlich unabhängig von der Lebensphase, vollzieht sich aber einfach in früheren Lebensphasen, weil der Mensch sich dann noch viel eher an die speziellen Vorstellungen und

Rahmenbedingungen der Gemeinschaft gewöhnen kann. Für die hier betrachtete Lebensphase des Alters ergibt sich daraus wiederum eine besondere Herausforderung. Das Wort Integration stammt aus dem lateinischen und bedeutet soviel wie Wiederherstellung, Erneuerung. Heute wird mit Integration die Einfügung bzw. Eingliederung in ein Ganzes, aber auch Anpassung oder Angleichung bezeichnet.

Man kann unterscheiden in:

- strukturelle Integration, d.h. der Erwerb von Rechten und Zugang zu Positionen von Migranten, wie Teilsysteme der Gesellschaft wie Arbeit, Wirtschaft, Bildung, Soziales, Gesundheit, Politik usw.
- kulturelle Integration, d.h. kulturelle Anpassungen und Veränderungen bei Migranten sowie bei der aufnehmenden Gesellschaft (kognitive Verhaltens- und Einstellungsänderungen). Ein freiwilliger Konsens auf der Grundlage von demokratischen Grundwerten und Spielregeln sichert die Entfaltung der kulturellen Vielfalt für alle im Alltagsleben.
- soziale Integration, d. h. die Entwicklung sozialer Kontakte, die Mitgliedschaft in Vereinen, die sozialen Bindungen am Arbeitsplatz, in der Nachbarschaft und in Freizeitaktivitäten.
- identifikative Integration, d.h. die Bereitschaft zur Identifikation mit dem Lebensort, die Entwicklung von Zugehörigkeit und Akzeptanz ermöglicht Beteiligung und Mitgestaltung der Zugewanderten auf allen Ebenen.

Es wird oft von sozialer Integration gesprochen und wie wichtig diese ist, doch scheint die strukturelle Integration viel wichtiger. Zur strukturellen Integration zählt es auch die Sprache zu erlernen, ohne die z.B. eine soziale Integration schwierig werden könnte. Grundsätzlich ist aber festzuhalten, dass Integration einfach bedeutet sich einzugliedern. (vgl. <http://www.duden.de/definition/integration> (Stand 24.02.2011))

Genau diese Eingliederung fällt leichter, wenn die Menschen, die zusammenleben wollen oder sollen, die gleiche Kultur und ähnliche Werte im Leben teilen. Hiermit leben sie nämlich auf einer vergleichbaren Basis, haben ähnliche Wünsche, Vorstellungen und Ziele und stören sich weniger an den anderen Menschen, weil diese ihre Ansichten teilen und unterstützen.

Jedoch bringt eine Migration von Menschen den Umstand mit sich, dass die in der Heimat kennengelernten und lange Jahre gelebten Werte und die Kultur in einer neuen Gesellschaft mit einem Mal nicht mehr gelten können. Hier offenbart sich Konfliktpotenzial und es kann

zu Missverständnissen kommen, wenn verschiedene Wertvorstellungen und kulturelle Gepflogenheiten nicht übereinstimmen, sich einander stören oder sogar gegeneinanderstehen.

In einem solchen Fall ist es sehr schwer, die Bedürfnisse von zu Pflegenden zu erfüllen. Es ist schon an dieser Stelle zu konstatieren, dass es unmöglich ist, stets alle Werte und kulturellen Vorstellungen für jeden Menschen perfekt zu beachten. Für ein harmonisches und integriertes Zusammenleben etwa in einer Pflegeeinrichtung kann aber versucht werden, auf den größten gemeinsamen Nenner zu kommen.

Welche Erwartungen, Bedarf und Bedürfnisse haben also Migrantinnen und Migranten an die Trägerinstitutionen? So lautet die zentrale Fragestellung der vorliegenden Ausarbeitung und soll neben der späteren empirischen Analyse auch anhand der hier vorgestellten Fachliteratur Stück für Stück bearbeitet werden.

Eine weitere Antwort auf diese zentrale Fragestellung der vorliegenden Ausarbeitung ist nach diesem Unterkapitel mit der Integration zu geben. Dabei ist es nicht nur ein politischer Ansatz, die Migrantinnen und Migranten in der Gesellschaft möglichst gut zu integrieren, sondern die Träger von Pflegeeinrichtungen stehen vor der Aufgabe, diejenigen Menschen, die über einen Migrationshintergrund verfügen, so zu behandeln und ihnen solch einen Lebensraum zu kreieren, in dem sie sich auf der einen Seite entsprechend ihrer Vorstellungen entfalten und wohlfühlen können. Auf der anderen Seite wünschen sich Migrantinnen und Migranten aber die Aufnahme in die Gemeinschaft, die in einer Pflegeeinrichtung existiert und im Alter zusammenkommt.

Damit dieser Integrationsanspruch von den Trägereinrichtungen bewältigt werden kann, muss zum einen gewusst werden, welche besonderen Wünsche Migrantinnen und Migranten in ihrem Lebensalltag haben. Zum anderen muss versucht werden, diese mit denen von allen anderen Personen zu vereinbaren, die auch hier leben und durch einen fehlenden Migrationshintergrund wiederum andere Bedürfnisse haben.

Das gemeinsame Essen als Sinnbild der Integration ist ein Beispiel dafür, wenn man bedenkt, dass viele Migrantinnen und Migranten aufgrund kultureller und religiöser Gründe nicht alles essen und trinken möchten, was für einheimische zu Pflegende ganz normal ist oder sogar explizit gewünscht wird. Mit einem Alternativen anbietenden Speiseplan hat also der Träger einen Beitrag im Kleinen für die Integration im Haus im Ganzen zu leisten.

Wesentlich ist, dass sich die Menschen untereinander nicht stören sollten. Damit das Fachpersonal dies beobachten und die Pflegeeinrichtung ein solches Umfeld bereitstellen

kann, muss verstanden werden, um was es sich bei dem Begriff der Kultur und den Werten eines Menschen überhaupt handelt. Hierauf liefert das folgende Unterkapitel eine Antwort.

### **2.3 Kultur und Werte**

Wie im vorangehenden Abschnitt dargestellt, wird Kultur erlernt. Sie ermöglicht es den Menschen, Alltagssituationen routiniert zu meistern (vgl. Bolten 2003a: 14) und macht eine erneute Definition von schon erlebten Situationen überflüssig. So ist es zum Beispiel nach einmaligem Lernen des Essens mit Messer und Gabel oder des Begrüßens per Handschlag nicht mehr nötig, diese Verhaltensweisen in zukünftigen Situationen neu zu erlernen. Kultur ist demnach kollektiv geteiltes Wissen, welches Situationen vorstrukturiert, Komplexität abbaut und den Bezugsrahmen für „richtiges“ Denken, Fühlen und Handeln in typischen Situationen bildet (vgl. Esser 2001: 1).

Innerhalb der Kultur bestimmen die von der Gesellschaft geteilten Werte, welches Denken, Fühlen und Handeln im Bezugsrahmen der vorherrschenden Kultur richtig ist (vgl. Lustig / Köster 1999: 32). Werte bilden somit den Kern jeder Kultur und definieren in dieser die Bedeutung von böse und gut, schmutzig und sauber, hässlich und schön, unnatürlich und natürlich, anomal und normal, paradox und logisch, irrational und rational (vgl. Hofstede 2001: 9ff). Sie werden im Rahmen der Sozialisation vom sozialen Umfeld übernommen. Dieser Prozess ist laut Hofstede innerhalb der ersten zehn Lebensjahre eines Kindes weitgehend abgeschlossen. Die Werte sind im weiteren Leben stabil und weitgehend unveränderlich (vgl. Hofstede 2001:10). Werte sind den Menschen, die sie in sich tragen, nicht anzusehen und häufig nicht bewusst. Dennoch leiten sie das menschliche Handeln (vgl. ebd.). Ausdruck dieser Werte sind Rituale, Verhaltensvorbilder und Symbole. Rituale sind Tätigkeiten, die von allen Mitgliedern einer Kultur ausgeübt werden. Sie selbst dienen nicht der Erreichung eines Zieles, sondern werden um ihrer selbst willen durchgeführt wie z. B. Grußformen und religiöse Zeremonien. Sie sind der beständige Ausdruck von Werten in einer Gesellschaft (vgl. ebd.). Helden sind die Verhaltensvorbilder einer Kultur, die die in einer Gesellschaft positiv angesehenen Eigenschaften repräsentieren und somit Werte übermitteln, indem sie zur Nachahmung anregen (vgl. ebd.). Symbole dagegen sind der auffälligste Ausdruck von Werten. Zugleich unterliegen sie einem raschen Wandel. Symbole einer Kultur sind Sprache, Mode, Flaggen, Statussymbole, Getränke usw. (vgl. ebd.) Die Werte einer Gesellschaft, verinnerlicht vom Individuum, finden demnach Ausdruck in

Ritualen, Helden und Symbolen. Sie bestimmen, was in einer Gesellschaft als positiv bewertet wird und lassen die Mitglieder der jeweiligen Gesellschaft hiernach streben.

Die Unterscheidung zwischen den unsichtbaren Werten einer Kultur und ihren sichtbaren Ausprägungen wird häufig am sogenannten Eisbergmodell veranschaulicht (vgl. Bolten 2003a:17). Dieses Modell soll im Folgenden dazu dienen, sich eine Vorstellung davon zu verschaffen, wie die Kultur das Verhalten eines Menschen beeinflusst und wie der Zugang zu anderen Menschen durch die Kultur geprägt wird. Es ist zu erkennen, dass insbesondere jene Teile der Kultur einen Einfluss haben, die nicht an der Oberfläche von außen für jeden erkennbar sind.

### **Eisberg-Modell der Kultur**

Das Modell verdeutlicht, dass Kultur sowohl eine für jedermann sichtbare Komponente] beinhaltet (etwa Sprache, Kleidung, Essen), die oberhalb der „Wasserlinie“ liegt, als auch eine unsichtbare, die Wertvorstellungen, die den sichtbaren Ausprägungen der Kultur zugrunde liegen und im Modell verborgen unterhalb der „Wasserlinie“ liegen (vgl. Bredendieck et al. 2002).

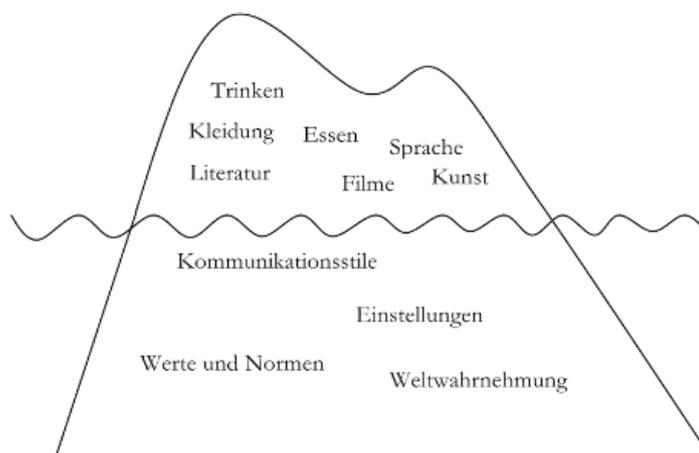


Abbildung: Eisberg-Modell der Kultur nach Gibson (2000: 15ff)

Zu erklären ist das Konstrukt „Kultur“ grundsätzlich als das Vereinen jeglicher Aktivitäten und Ausdrucksformen eines Volkes, einer Nation oder einer Gesellschaft. Zusammenhängend damit kann man die Kultur bzw. die verschiedenen Betrachtungsweisen des Begriffs mit der Hilfe des Eisbergmodells erläutern dessen Grundbaustein Werte erzeugen. Diese stellen den größten Eisberganteil, der jedoch von außen – beispielsweise von den Lehrkräften – nicht erkennbar ist und im Verborgenen liegt. Die Werte, Gefühle und Einstellungen beziehen sich hierbei auf das Innere oder – besser gesagt – das Unbewusste. Da sie eine Normalität

darstellen, werden sie oft nicht bemerkt. Die sichtbare Spitze des Eisbergs beinhaltet kulturelle Artefakte, Kommunikation, Umgangsformen und Verhalten. (Vgl. Prechtel 2009: 6) Nach der Auffassung von Alexander Thomas kann Kultur als ein Orientierungssystem beschrieben werden: Fühlen, Handeln, Denken und Bewerten einer Gruppe von Menschen sind Teile davon. Des Weiteren kann hiermit festgestellt werden, ob Entscheidungen üblich oder unüblich, richtig oder falsch sind. Da eine Veränderbarkeit der Menschen gegeben ist, geht man in der Forschung auch von einem Wandel der Kulturen aus. In Anbetracht des Eisberg-Modells würde dies bedeuten, dass eine Veränderung des Fundaments nur langsam geschieht, der sichtbare Teil des Eisbergs sich aber schneller verändern kann. Der Einheitsgedanke ist in den gängigen Kulturmodellen ebenso vorhanden: Hierbei konzentriert man sich hauptsächlich auf die Homogenität einer Gruppe, die sich klar von anderen Gruppen abwendet. (Vgl. Schütze / Osthus 2014: 9ff)

Kultur ist „die Gesamtheit der Lebensformen, Wertvorstellungen und der durch menschliche Aktivitäten geformten Lebensbedingungen einer Bevölkerung in einem historischen und regionalen abgegrenzten (Zeit-) Raum. Das Wissen und die Nutzung von gesetzmäßig ablaufenden Naturprozessen einschließlich des Lebens, alle Ideen, Werte, Ideale, Sinngebungen und Symbole.“ (Hillmann 1994: 460) Diese Werte erfährt man im Laufe seines Lebens; ein plötzlicher Umzug und Konfrontation mit bisher unbekanntem Normen und Werten überfordert einen oftmals. Orientierungen und Werte bilden den Kern einer Kultur. Dieser ist die sinngebende und legitimierende Grundlage für soziale Normen, Rollen, Verhaltensmuster und Traditionen, die im Zuge von Sozialisation und Enkulturation von nachwachsenden Individuen erworben werden. So bleibt die Kultur lebendig. Die eigene Kultur wird einem auch erst richtig bewusst, wenn man auf eine andere trifft. Die individuelle und gruppenspezifische Ausprägung von Kulturstandards kann innerhalb eines gewissen Toleranzbereichs liegen doch Verhaltensweisen und Einstellungen, die außerhalb dieses Rahmens liegen werden abgelehnt. „Kulturstandards und ihre handlungsregulierenden Funktionen werden nach erfolgreicher Sozialisation vom Individuum innerhalb der eigenen Kultur nicht mehr bewußt erfahren. Erst im Kontakt mit fremdkulturell sozialisierten Partnern können die Kulturstandards und ihre Wirkungen in Form kritischer Interaktionserfahrungen bemerkt werden“ (Thomas, 1993:88)

Kulturschock ist der Verlust des emotionalen Gleichgewichts, Durcheinander und Konfusion einer Person; ein Zustand den eine Person erlebt wenn sie von einer vertrauten Umgebung in eine fremde zieht, jeder nimmt diese Veränderung anders wahr. Die individuelle

Persönlichkeit, frühere Auslandserfahrungen und Sprachkenntnisse haben Einfluß wie sich die Person in der neuen Kultur zurecht findet. Die Hauptursache eines Kulturschocks ist der plötzliche Verlust von allem was einem vertraut war, man fühlt sich einsam und verlassen. Typische Symptome für einen Kulturschock sind Sorgen über Kleinigkeiten, Frustration, Furcht, Schlaflosigkeit, negative Einstellung gegenüber der fremden Nation und Heimweh. Verstärkt werden diese Unannehmlichkeiten durch das Gefühl nicht dazu zu gehören, ein Außenseiter zu sein. Ebenso sind übertriebene Sorgen über Sauberkeit in bezug auf Trinkwasser und Ernährung, Furcht vor körperlichen Kontakt mit Einheimischen weitere Symptome des Kulturschocks. Ein Gefühl der Hilflosigkeit und ein Wunsch nach Zusammenhalt mit anderen der gleichen Nation in der Fremde. Menschen reagieren sehr unterschiedlich, bei jedem zeigt sich der Kulturschock mit anderen Facetten. Auch wenn es nicht oft vorkommt, gibt es Menschen, die sich der ungewohnten Umgebung nicht anpassen können und ihren Auslandsaufenthalt, aufgrund des Kulturschocks abbrechen und es gibt andere, die einen schweren Kulturschock hatten und sich trotzdem bis zur Zufriedenheit angepaßt haben.

Nun stellt sich natürlich die Frage, was kann man tun, um den Kulturschock so schnell wie möglich zu überwinden? Die Antwort lautet, die Leute des Gastlandes besser kennenzulernen, dafür ist es nötig ausreichende Sprachkenntnisse zu erwerben, denn Sprache ist das Symbol jeder Kommunikation. Wir wissen, daß das Erlernen einer neuen Sprache für Erwachsene besonders schwierig ist. Diese Aufgabe allein ist genug um Wut und Frustration zu erzeugen. Aber, sobald man anfängt einer Konversation folgen zu können, sich mit seinem Nachbarn unterhalten zu können, alleine einkaufen gehen zu können, fühlt man nicht nur Zufriedenheit und Macht, sondern es öffnet sich auch eine neue kulturelle Welt für einen. Man erfährt mehr über die Einheimischen; ihre Interessen und Intentionen werden im Allgemeinen ausgedrückt durch die Art, wie sie reden, wie sie mit ihrer Zeit und ihrem Geld umgehen. Wenn man erst einmal diese Verhaltensschemata verstanden hat, ist es leichter mit ihnen umzugehen, darauf einzugehen und sich für die Leute zu interessieren. Wenn wir sagen jemand hat keine Interessen, geben wir eigentlich zu, daß wir uns keine Mühe gegeben haben sie herauszufinden.

Manchmal ist es sinnvoll ein teilnehmender Beobachter zu sein, in dem man an den Aktivitäten der anderen teilnimmt, das kann ein religiöses, wirtschaftliches oder kulturelles Ereignis sein, dabei darf man aber nie vergessen, daß man ein Außenseiter ist und auch als solcher gesehen wird; man sollte das eigene Verhalten als ein Rollenspiel sehen. Andere

Leute anderer Kulturen zu verstehen ist wichtig, aber es bedeutet nicht, daß man die eigene Kultur aufgeben muß, man muß nur in zwei Verhaltensweisen leben können. Jede moderne Nation ist eine komplexe Gesellschaft mit entsprechenden Abweichungen in der Kultur. Die Zusammensetzung besteht aus verschiedenen ethnischen Gruppen, vielschichtigen Klassen, aufgeteilt in Regionen, städtische und ländliche Gebiete, alle haben ihre kulturellen Besonderheiten. Es werden dennoch Dinge, abgesehen von diesen oben genannten Differenzen normiert und in der Kultur vorgegeben, wie z.B. Sprache, Religion und Gebräuche um der Nation einen einheitlichen Rahmen zu geben. Diese Tatsache zeigt, daß es nicht einfach ist sich mit der Kultur einer Nation vertraut zu machen. Die Kultur jedes Landes ist so komplex, daß sie je nach Region und Klasse variiert.

Somit ist darauf hinzuweisen, dass nicht allein die Kultur und die damit verbundenen Werte die Bedürfnisse und Wünsche eines Menschen auch in der Pflege bestimmen. Vielmehr muss ebenso auf die soziale Schicht bzw. Struktur eingegangen werden, weil innerhalb einer Gesellschaft ganz unterschiedliche soziale Strukturen vorhanden sein können. Für das vorliegende Thema ist dies sehr wichtig, weil anhand der sozialen Struktur auch das Verhalten des Menschen im Alltag erklärt werden kann. Ein Mann, der nach 45 Jahren in einem höheren akademischen Beruf zunächst einige Jahre in seinem großzügigen Eigenheim inmitten eines guten Stadtviertels lebt, wird sich später in der Pflege oder bei einem Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung anders verhalten als jemand, der vielleicht nie gearbeitet hat, in einer Sozialwohnung am Stadtrand und in einem weniger guten Stadtteil mit hoher Kriminalität oder Gewalt leben musste.

Aus diesen Ausführungen ist also zusammenzufassen, dass die Migrantinnen und Migranten mit eigenen Werten, Normen und Traditionen an Träger von Pflegeeinrichtungen herantreten werden, wenn sie sich denn dazu entschließen, die institutionelle Pflege in Anspruch zu nehmen. Bisher sind sie noch stark unterrepräsentiert, weshalb es eine Aufgabe der Träger sein muss, sich als Pflegeunternehmen bei dieser Fokusgruppe vorzustellen und ihr zu vermitteln, dass man die spezifischen Werte kennt und einen Raum dafür bereitstellen kann, dass diese auch in der Pflege weiter beibehalten werden können. Ansonsten droht das Risiko, dass sich Migrantinnen und Migranten von der Pflege in einer Einrichtung distanzieren, weil sie befürchten können, dass sie dort so leben müssen wie die einheimischen, also ihre eigenen Werte ablegen und neue einheimische Werte annehmen müssen.

Solange aber die Werte der Migrantinnen und Migranten mit denen Österreichs vereinbart werden können, sollte ein Träger sein Personal und die gesamte Organisation des

Tagesablaufs so schulen bzw. ausrichten, dass verschiedene Wertvorstellungen nebeneinander in der Pflegeeinrichtung koexistieren können.

Damit der Mensch mit seinem Verhalten und seinen Bedürfnissen im Alter verstanden werden kann, ist es also auch wichtig, die soziale Struktur zu durchschauen. Hierauf geht das nachstehende Unterkapitel ein.

## **2.4 Soziale Struktur**

In Anknüpfung an das vorangegangene Unterkapitel soll im Rahmen des gewählten Themas dieser Arbeit auch auf die sogenannte soziale Struktur (vgl. Jacobsen 2008) eingegangen werden. Dieses Konzept bietet sich nach eigener Einschätzung nämlich sehr gut dazu an, um das Verhalten von Menschen zu verstehen und auch erklären zu können, weshalb es gerade bei Menschen mit Migrationshintergrund und Einheimischen schnell zu Missverständnissen kommen kann. Die soziale Struktur eines Menschen setzt sich aus den Normen zusammen, mit denen er oder sie im bisherigen Verlauf seines Lebens aufgewachsen ist. Während in einer Gesellschaft – also in einer sozialen Umwelt – beispielsweise Frauen als absolut gleichwertig gegenüber dem Mann wahrgenommen werden und dementsprechend auch die Normen aussehen, gibt es andere Gesellschaften, in denen ganz klar der Mann über der Frau steht und damit das Sagen hat. In beiden Gesellschaften können die Menschen glücklich und zufrieden miteinander auskommen und ein harmonisches Leben führen, weil sie sich jeweils an den sozialen Normen orientieren, die sie kennen und die für diese Gesellschaft Gültigkeit besitzen. Zu Problemen kann es aber dann kommen, wenn diese soziale Struktur zwischen Gesellschaften stark verschieden ist und Migrantinnen und Migranten mit der Vorstellung ihrer sozialen Normen auf Einheimische treffen, die wieder ganz andere soziale Normen zugrunde legen. Zwar verhalten sich die Menschen mit Migrationshintergrund und einer anderen sozialen Struktur genauso, wie sie es in ihrer Gesellschaft stets getan haben, aber da die Einheimischen dies ebenso tun, treffen unterschiedliche soziale Strukturen aufeinander. In den Fällen, wo einzelne soziale Normen nicht zusammenpassen oder sogar einander widersprechen, muss also eine Vermittlung geschehen.

Damit nun zum Beispiel Pflegepersonal zwischen unterschiedlichen sozialen Strukturen mit den zu betreuenden Migrantinnen und Migranten vermitteln kann, ist es in einem ersten Schritt aber notwendig, die Differenzen zu erkennen. In Mertons Hauptwerk mit dem Titel „Soziologische Theorie und soziale Struktur“ findet sich somit die große Relevanz der

sozialen Struktur, weil eben diese bekannt sein muss – und zwar sowohl die eigene als die fremde –, wenn Menschen aus verschiedenen sozialen Umwelten aufeinandertreffen und zusammenleben möchten. „Er versteht darunter die strukturierte Menge der ganz unterschiedlich gearteten sozialen Beziehungen in welchen die Mitglieder der Gesellschaft oder der Gruppe zu einander stehen.“ (Jacobson 2008: 153) Und weiter „Soziale Normen sind als verhaltensbezogene Spezifizierungen der Wertsysteme einzustufen und stellen die Verbindung zwischen kulturellem System her.“ (Jacobson 2008: 153) Hierbei sind die soziale Struktur und die sozialen Normen unterschiedlich ausgerichtet, denn bei ersterer geht es darum, die Möglichkeiten zur Umsetzung von Zielvorstellungen bereitzustellen, wohingegen die sozialen Normen den zulässigen Rahmen dafür vorgeben. Im Sinne des Soziologen Schäfers (2002) umfasst die Sozialstruktur die durch soziale Normen und bestimmte Handlungsmuster determinierten sozialen Beziehungen, also zum Beispiel auch die Kooperation von Betreuendem und Betreutem. Hierbei lassen sich nach Schäfer (2002) folgende drei Elemente dieser Sozialstruktur erkennen:

- Gesamtheit der Beziehungsmuster und das Regelsystem (bspw. politische Systeme, Recht und Verwaltungsstrukturen)
- Verteilung von Gütern in der sozialen Gesellschaft
- institutionalisierte Herrschaftsbeziehungen der Gesellschaft

Wenn diese Elemente voneinander abweichen, sind sie also die wesentlichen Ansatzpunkte für eine gegenseitige Vermittlung. Man muss diese Elemente aus der Sozialstruktur des Gegenübers kennen, damit man sie mit den eigenen abgleichen kann. Merton interessiert sich dafür, wie die sozialen Gegebenheiten Druck erzeugen und man sich als Reaktion darauf verhält, wobei dies entweder konform oder abweichend hinsichtlich dieser Elemente geschehen kann. Merton zufolge seien die Möglichkeiten, auf sozialen Druck zu reagieren, nicht in der Person selbst zu finden, sondern sie resultieren aus dem Rollenverhalten in der jeweiligen Situation. (Vgl. Jacobsen 2008).

Weiterhin hält er fest, dass einige Individuen durch ihre objektiv benachteiligte Stellung in der Gruppe sowie aufgrund bestimmter Persönlichkeitsmerkmale dem Druck, den die Diskrepanz zwischen kulturellen Zielen und effektiven Verwirklichungschancen hervorruft, stärker ausgesetzt sind als andere (vgl. Jacobson 2008). Jacobsen führt hierzu dass, dass Merton in Bezug auf das Verhalten der Menschen davon ausgeht, dass das Individuum prinzipiell versucht, sich in Konformität zu den jeweils gelten sozialen Normen und zur

sozialen Struktur zu verhalten. Allerdings bezweifelt Jacobson mit Recht, dass diese Einstellung automatisch vorliegt. Dies offenbart sich in der Praxis etwa dann, wenn MigrantInnen sich gegen eine Behandlung durch das Fachpersonal wehren oder diese als Diskriminierung empfinden, weil sie eine andere soziale Struktur zugrunde legen und gar nicht daran denken, dass diese Behandlung für Einheimische ganz üblich sein könnten, womit sie diese auch im Sinne der Konformität akzeptieren würden.

„Entscheiden ist vielmehr, dass das Zusammenleben der Personen in der Gesellschaft, also die Konzeption der entsprechenden Sozialstruktur, darauf angelegt ist, dass sich die Personen konform verhalten sollen. Um diese Forderung umzusetzen, bedarf es die Mechanismen der sozialen Kontrolle innerhalb der Gesellschaft, um konformes Verhalten der Personen hervorzubringen. Somit ist der Inhalt des Begriffs des sozialen Druckes nach der hier vertretenen Auffassung mit Konformitätsdruck gleichzusetzen, wobei unter Konformität das Gegenteil von abweichendem Verhalten verstanden wird.“ (Jacobsen 2008: 184) Wenn es also um die Frage geht, wie die Betreuung von Migrantinnen und Migranten ideal gelöst werden kann, so sollte die Gesellschaft Druck auszuüben, um zu erreichen, dass sich die Individuen konform verhalten (vgl. Jacobsen 2008). Während dies aber im Falle von Straftaten vergleichsweise einfach durch Sanktionen getan werden kann, dass man sich in Österreich also beispielsweise im Straßenverkehr an die geltenden Regeln halten muss, die von denen in der Heimat abweichen können, gestaltet sich das Arbeiten mit Sanktionen im Bereich der Pflege und Betreuung im Alter doch schwieriger. Schließlich sind die Menschen mit Migrationshintergrund auch die Klientel der Einrichtungen, womit eine Bestrafung aufgrund einer anderen sozialen Struktur nicht sehr förderlich auf die weitere Zusammenarbeit sein kann. Auf den Zusammenbruch kultureller Strukturen und die daraus entstehende Kluft sowie den Spannungszustand kann in verschiedener Weise reagiert werden, wozu Merton fünf mögliche Reaktionsmuster beschreibt (vgl. Jacobsen 2008). Im Folgenden markieren die Zeichen (+) oder (-) die kulturellen Ziele sowie die institutionalisierten Mittel. Außerdem meint ein (-) Ablehnung, (+) dagegen Zustimmung, womit die Kombination (+/-) die Ablehnung herrschender und den Ersatz durch neue Werte darstellt:

- Konformität (+,+)
- Innovation (+,-)
- Ritualismus (-,+)
- Apathie resp. Rückzug (-,-)

- Rebellion (+/-,+/-)

Diese unterschiedlichen Verhaltensmuster sind somit auch für die Pflege und Betreuung interessant, weil auf dieser Basis im konkreten Einzelfall geprüft werden kann, welches Muster vom Betreuten aktuell an den Tag gelegt wird (vgl. Jacobsen 2008).

### **Konformität:**

Wenn die Gesellschaft stabil ist, handelt es sich bei der Konformität sowohl der kulturellen Ziele als auch deren Mittel zur Zielerreichung um das dominierende Muster. Da dies in der Praxis der Pflege von Migrantinnen und Migranten nicht gegeben ist, weil unterschiedliche soziale Strukturen vorherrschen, kann dieses Verhalten meistens ausgeschlossen werden.

### **Innovation:**

Die kulturelle Überbetonung des Erfolgsziels begünstigt die Annahme eines Verhaltens, das auch illegitime Mittel zur Erreichung der Erfolgsziele einsetzt. Zu dieser Reaktion kommt es, wenn Individuen kulturelle Ziele übernehmen, ohne aber die Regeln für die Zielerreichung aufzunehmen. Ein Problem kann dann etwa so aussehen, dass Migrantinnen und Migranten etwas wünschen, was sie bei Einheimischen beobachtet haben, und dieses Ziel um jeden Preis erreichen wollen, wobei sie außer Acht lassen, dass die Einheimischen hierzu vielleicht vorher andere Leistungen erbringen mussten – Zusatzzahlungen für Sonderleistungen sind simple Beispiele dafür.

### **Ritualismus:**

Ritualistische Anpassung zeigt sich in der Rücknahme der hochgesteckten kulturellen Ziele bis zu einem Punkt, an dem die Ziele erfüllbar sind. Migrantinnen und Migranten erkennen somit ebenso wie das Betreuungspersonal, dass in dieser Situation nicht das erreicht werden kann, was man sich persönlich wünscht bzw. in der eigenen sozialen Struktur als Ziel vorgegeben wird. Damit wird es notwendig, eine Vereinbarung zu erreichen, die umsetzbar und für beide Seiten akzeptabel ist.

### **Rückzug:**

Der Rückzug als Anpassungstyp ist dort am wahrscheinlichsten, wo sowohl kulturelle Ziele wie auch legitime Praktiken ihrer Erreichung internalisiert und affektiv besetzt wurden, die legitimen Mittel aber nicht zu Erfolg führen. Dieses Verhalten ist in der Praxis nicht wünschenswert, weil es somit dazu kommt, dass sich beispielsweise Migrantinnen und

Migranten im Alter zurückziehen und ohne Hilfe vor sich hinleben, anstatt daran zu arbeiten, das Beste aus der Situation zu machen.

### **Rebellion:**

Tritt eine Entfremdung von den herrschenden Normen und Werten ein, so kommt es zur Ablehnung der sozialen Struktur und kulturellen Ziele. So können Missverständnisse zwischen Migrantinnen und Migranten und Personal dazu führen, dass erstere sich von den Einheimischen abwenden und zugleich aber die eigene soziale Struktur nicht mehr ausleben können, weil sie nun in Österreich leben. Somit bilden sie ein spezifisches Verhalten aus, das als Rebellion gegen alles Bekannte einzustufen und für die Zusammenarbeit ungemein schwer zu lösen ist. Diese Ausführungen zeigen somit die Quelle von Verhaltensweisen der Menschen auf. Da im Vorliegenden die Migrantinnen und Migranten im Fokus stehen, muss im nächsten Kapitel auch auf die Diversität Bezug genommen werden, weil sich diese Klientel immer von den Einheimischen unterscheidet. In der modernen Zeit ist die Diversität insgesamt zu einem neuen Schlagwort geworden, weil heute mehr denn je versucht wird, jedem Menschen den Freiraum zu geben, um so leben zu können, wie er oder sie für richtig hält – solange dadurch verständlicherweise keine Gefahr oder Störung anderer Menschen hervorgeht.

Die oben genannten Faktoren sind damit weitere Antworten auf die zentrale Fragestellung dieser Arbeit, welche Erwartungen, Bedarfe und Bedürfnisse Migrantinnen und Migranten gegenüber den Trägerinstitutionen haben. Indem bisher nur wenige Personen mit Migrationshintergrund den Schritt in die institutionelle Pflege wagen, ist zu vermuten, dass sie bisher genau diese Anforderungen nicht erfüllt sehen. In diesem Sinne müssen Träger von Pflege daran arbeiten, diese Voraussetzungen aus der sozialen Struktur nicht nur zu kennen, sondern bei den Angeboten zu beachten. Inwieweit diese Vermutungen zutreffen, wird im empirischen Teil der Arbeit durch die Befragung von Migrantinnen und Migranten überprüft. Schlussendlich soll es dann hierdurch möglich sein, konkrete Handlungsempfehlungen für die Praxis abzuleiten.

Die Erwartungen, Bedarf und Bedürfnisse, die von Migrantinnen und Migranten an die Trägerinstitutionen gestellt werden, sind demzufolge auch von der sozialen Struktur abhängig. Dies verlangt ohne Zweifel ein gewisses Umdenken von den Pflegeeinrichtungen, da man bis dato vor allem einheimische Personen gepflegt und betreut hat, die es sich mit einer

weitestgehend gut gesicherten finanziellen Lage leisten konnten, sich bewusst für die institutionelle Pflege zu entscheiden.

Es ist aus der Sozialforschung bekannt, dass einheimische Personen durchschnittlich in einer besseren sozialen Struktur aufwachsen und leben als Menschen mit einem Migrationshintergrund. Deshalb sind deren soziale Strukturen ebenso wie sie selbst bisher unterrepräsentiert gewesen in den Pflegeeinrichtungen. Wenn nun daran gearbeitet wird, Migrantinnen und Migranten gezielter anzusprechen als bisher, darf dies also nicht in dem Irrglauben geschehen, dass sich dadurch nichts am sozialen Verhalten innerhalb der Pflegeeinrichtung ändern würde. Vielmehr muss sich seitens der Träger wie auch der Pflegenden mit der sozialen Struktur auseinandergesetzt werden, aus der die zu erwartenden Migrantinnen und Migranten stammen – wenn sie nicht aus jener sozialen Schicht kommen, aus der die bisherigen Bewohnerinnen und Bewohner kommen, was selbstverständlich ebenso der Fall sein kann.

Jeder Mensch ist ein Individuum, was zugleich bedeutet, dass alle Menschen verschieden voneinander sind. Zwar lassen sich bei heterogenen Gruppen wie Einheimischen durchaus viele Gemeinsamkeiten feststellen, aber dennoch verhält sich kein Mensch immer genau wie ein anderer. Dieser Verschiedenheit, die in der Natur des Menschen angelegt ist und das Resultat vieler verschiedener Einflussfaktoren – Geschlecht, Migrationshintergrund, Integration, soziales Umfeld etc. – ist, soll auch in einer Pflegeeinrichtung Rechnung getragen werden. Das Fachpersonal hat die Verschiedenheit eines Menschen zu akzeptieren und muss wissen, wie es damit umgeht, damit es zu keinen Konflikten in der Pflege kommt. Nicht nur, aber gerade auch bei Migrantinnen und Migranten ist diese Verschiedenheit im Vergleich zu Einheimischen besonders stark ausgeprägt, was im nachfolgenden Unterkapitel erklärt werden soll.

## **2.5 Diversität**

Der Ausdruck der Diversität hat nach der Soziologie, Politik und Unternehmenswelt zunehmend auch im Bereich der Pflege und Betreuung von älteren Menschen einen Platz gefunden, auch wenn zum gegenwärtigen Zeitpunkt ohne Zweifel noch von einem Optimierungsbedarf auszugehen ist. Um was genau handelt es sich aber bei diesem Begriff und weshalb ist er für die vorliegende Ausarbeitung und das Thema um Migrantinnen und Migranten im Alter überhaupt von Relevanz? Grundsätzlich mein die Diversität ganz einfach

ausgedrückt die Vielfalt, durch die sich Menschen auszeichnen. (vgl. Ezli / Langenohl / Rauer / Voigtmann 2013: 105ff.) Jeder Mensch hat besondere Verhaltensweisen, Vorlieben, Bedürfnisse und Ziele oder Wünsche, die zwar oft von einer anderen Gruppe von Menschen ebenso geteilt werden, aber dennoch sind es Merkmale, die ihn von anderen Menschen unterscheiden. Simple Beispiele sind etwa die Geschlechter: Frauen sind anders als Männer in vielerlei Hinsicht. Gleichermaßen verhalten sich ältere Menschen anders als junge Menschen, oder reiche Personen führen ein anderes Leben als arme. Die Vielfalt des Menschen ist nahezu unbegrenzt, woraus oft auch Konflikte oder Schwierigkeiten resultieren können: Unterschiedliche politische Ansichten sind hierfür ebenso ein Beispiel wie die sexuelle Orientierung eines Menschen. Die Konsequenz von diesen Verschiedenheiten können Fälle der Diskriminierung sein, dass also zum Beispiel ältere Menschen gegenüber jüngeren benachteiligt werden. (vgl. Ezli / Langenohl / Rauer / Voigtmann 2013: 13ff.)

Die Diversität bzw. das Diversity Management – wie sie im englischen Originalausdruck genannt wird – bezieht sich genau auf diese Diskriminierungen aufgrund irgendeiner Verschiedenheit von Menschen im Vergleich mit anderen. Ziel ist es dabei, gerade die schwächeren Minderheiten zu schützen und ihnen – trotz aller möglichen Unterschiede zu den dominanten Mehrheitsgruppen – eine Chancengleichheit und gleiche Behandlung zuzusichern. Dabei sollen nicht Minderheiten bevorzugt behandelt werden, um eine mögliche Benachteiligung in anderen Bereichen auszugleichen, sondern die Diversität gründen in dem Ansatz, jeden Menschen so anzunehmen, wie er ist, und ihn in gleicher Weise zu behandeln wie alle anderen.

Für das vorliegende Thema und mit Blick auf die erhobenen empirischen Daten von befragten Personen mit Migrationshintergrund ergibt sich damit die große Herausforderung, in dem sehr komplexen Arbeitsumfeld der Pflege und Betreuung nicht nur die typische Klientel – also zum Beispiel in Österreich aufgewachsene Personen mit einwandfreien Sprachkompetenzen im Deutschen und einer kulturellen Lebensweise, die der in Österreich üblichen entspricht – zu umsorgen, sondern gerade auch für jene Menschen da zu sein, die durch ihre Migration in verschiedenen Hinsichten anders sind: Sprache, politische Prägung, kulturelle Verhaltensweisen, religiöse Anschauungen sind nur ein paar Beispiele dafür. (vgl. Ezli / Langenohl / Rauer / Voigtmann 2013: 105ff.)

Damit diese Menschen im Alter ebenso gut betreut werden können wie alle anderen Menschen, muss Diversität als Konzept in den Alltag der Pflege- und Betreuungseinrichtungen fest eingebunden werden. Es darf somit etwa keine Diskriminierung

in Form einer anderen Behandlung durch das Fachpersonal oder Richtlinien in einem Haus durch kulturelle Unterschiede geben. Dieses Ziel entspricht nicht nur dem gesellschaftlichen Anspruch, jeden Menschen gleich und fair zu behandeln, sondern Diversität ist damit auch wichtig für ein harmonisches Zusammenleben. Schließlich ist es nur verständlich, dass etwa ältere Menschen mit Migrationshintergrund nicht inmitten anderer Menschen betreut werden wollen, die anders als sie selbst behandelt werden, nur weil sie schon in Österreich geboren wurden, eine andere Religion haben oder im heimischen Kulturkreis aufgewachsen sind.

Allein dann, wenn Diversität als Prinzip des Handelns angenommen und von den Trägern in jede einzelne Einrichtung getragen wird, kann für alle Beteiligten die beste Lebenssituation geschaffen werden – für die Personen mit und auch ohne Migrationshintergrund. Wie wichtig dies ist, zeigen die Antworten der befragten Personen und vor allem ihre Ängste und Befürchtungen im Alter: Diese negativen Befürchtungen in Bezug auf die Betreuung und Pflege sind exakt das, was von der Diversität abgefangen werden soll. Solange also Menschen ein Informationsdefizit über das eigene Leben im Alter haben, weil sie eine Sprache nicht perfekt beherrschen oder aus einer anderen Kultur kommen, muss weiterhin an der Umsetzung von Diversität im Alltag gearbeitet werden. Dieser Auftrag bezieht sich damit auf alle Personen und Einrichtungen, die mit Menschen zu tun haben, weil die Vielfalt das ist, was den Menschen an sich zu einem Individuum macht. Und diese Eigenschaft gilt es nicht nur im Beruf und Arbeitsleben zu schützen, sondern speziell auch in der Phase des Alters zu wahren. (vgl. Ezli / Langenohl / Rauer / Voigtmann 2013: 105ff.)

Um genau dies sicherzustellen, muss sich die moderne Pflege immer wieder wandeln und am Puls der Zeit bleiben. Ebenso wie sich die Menschen als Zielgruppe der professionellen Pflege verändern, so muss sich auch der Pflegesektor als offen für Neuerungen und Innovationen sowie ein anderes Verhalten erweisen. Wie schon im Vorangegangenen erarbeitet wurde, ist das Vorhandensein von verschiedenen Kulturen in der Gesellschaft Österreichs ein solcher Aspekt der Gegenwart, der eine gewisse Veränderung vom Pflegesektor verlangt.

Es kann nicht mehr davon ausgegangen werden, dass sich das Pflegepersonal bei seiner täglichen Arbeit nur mit Menschen auseinandersetzen hat, die ihre Kultur teilen und damit auch ihre Bedürfnisse und Wünsche gut nachvollziehbar sind. Vielmehr ergeben sich aus dem Zuwachs von Migrantinnen und Migranten in der Gesellschaft kulturverschiedene Situationen, die früher oder später auch die Pflege erreichen werden, wenn Migrantinnen und Migranten im Alter auf Pflege angewiesen sind.

Die Erwartungen, Bedarfe und Bedürfnisse, die von Menschen mit Migrationshintergrund an Trägerinstitutionen gestellt werden, spiegeln sich also auch in der Vielseitigkeit wieder. Dies bedeutet konkret, dass die Träger einen Lebensraum bereitstellen müssen, in dem Diversität akzeptiert und vom Pflegepersonal umgesetzt werden kann.

Ein Konzept, das diese Entwicklung in den Blick nimmt, ist die sogenannte transkulturelle Pflege. Wenn es darum geht, die Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund zu analysieren, sollte deshalb auch auf die transkulturelle Pflege eingegangen werden. Sie ist ein noch junger Ansatz für die Arbeit von Pflegekräften, mit der Verschiedenheit von Kulturen im täglichen Arbeitsleben gekonnt umzugehen.

## **2.6 Transkulturelle Pflege**

Die Diversität, die in einem eigenen Kapitel dieser Arbeit vorgestellt wurde, ist ein Prinzip, das in nahezu jedem Lebensbereich des Menschen zum Einsatz kommen kann und sich allgemein mit dem richtigen Umgang mit Vielfalt befasst. Dementsprechend sind das Verständnis und die Akzeptanz von Diversität wesentlich auch für die Pflege- und Betreuungssektor, da hier im Besonderen Menschen mit unterschiedlichsten Eigenschaften zusammenkommen. „Im Rahmen institutionalisierter Pflege treffen Menschen unterschiedlicher sozialer Herkunft, Nationalität und Religion aufeinander. Sei es, dass sie miteinander arbeiten, sei es, dass Klienten der Pflege aus anderen Ländern kommen, Migrationshintergrund haben, oder umgekehrt von Menschen gepflegt werden, die einer anderen Nationalität angehören.“ (Matolycz 2009: 185)

In Ergänzung dazu hat sich aber mit der transkulturellen Pflege ein weiterer Ansatz entwickelt, der gezielter auf die Perspektive des Fachpersonals eingeht, das für die Betreuung von Menschen vielfältiger Natur zuständig ist und Tag für Tag die Herausforderungen bewältigen muss, die sich hier offenbaren. Grundsätzlich ist die Pflege und Betreuung im Alter stets eine außergewöhnliche und auch herausfordernde Situation für die Betreuten wie auch die Betreuenden. Dies ist damit zu erklären, dass Hilfe im Alltag geleistet werden muss, was in den anderen Lebensphasen nicht notwendig war. Niemand wird es sich als Ziel setzen, im Alter Hilfe von anderen Menschen beim Anziehen oder bei der Hygiene zu benötigen, Krankheit, Alter und andere Faktoren liegen nicht in der eigenen Hand, weshalb sich der Mensch notgedrungen mit dieser Situation befassen muss. (vgl. Matolycz 2009: 185ff.)

Die Folge davon sind oft sehr sensible Themen und Aufgaben, die vom Betreuungspersonal

angesprochen und bewältigt werden müssen. Sehr schwierig erweist sich dies aber, wenn Migrantinnen und Migranten diese Betreuung wahrnehmen bzw. wahrnehmen sollten, weil sie beispielsweise erkrankt sind. Wie auch aus den empirischen Daten der eigenen Forschung hervorgeht, so herrscht bei den Menschen mit Migrationshintergrund oft ein Informations- und Wissensdefizit, was die Phase des Alters, Pflege und professionelle Betreuung in Österreich anbelangt. Sie kennen den Umgang mit alten Menschen und Kranken aus der alten Heimat womöglich ganz anders und orientieren sich mit ihren Vorstellungen in Bezug auf die eigene Personal an diesen kulturellen Konventionen, die aber in Österreich – in dem Land, wo sie nun alt sind, – ganz anders aussehen können. Dementsprechend treten sie von sich aus nicht auf das Fachpersonal oder Träger zu und kommunizieren, wie ihre Bedürfnisse denn konkret aussehen. Für das Personal ergibt sich daraus die Schwierigkeit, dass die Pflege und Betreuung keine Arbeit ist, die immer nur strikt nach Plan und Leitfaden erledigt werden kann, sondern es ist eine Tätigkeit für und zusammen mit dem Menschen. Vertrauen, Schamgefühle, Wünsche, Notwendigkeiten und Bedürfnisse sollten idealerweise zwischen Betreuenden und Betreuten ausgetauscht und zur Sprache gebracht werden, um für beide Seiten eine Situation zu schaffen, die als angenehm empfunden wird. Dies ist auch wichtig, weil nur in einer solchen Situation die Heilungschancen im Falle von Krankheit optimal sind.

Wie aber schon an anderer Stelle dargelegt wurde, sind kulturelle Unterschiede hier oft eine große Hürde: Wenn Pflegepersonal eine Tätigkeit am und mit dem zu betreuenden Menschen ausführen soll, weil dies beispielsweise aus gesundheitlicher Sicht notwendig ist, diese Person eine solche Handlung aber aus kulturellen Gründen ablehnt, gerät man schnell in eine Sackgasse. Missverständnisse sind infolge von kultureller Verschiedenheit häufig vorzufinden und führen zu pflegerischen Handlungen, die nicht immer ideal sind. Und eben deshalb, weil Migrantinnen und Migranten spüren, dass etwas nicht so vergleichsweise reibungslos läuft wie bei gepflegten Menschen in Österreich ohne Migrationshintergrund, können sie dahinter Diskriminierung vermuten oder sich mindestens missverstanden fühlen.

Unter dieser eben beschriebenen Voraussetzung kann die ohnehin fordernde Arbeit im Pflege- und Betreuungssektor nicht zufriedenstellend erfolgt – weder für die Migrantinnen und Migranten noch das Personal. Nun kann es jedoch gerade in der Lebensphase des Alters kaum realistisch erwartet werden, dass sich die Migrantinnen und Migranten von sich aus kulturell öffnen und sich verändern. Vielmehr zielt das Konzept der transkulturellen Pflege – also der Pflege über kulturelle Grenzen hinweg – darauf ab, dass sich das Personal das notwendige spezifische Wissen über die kulturellen Charakteristik der Migrantinnen und Migranten als

Klientel aneignen. Mit diesem Wissen können sie das Verhalten der Menschen, denen sie Hilfe leisten wollen und sollen, kulturell besser verstehen, kulturspezifische Gepflogenheiten nachvollziehen und ihnen Unterschiede erklären bzw. auflösen. Zudem kann das Fachpersonal in der transkulturellen Pflege den Migrantinnen und Migranten zur Seite stehen beim richtigen Verhalten in der Kultur, in der sie nun leben. In diesem Sinne ist die transkulturelle Pflege ein für diesen Arbeitsbereich zukunftsweisender Ansatz, der aus dem Gedanken der Diversität stammt. Es werden gezielt jene kulturelle Punkte angesprochen und als Wissen an das Personal weitergegeben, welche sich ansonsten als ein Problem oder Missverständnis erweisen können und damit den Erfolg in der Betreuung und Pflege behindern können. Damit reagiert man in diesem wichtigen Sektor auf die schon in der Einleitung dieser Arbeit festgestellten Herausforderungen unserer Zeit, die zunehmend von kulturellen Unterschieden geprägt ist. Wie wichtig dieses Konzept ist, lässt sich aus den erhobenen Antworten der befragten Personen leicht ablesen. Vor diesem Hintergrund ist auch die vorliegende Arbeit als ein Beitrag zum Verstehen von Diversität und als Fürsprache für transkulturelle Pflege zu sehen, indem die Notwendigkeit davon angesichts der heutigen Zusammensetzung der Gesellschaft dargelegt wird.

Die transkulturelle Pflege, die in der Praxis des Alltags der Pflege schon an vielen Stellen Einzug gefunden hat oder zumindest als ein bekanntes Konzept existiert, beinhaltet vor diesem Hintergrund wiederum einige Erwartungen, Bedarfe und Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten, die sich gegenüber den Trägerinstitutionen vorbringen. Bisher sind diese Personen in Pflegeeinrichtungen zwar noch unterrepräsentiert im Vergleich zu einheimischen zu Pflegenden.

Sobald aber die von den Trägern anvisierte Ansprache dieser Fokusgruppe Wirkung zeigt, werden sie diese Anforderungen stellen, die in der transkulturellen Pflege zusammengefasst sind. Deshalb muss spätestens jetzt damit begonnen werden, die Pflegeeinrichtung nicht nur organisatorisch, sondern auch mit Blick auf das Fachpersonal darauf vorzubereiten.

Ein wesentliches Merkmal eines Menschen hinsichtlich seiner Verhaltensweisen ist neben den schon beschriebenen Punkten auch die Religion. Dies betrifft nicht nur das Feiern von religiösen Festen wie Ostern, Weihnachten oder den Besuch einer christlichen Kirche am Sonntag, sondern die Religion ist bestimmend für den Alltag eines gläubigen Menschen. Ein gutes Beispiel dafür ist die Tatsache, dass Muslime kein Schweinefleisch essen, weil dies in ihrer Religion nicht gestattet ist.

Diese und viele andere religionsbedingte Bedürfnisse und Wünsche sind verständlicherweise auch in der Pflege zu beachten. Vor diesem Hintergrund geht es im nächsten Unterkapitel darum, welche Konsequenzen eine Religion für den Umgang mit Menschen mit sich bringen kann. Wichtig ist, dass dieser Punkt nicht nur religiöse Pflegekräfte und zu Pflegenden betrifft, sondern ebenso jene, die keiner Religion folgen. Damit sie nämlich das Verhalten der religiösen Menschen akzeptieren können, ist es auch für sie notwendig, sich mit der Religiosität zu befassen.

Von besonderer Relevanz ist die Religion für das vorliegende Thema deshalb, weil die Migrantinnen und Migranten, die in Österreich ankommen und eventuell später gepflegt werden müssen, mit einer Religion wie dem Islam ins Land kommen, die durchaus Reibungspunkte zur hier dominanten christlichen Religion aufweist.

## **2.7 Religiosität**

Die Frage nach der Religion ist in der Migrationsforschung immer noch ein Randthema, aber auch in der Religionswissenschaft ist Migration kein Thema. Aber Religion wird in den öffentlichen Migrationsdiskursen ein zunehmend brisantes Thema, es verbindet sich mit gesellschaftlich gefährlichen Entwicklungen wie Xenophobie, Rassismus und Diskriminierung sowie Antisemitismus und Islamphobie. Dabei ist wichtig zu betonen dass Migration und Fremdenfeindlichkeit nicht zusammen hängen. Migration ist nicht die Ursache von Fremdenfeindlichkeit (vgl. Hamann 2006). Für die Thematik zu sensibilisieren ist ein empirischer Blick im Kontext von Migration mit dem Fokus auf Österreich Raum Wien notwendig. In Wien ist die Vielfalt der christlichen Orthodoxie und orientalisches orthodoxen Kirchen präsent. So leben in Österreich ca. 300 000 Serben, davon in Wien und in Umgebung ca. 130 000, viele davon sind serbisch orthodox. In allen Landeshauptstädten gibt es Pfarren der serbisch-orthodoxen Gemeinden, in Wien existieren drei Gemeinden (vgl. Gschwandtner/Gastgeber 2004). In Wien ist jeder fünfte Katholik Ausländer bzw. ausländischer Herkunft (Quelle: [www.erzdiocese-wien.at/edw/organisation/anderssprachige\\_gemeinden/](http://www.erzdiocese-wien.at/edw/organisation/anderssprachige_gemeinden/), retrieved January 20, 2011). In Österreich anerkannte und eingetragene Bekenntnisgemeinschaften :

- Die katholischen Kirchen (5.918.629), davon ist die Römisch-katholische Kirche die größte. Hinzu kommen die Griechisch-Katholische Kirche (1089) und die Armenisch-Katholische Kirche.

- Die Evangelische Kirche (376.150)
- Dazu kommen weitere christlichen Kirchen wie die Altkatholische Kirche , die Armenische Apostolische Kirche ,die Syrisch-orthodoxe Kirche, die Griechisch-orientalische Kirche, serbisch –orthodoxe Kirche etc
- Die Israelitische Kultusgemeinde(8.140)
- Islamische Glaubengemeinschaft in Österreich (338.988)
- Österreichische Buddhistische Religionsgesellschaft (10 402 )

Die Religiosität der GastarbeiterInnen die in den 60- und 70er Jahren forciert nach Deutschland und Österreich geholt wurden, war explizit kein Thema , somit war die Religiosität der Menschen die in der ersten Phase der Arbeitsmigration nach Österreich kamen noch nicht im Blick. Im Kontext einer selbstverständlichen und unhinterfragten Vorstellung von Integration als Assimilation schien vermutlich klar, dass sich die Fremden und mit ihnen ihre Religion ohne dies anpassen oder gar verschwinden würden.Die Politisierung des Themas Religion beginnt erst dann, wenn die Menschen bleiben. (Quelle: [www.phil-fak.uniduesseldorf.de/germ1/migration/suche.php3,retrieved](http://www.phil-fak.uniduesseldorf.de/germ1/migration/suche.php3,retrieved) 20. Dezember, 2010)

Am Ende des 20 Jahrhunderts wird Religion wieder zum Thema im öffentlichen Raum. „Diese Wiederkehr der Religion „ist ein vielschichtiges Phänomen, das sich auf individueller, öffentlicher und politischer Ebene je unterschiedlich darstellt( vgl. Polak 2005). Die in Österreich geborenen Kinder der Zuwandererfamilien sind zwischenzeitlich erwachsen geworden, sie bleiben und errichten ihre religiösen Institutionen. Die Familien haben in ihren ehemaligen Gastländern eine neue Heimat gefunden, oder haben diese finden wollen. Dadurch kommt es auch zu deutlichen Sichtbarkeit der Religion der MigrantInnen , denn diese beginnen religiöse Vereine zu gründen .Es entstehen Orte religiöser Praxis wie Moscheen, Tempel , Gebeträume und Kirchen ). Die Religion der Anderen wird sichtbar. Diese Formierung religiöser Institutionen ist die Regel, nicht die Ausnahme (vgl. Baumann 2009). Keine Orte religiöser Verehrung keine religiösen Vereinigungen einzurichten, ist begründungspflichtig. Einige christlichen Konfessionen vor allem die orthodox, der Islam und andere Religionen wurden und werden in großen Teilen Europas noch für längere Zeit primär als MigrantInnen Religionen wahrgenommen, was zur Folge hat, dass die soziale Stellung der Menschen mit Migrationshintergrund und ihre gesellschaftliche Randposition, ja teilweise soziale Deklassierung auf deren religiöse Traditionen und Institutionen übertragen

werden können. Rechtliche Gleichstellung bedeutet aber nicht automatisch auch Gleichheit in der Gesellschaft, bzw. gesellschaftliche Anerkennung. Was Europa betrifft ist Österreich ein vorzeigende Land im Bezug auf Religion und deren Freiheit, die Fakten wie dass der Islam seit 192 staatlich anerkannt ist, nachdem das mehrheitlich muslimische Land Bosnien 1908 Österreichisch-Ungarischen Monarchie zugeteilt worden ist. Religionsfreiheit schützt Religion von negativen Folgen radikaler Privatisierung weil sie:

- Religionen und Religiöse verpflichtet im öffentlichen Raum miteinander , mit anderen und nicht religiösen friedlich zusammen zu leben
- Dadurch wird auch voneinander lernen ermöglicht
- Religiöse Bildung ist somit sicher, da die Religion weiter gegeben wird

Eine enorme Frage ist auch die Frage in wie weit Religion dem Integrationsprozess schadet oder doch nützt? Darum ist diese Frage legitim, denn es rollt das Thema auf es geht um dem wechselseitigem Verhältnis von Religion und Migration. Daher, wir können nicht behaupten, dass Religion eine gesellschaftliche Funktion ist ,die nützt oder schadet. Man erkennt Religion in ihrer Veränderbarkeit, dass die Religion eigentlich gar nicht existiert, sondern nur das was unter Religion verstanden wird, es ist ein Produkt einer lebendigen Kommunikation in Gesellschaft und Kultur. Dies ermöglicht gegenüber Migration bzw.MigrantInnen gegenüber mehr Verständnis. Nicht alle Menschen mit Migrationshintergrund sind religiös, aber für die die sich so sehen oder verstehen, bildet Religion eine wichtige Dimension ihrer Identität.

Integrationsprozess und welche Rolle dabei spielt die Religion ist auch ein wichtiger Aspekt, diesbezüglich geht man davon aus, dass die Integration nur dann gelingen wird, wenn die Aufnahmegesellschaft den Zuwandern öffentlichen und sozialem Raum, politische, und kulturelle Teilhabe ermöglicht und Diversität auch strukturell anerkennt. Studien zeigen, aber dass Religion eine zweideutige Wirkung haben kann, nämlich integrierende aber auch desintegrierend. Martin Baumann (2002) versteht Integration nicht als Assimilation, die immer Aufgabe mitgebrachter Verhaltensweisen und Anschauungen zu Gunsten der Wert und Normvorstellungen der Mehrheitsgesellschaft bedeutet. Baumann ist dafür, dass man Integration nach sozi-ökonomischer und kulturelle religiöser Assimilation unterscheidet, und ist der Meinung, dass beide nicht unbedingt gemeinsam angestrebt werden müssen,

Wenn man zwischen diversen Dimensionen der Eingliederung in eine Struktur und kulturell – religiöser Angleichung unterscheidet, so soll nicht das Festhalten an religiösen Bräuchen als

„Nicht integrierend“ bezeichnet werden. Was wir in der Geschichte als Beispiel haben, kann die Aufnahmegesellschaft durch Ingeration der MigrantInnen und ihren religiösen Bewahren profitieren. Weiters betont Martin Baumann (2002), dass im Hinblick auf die Dimension „religiöse Integration“, die Grenzen zwischen sozialer und kultureller Integration eindeutig einen Unterschied gibt, deswegen ist es auch wichtig diese zwei Begriffe zu unterscheiden..

Eine religiöse Anpassung der Menschen mit Migrationshintergrund würde somit Konversion bedeuten, wenn sie sich von der Religion des Aufnahmelandes unterscheidet, somit geht auch die eigene Identität verloren und das ist auch der Grund warum eine religiös assimilatorische Anpassung nicht angenommen wird. Man möchte dem Herkunftsland, dem Land seiner Väter und Mütter treu bleiben auch wenn das mit der sozialen oder beruflichen Ausgrenzung bzw. Benachteiligung zu tun hat. Um noch einmal zu betonen wie wichtig die Religion für eigene Identität unabhängig von Alter ist beziehe ich mich auf Vogel (2009), der sagt „dass Religion und Migration nicht nur soziale Phänomene sind, denn sie sind „Schlüssel zur menschlichen Identität“. Migration hat eine archetypische Dimension, das heißt sie liegt der menschlichen Psyche als Struktur im kollektiven Bewusstsein zugrunde.

Auch die Religion und die mit ihr verbundenen Arten der Lebensführung, das Feiern von Festen, das Einhalten von Bräuchen etc. sind demzufolge Bedürfnisse, die Migrantinnen und Migranten haben. Wenn Trägerinstitutionen aus dem Bereich der Pflege diese Menschen erreichen und zu einem Wechsel von der privaten in die institutionelle Pflege überzeugen wollen, muss also auch über deren Religion Bescheid gewusst werden. Dieses Wissen ist bei allen an der Pflege beteiligten zu sichern und im täglichen Umgang miteinander umzusetzen.

Darüber hinaus müssen die Träger sicherstellen, dass es im Haus zu keinerlei Diskrimination aufgrund von Religion kommt. Das schließt sowohl die Leitung der Pflegeeinrichtung wie auch das Personal und ebenso alle Bewohner mit ein. Es muss gewährleistet werden, dass die Offenheit für andere Religionen selbst bei den übrigen zu Pflegenden mindestens soweit vorhanden ist, dass es zu keinen Anfeindungen untereinander kommt. Derartige Grundsätze sind deshalb ausnahmslos allen Personen vorzulegen und klarzumachen, die mit dem Träger und der Pflegeeinrichtung in Verbindung stehen.

## **2.8 Zwischenfazit**

In den vorangegangenen Unterkapiteln des zweitens Kapitels wurden ausgehend von der zentralen Fragestellung und Zielsetzung dieser Arbeit die wesentlichen Gründe und

Bedingungen behandelt, die einen Einfluss auf das Verhalten eines Menschen im Alter haben können. Es soll dabei nicht der Anspruch erhoben werden, sämtliche Einflussfaktoren aufgezeigt zu haben, die in der Pflege von Menschen im Alter relevant sind. Mit Blick auf die Fokussierung auf Migrantinnen und Migranten als zukünftige potenzielle zu Pflegende in Österreich wurde sich aber darauf konzentriert, wovon diese Menschen in ihrem Verhalten geprägt sein können.

Diese ausgewählten Einflussfaktoren und ihre Auswirkungen – beispielsweise kulturelle Unterschiede bezüglich der Vorstellung von Pflege im Alter – sind im späteren empirischen Teil dieser Arbeit durch die eigene empirische Befragung von Betroffenen zu überprüfen. Dies wird als zielführend erachtet, weil die Forschung sich bisher wenig mit Migrantinnen und Migranten in der Pflege in einem für sie fremden Land befasst hat. Grundsätzlich ist aber zu konstatieren, dass einige Merkmale des Verhaltens von Menschen im Alter sowohl für Personen mit als auch ohne Migrationshintergrund durch die aufgezeigten Faktoren erklärt werden können.

Hinzukommen jedoch besondere Voraussetzungen, die sich durch die Differenzen in der Kultur, Sprache, Religion etc. ergeben. Inwieweit diese in der Theorie vorhandenen Unterschiede auch in der Realität für die Migrantinnen und Migranten eine Rolle spielen, wird ebenso über eigene Interviews mit dieser Zielgruppe überprüft.

In diesem Sinne zielt die vorliegende Ausarbeitung darauf ab, die vorgestellte Theorie mit der Empirie zu vergleichen und dadurch letztlich eine Brücke zur Praxis der tagtäglichen Pflege in Österreich zu schlagen. Damit sollen Handlungsempfehlungen und möglichst konkrete Ideen für den Umgang mit dieser spezifischen Gruppe von Menschen in Pflegeeinrichtungen formuliert werden.

Bevor sich aber mit den Ausführungen von befragten Migrantinnen und Migranten befasst werden kann, soll im dritten Kapitel auf die Lebensphase eingegangen werden, die für die Pflege im Thema der vorliegenden Arbeit hauptverantwortlich zeichnet: das Alter. Für einen Teenager mag bereits ein 25-Jähriger als alt gelten und aus dem Blickwinkel von Kindern sind die Eltern wohl immer das Sinnbild von Alter, auch wenn sie gerade einmal das 40. Lebensjahr erreicht haben. Im Vergleich zu einer Hundertjährigen wird sich wohl auch eine Sechzigjährige noch regelrecht jung fühlen und erstere als alt betiteln. Dies soll lediglich verdeutlichen, dass das Alter vielfach eine reine Ansichtssache ist.

Aus diesem Grund muss im nächsten Kapitel definiert werden, was unter dem Alter als Lebensphase zu verstehen ist. In Verbindung damit sollen in Ergänzung zu den Ausführungen aus Kapitel 2 einige Umstände und Faktoren zur Sprache kommen, die in Verbindung mit dieser Lebensphase stehen.

Da Menschen unabhängig davon, ob sie über einen Migrationshintergrund verfügen oder nicht, altern und irgendwann in diese Lebensphase eintreten, richtet sich das Kapitel 3 anders als Kapitel 4 und 5 nicht ausschließlich an Migrantinnen und Migranten. Allerdings wird stets auch darauf hingewiesen, wenn zum Beispiel eine Einschränkung des Alters, die einen Einfluss auf das Verhalten in der Pflege hat, bei Migrantinnen und Migranten besonders stark ausgeprägt ist oder ein größeres Problem darstellt als bei einheimischen alten Personen.

### **3. Lebensphase Alter**

Neben der unsicheren zeitlichen Festlegung des Beginns der Lebensphase mit dem Titel „Alter“ erschweren die zunehmenden Pluralisierungstendenzen der Lebensformen und weitere Merkmale einer zunehmenden Differenzierung des Alters die Beantwortung der Frage nach Struktur und Qualität dieser Lebensphase. So kann diese Phase alleine bis zu 50 Jahre abdecken, wenn ein frühzeitiger Ruhestand und ein hohes Sterbealter zusammenkommen. Für viele ist diese Phase zumindest nach dem mittleren Erwachsenenalter die zweitlängste zusammenhängende Lebensphase. Innerhalb des Alters als komplexe Großphase des Lebenslaufs, die eine Altersspanne vom 60 bzw. 65 Lebensjahr bis in das Alter von über die 105 Jahre umfasst, existieren durchaus abgrenzbare Teilphasen die in der Regel chronologischen Altersgruppen zugeordnet werden sollten (vgl. Kruse/Lehr 1999). In der Publikation von Getrud M. Backes und Wolfgang Clemens wird das Thema „Alter“ im Sinne einer Einführung in die Alterswissenschaft behandelt.

Hierbei wird der Begriff des „Alters“ von Anderen, wie etwa der Jugend abgegrenzt: „Alter als Phase der eingeschränkten Leistungsfähigkeit, des nicht mehr Mithaltenkönnens, des Ausrangiertwerdens, aber auch als Phase des Zurückblickens auf die erbrachte Lebensleistung...“ (Backes/Clemens 1998, 13). Dies ist eine weitere, negative Auslegung des Alters - auch wenn die Autoren bemüht sind, diese zu entschärfen. Aus soziologischer Perspektive stellt sich der Begriff so dar: „Altern als Prozess umfaßt körperliche, psychische, soziale, und gesellschaftliche Aspekte“ (Backes/Clemens 1998, 15). Backes/Clemens (1998,

17) sind außerdem der Ansicht, dass das Alter weiblich sei, da es sich bei den heutigen Rentnern zum größten Teil um Frauen handle.

Wenn vom Alter gesprochen wird, dann müssen auch diverse Theorien erwähnt sein, die das Alter und Altern interpretieren bzw. vertreten. Die Aktivität oder Ausgliederung These geht davon aus, dass das Individuum durch den Mangel an körperlicher und geistiger Tätigkeit einem atrophischen Siechtum verfällt. Das Aktivität oder auch Ausgliederung Konzept gehört noch immer zu den häufigsten implizit oder explizit verwendeten, diskutierten, aber auch kritisierten Konzept der sozial Gerontologie. Es hat bis heute weitreichende Bedeutung für die soziale Altern Arbeit und findet seine Fortsetzung aktuelle in Zuschreibungen wie erfolgreiches Altern.

Scharfe Trennung zwischen Disengagement Konzept und Aktivitäten Konzept ist heute nicht mehr unbedingt aufrechtzuerhalten. Das Aktivitätskonzept konzentriert sich in seinen Aussagen auf mögliche Bewältigungsformen der Altersprobleme, die hauptsächlich aus Funktionslosigkeit entstehen. Diese wird als Produkt oder Begleiterscheinung des mit Industrialisierung und sowie familiären Veränderungen eingehenden sozialen Wandels gesehen. Erfolgreiches und zufriedenes Altern stellen sich, so das Konzept nur dann ein, wenn die Aktivitäten der mittleren Lebensjahre aufrechterhalten werden. Gesellschaftliche Rollenverluste im Alter sind leider nicht zu vermeiden, sollte man bei zwingenden Veränderungen nach Ersatz suchen. Daraus leiten sich Forderungen nach Beibehaltung beruflicher Positionen oder zumindest Aktivierung und Reaktivierung in organisierten Freizeitprogrammen ab. Abgesehen von biologischen und gesundheitlichen Veränderungen haben Menschen im Alter dieselben psychischen und sozialen Bedürfnisse wie im mittleren Lebensalter. Geringere soziale Kontakte älterer Menschen, psychischen und physischen Abbau Prozesse und ihr geringes Engagement in Aktivitäten und Organisationen resultieren daraus, dass sich die Gesellschaft zurückzieht von alten Menschen und dies erfolgt gegen deren Willen.

Das zentrale Element dieses Rückzuges basiert, stellt die Ausgliederung aus dem Bezugssystem der Arbeitswelt dar. Laut Tartler, dem älteren Arbeitnehmer wird die schlechtere Leistungsfähigkeit zugeschrieben und bei ihm eine Unzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz hervorgerufen (vgl. Tartler 1961). Durch entsprechenden sozialen Druck entledigen sich die Betriebe ihrer vermeintlich nicht mehr voll einsatzfähigen Mitarbeiter, damit werden laut Aktivitätskonzept weitere Funktionsverluste, eine Reduzierung von sozialen Aktivitäten, körperliche wie psychische Abbauprozesse eingeleitet.

Leistungsschwäche dient als Vorwand sich der Älteren zu entledigen. Psycho-physischer Abbau entsteht erst mit dem Entzug der Beschäftigungsmöglichkeit. Warum der Betrieb älteren ArbeitnehmerInnen eine diffuse Defizient, eine unbestimmte eingeschränkte Handlungsfähigkeit zuschreibt. (vgl. Voges 1994:64). Laut empirischen Studie wollen alte Menschen solange ihr Alter nicht anerkenne und es als größtes Kompliment werten, wenn man ihnen ihr Alter nicht ansieht. Die Ausgliederung der alten Menschen wird zu Recht als Zwangsausgliederung gesehen, da sie ab einem bestimmten Alter institutionell verfügt wird, ganz gleich ob sie dem Betroffenen oder Gesellschaft damit schadet.

Von Seite der Gesellschaft bestehen keine ausreichenden adäquaten Kompensationsmöglichkeiten für alle. Das Alter wird stereotypisiert, in dem vom Abbau von Fähigkeiten, reduziertem Bedürfnis nach Betätigungen mit dem gewissen Alter in Verbindung gebracht wird. Historisch geprägten ökonomischen, politischen und sozio strukturellen, wie auch biographischen und interaktionellen Bedingungen der Situation alternder Menschen werden vernachlässigt. Die berufliche Ausgliederung als das zentrale Ereignis gesehen, vorgängige Erfahrungen werden weitgehend ausgeblendet. Das Konzept erntet Kritik bzw. seine Orientierung an dem Menschen und seiner Aktivierung. Man vernachlässigt dabei die mit zunehmenden Alter auftretenden Veränderungen, die nicht bei allen und nicht vollständig durch Aktivierung kompensiert werden können. Das Konzept kann bei Bedarf dazu benutzt werden, verstärktes wieder Einsetzen alter Menschen. Disengagement Ansatz besagt, dass Altern unvermeidbar gegenseitiger Rückzug ist, die aus verminderter Interaktion zwischen der alternden Person und anderes des sozialen Systems. Der Prozess kann eingeleitet werden durch das Individuum oder auch andere in der Situation. Wenn der Alterung Prozess abgeschlossen ist, dann ist das Gleichgewicht, das zwischen Individuum und Gesellschaft existiert hat, durch ein neues Gleichgewicht abgelöst worden, das charakterisiert ist durch eine größere Distanz und eine veränderte Art der Beziehung. (vgl. Cumming & Henrey 1961) Eine weitere Theorie, Theorie des sozialen Rückzuges, welche nach dem funktionalistischem Handlungsmodell von Parsons entwickelt wurde geht davon aus das das Alte sein eine völlig neue Entwicklungsstufe in menschlichen Leben darstellt , in der gesellschaftliche und persönlich veränderte Zielsetzungen vorliege.

Das Alter wird nicht gemieden, sondern hat eigenen Inhalt, nämlich Vorbereitung auf dem Tod. Dies basiert aus der Beobachtung, dass sich die älteren Menschen aus den Rollen und Aktivitäten zurückziehen. Personen verringern ihre Beteiligung an der Arbeitsgesellschaft, da sie ihren psychischen und physischen Abbau beobachten. Es ist ein unvermeidbarer Prozess,

in dem viele Beziehungen zwischen Person und Gesellschaft gelöst werden und bleibende Beziehungen eine Veränderung erfahren. Dieser Prozess wird sowohl von Individuum als auch von der Gesellschaft aufgelöst. Danach ist älterer Mensch glücklicher und zufriedener und in der Gesellschaft können Leistungsfähigere eingesetzt werden. Laut Disengagement Theorie handelt sich dabei um einen natürlichen Prozess. Die Verringerung beruflicher Aktivitäten ist die Voraussetzung erfolgreichen Alterns, da sich der ältere Mensch lediglich Anerkennung für frühere Nützlichkeit erhofft. Für die soziale Gerontologie ist die Disengagement Theorie beispielhaft, obwohl sie eine Reihe von Schwächen aufweist.

Die sozialen Beziehungen und Rollenverpflichtungen eines im mittlerem Alter in der Gesellschaft engagierten Menschen reduzieren sich sukzessive und insbesondere mit dem Eintritt ins sogenannte Alter, Ausscheiden aus dem aktiven Teil des Lebens, womit primär das Erwerbsleben gemeint ist. Der Idealfall liegt vor wenn Individuum und Gesellschaft gleichzeitig dazu bereit sind. Natürlich kann vorkommen das die Person bereit ist und Gesellschaft nicht, oder umgekehrt, was wiederum zu einem Rückzug führt. Dieses Prinzip ist in allen Gesellschaften gleich, nur der Zeitpunkt variiert interkulturell. Zwischen Gesellschaft und Individuum ein neues Gleichgewicht .Gleichgewichtvorstellungen ist der Einfluss von Parson, bzw. in seinem Struktur funktionalistischem Modell deutlich zu erkennen. Sozialisationsprozess als ein jeweiliges Verändern und Neueinpendeln zwischen Mensch und Gesellschaft, das der Lebensphase angemessen ist.

Anstatt das mittlere Lebensalter zu idealisieren, erkennt der Disengagement Ansatz das Alter als eigenständige Lebensphase, soziale Realität an. Er weist auf die Unvermeidbarkeit des Todes als universelles Faktum hin, aus dem für Individuum und Gesellschaft die Notwendigkeit resultiert, sich voneinander zu trennen. Das gemeinsame an Aktivitätstheorie und Disengagement ist, das beide Konzepte erkennen, das Altern in der gegebenen Gesellschaft unabhängig von den menschlichen Bedürfnissen zwangsläufig auch mit Funktionsverlusten eingeht. Allerdings laut Cumming & Henrey erfolgt, der Rückzug der Individuen nicht primär durch Gesellschaft, sondern entspricht den Bedürfnissen im Alter, was widerspricht Aktivitätstheorie. Die Vorstellung, dass Ausgliederung im Alter freiwillig und für die Zufriedenheit der Menschen günstig sei, stehen im Widerspruch zur Gesellschaft. Bewertung von Arbeit und Aktivität . Im Vergleich zum Aktivitätskonzept ist allerdings die mit dem Disengagement Konzept einhergehende Befreiung des Alters von Aktivitätszwang positiv zu sehen.

Laut Disengagement Konzept sorgt die Institutionalisierung der Ausgliederung für eine Abstraktion von sämtlichen individuellen und sozialen, gesundheitlichen Leistungsmäßigen, Satus bezogenen und sonstigen Differenzen, was jedoch nicht in der Praxis der Fall ist.

Nach Voges Disengagement Konzept ist nicht aufrechterhalten in seiner Form. Ruhe Zeit ist mehr als ein Drittel und darf nicht als bloße Rest Zeit verstanden werden. Veränderungen im Alter sind keineswegs nur biologisch bedingt oder in anderer Weise, natürlich bestehen erhebliche Unterschiede und Ungleichheiten, nach Gesellschaft, sozialem Status Geschlecht. Disengagement Konzept führt nicht zum glücklichen Alter bei vielem, eher zum Gegenteil. An die Stelle der Annahme einer generellen Rollenreduktion im Alter ist eine differenzierende Betrachtung getreten, die den unterschiedlichen Verlauf in einzelnen Lebensbereichen, die Einflüsse von Persönlichkeitsmerkmalen, der sozialen Schicht und der weiteren sozialen Umgebung, wie auch des bisherigen Lebensstil, der wirtschaftlichen Situationen und der momentanen Lage berücksichtigt. Mehr oder weniger gehen alle Forschungsansätze der sozialen Gerontologie vom Kontinuitätsprinzip aus. Die Kontinuität der Lebenssituation über erfolgreiche bzw nicht erfolgreiche Anpassung im Alternsprozess entscheidet. In Anlehnung an die Aktivitätsthese wird in der Kontinuitätsthese davon ausgegangen, dass die Lebenszufriedenheit älterer Menschen umso höher ist, je mehr die Alterssituation der Lebenssituation in mittlerem Lebensalter ähnelt. Kontinuitätsansatz ist ein soziologischer Ansatz welcher auch psychologische Elemente integriert. Es ist wichtig, die Fähigkeit, soziale Rollen als lebenslange Erfahrung auch bei negativen Veränderungen der Umweltbedingungen zur Aufrechterhaltung eines spezifischen Lebensstil beizubehalten.

Wenn es darum geht, die Bedürfnisse und Wünsche der Menschen im Alter im Rahmen der Pflege zu erfüllen oder zunächst überhaupt zu erkennen, muss ebenso ein Blick auf die Einrichtungen geworfen werden, in denen diese Pflege geleistet wird. Es ist nicht möglich, alle Pflegeeinrichtungen zu analysieren, weshalb im nächsten Abschnitt dieses Kapitels die Träger vorgestellt werden sollen. Sie sind verantwortlich für das Umfeld, in dem Pflegende und zu Pflegende aufeinandertreffen.

In diesem Sinne müssen nachstehend zumindest kurz die Rahmenbedingungen skizziert werden, unter denen die Pflege in Österreich aktuell erbracht wird.

### **Träger**

In Österreich bzw ich beziehe mich auf den Raum Wien werden Pflege und Betreuungsinstitutionen von Fond Soziales Wien unterstützt. Durch Fond Soziales Wien

werden im Jahr 120 000 Menschen finanziell unterstützt, damit sie Pflege oder Betreuungsplätze in Anspruch nehmen können. In Kooperation mit 160 Partnern wird auf diese Art und Weise Lebensqualität der bedürftigen Personen ermöglicht. Der Fond Soziales Wien hat jährlich 850 Millionen zu Verfügung, die aus Steuermitteln der Stadt Wien gesichert sind und ermöglichen dadurch im Gesundheit und Sozial Sektor mehr Unterstützung. Es werden nicht nur pflegebedürftige Personen sondern auch die Personen für welche soziale Indikatoren sprechen ( wie Einsamkeit, wohnen ohne Aufzüge etc) gefördert.

Das Gesundheitswesen in Österreich ist wiederum in Ausgabenrelationen gemessen, die zweitgrößte Säule im Rahmen der Sozialversicherung .21 Versicherungsinstitutionen organisieren die Krankenversicherung in diesem Land. Diese Institutionen sind nach territorialen Kriterien organisiert. In jedem der neun Bundesländer besteht eine Institution für private Arbeitnehmerinnen .Darüber hinaus bestehen vier Einrichtungen für spezifische Berufsgruppen, sowie weitere ach Berufskrankenkasse, welche die gesetzliche Krankenversicherung in großen Unternehmen abdecken. Die Finanzierung der Krankenversicherung basiert einmal mehr auf Sozialversicherungsbeiträgen, die sowohl von ArbeitnehmerInnen als auch von ArbeitgeberInnen geleistet werden.

Im Gegensatz zu anderen Sozialversicherungsleistungen wird ein beträchtlicher Teil der notwendigen Finanzierungsmitteln für das Gesundheitswesen auch aus dem allgemeinen Steueraufkommen gedeckt. Dies ist insbesondere für die Finanzierung von Krankenhäusern notwendig. In diesem Bereich werden etwas 50 % der Gesamtkosten durch Steuern abgedeckt. Mit einem Finanzierungsanteil von rund 30% der gesamten Gesundheitsausgaben nimmt schließlich auch die private Finanzierung einen bedeutenden Stellenwert in der Finanzierung ein. Neben privaten Versicherungsbeiträgen und den direkt von PatientInnen finanzierten Leistungen, die grundsätzlich durch das Sozialversicherungssystem gedeckt sind.(Österle 2004).

Neben Versicherungspflichtigen Beschäftigten selbst sind auch deren Angehörige von der Versicherung erfasst. Zusätzlich werden spezifische Bevölkerungsgruppen wie z.B Studierende, BezieherInnen von Sozialleistungen aber auch MigrantInnen mitberücksichtigt. Etwa 30% der österreichischen Bevölkerung hat zusätzlich zur verpflichtenden sozialen Krankenversicherung eine private Krankenversicherung abgeschlossen.(Fuchs 2003).

Ähnlich wie in anderen europäischen Ländern ist die öffentliche Unterstützung im Bereich der Langzeitpflege im Vergleich zum Gesundheitswesen deutlich eingeschränkt. Traditionell war der Bereich der Langzeitpflege durch ein hohes Maß an Fragmentierung charakterisiert.

Neben Leistungen für spezifische Gruppen konzentriert sich der öffentliche Sektor vor allem auf die Bereitstellung von Alten und Pflegeheimen, wobei die Unterbringung nach Sozialhilfeprinzipien finanziert wurde und weiterhin wird. Im Jahr 1993 wurde dann allerdings eine umfassende Reform des Langzeitpflegesystems vorgenommen, in deren Zentrum eine universell gestaltete Pflegegeldleistung steht (Österle 2001). Im Unterschied zu Deutschland wurde in Österreich mit der Einführung der universellen Geldleistung die Tradition des Sozialversicherungsprinzips im Langzeitpflegebereich durchbrochen. Menschen aller Altersgruppen, die Langzeitpflege benötigen, haben einen Rechtsanspruch auf diese Geldleistung. Die Höhe des Pflegegeldes ist je nach dem Pflege- und Betreuungsbedarf in sieben Leistungsstufen unterteilt und beträgt je nach Einstufung pro Monat zwischen 148,30 Euro in Stufe I und 1562,10 Euro in Stufe VII. Diese Geldstufe wird explizit als Beitrag zu den pflegebedingten Mehraufwendungen verstanden. Bei Betreuung in Alten und Pflegeheimen wird das Pflegegeld, neben der Pension bis auf einen kleinen Taschengeldbetrag (20 % von der Pension) unmittelbar an die Träger der Einrichtung weitergeleitet. Da die Gesamtkosten trotz Pflegegeldes vielfach nicht abgedeckt werden können, wird die Differenz aus Mitteln der Sozialhilfe (z.B. FSW) finanziert. Diese Mittel können allerdings aus dem Vermögen der BewohnerInnen und in einigen Bundesländern in gewissem Rahmen auch durch finanzielle Beiträge naher Verwandter refinanziert werden. Seit der Einführung des Pflegegeldes hat sich die Zahl der Betten in Alten und Pflegeheimen nur unwesentlich geändert, allerdings haben die BewohnerInnen heute im Durchschnitt einen deutlich umfassenderen Betreuungsbedarf. Für die Organisation sozialer Pflegegeldleistung sind die neun österreichischen Bundesländer zuständig. Während Alten und Pflegeheime eine lange Tradition aufweisen, war das Angebot ambulanter Dienstleistungen lange Zeit äußerst beschränkt nur in einzelnen Regionen verfügbar. Erst in den vergangenen 15 Jahren kam es zu einer deutlichen Ausweitung der Infrastruktur. Während im Bereich der Alten und Pflegeheimen vor allem öffentliche Träger und Non Profit Organisationen als Leistungsanbieter tätig sind, dominieren Non Profit Organisationen das Angebot sozialer Dienstleistungen.

In Wien etablierte Pflege und Seniorenheime sind Caritas, Kuratorium Wiener Pensionisten Heime, Caritas Socialis die ich näher beschreiben wird, aber auch Volkshilfe, Sozial Global

und andere weniger in Social Media präsenter Träger. Caritas wurde 1903 gegründet ist somit eine Hilfsorganisation die zum Teil der römisch katholischen Kirche gehört. Der Kernauftrag der Caritas ist es, Not zu sehen und zu handeln. Und für jene Menschen einzutreten, die keine Stimme haben. Das bedeutet, menschliches Leben von Anfang bis Ende, zu achten und zu schützen und Menschen in Notlagen zu helfen, ungeachtet ihrer Herkunft, ihrer Religion oder ihres Geschlechts. Es sind mehr als 1.600 Orte in ganz Österreich, an denen die Caritas Menschen in Not hilft. In den Bereichen Pflege, Menschen mit Behinderungen, Hospiz, in den Sozialberatungsstellen, im Einsatz für Familien in Not oder ältere Menschen, die sich die Heizung nicht leisten können. Die Caritas – das sind ihre hauptamtlichen MitarbeiterInnen, aber vor allem die rund 40.000 Freiwilligen, die sich tagtäglich beherzt und professionell einsetzen. Weil Not in jedem Land ein anderes Gesicht hat, ist die Caritas in ihrer Auslands- und Katastrophenhilfe in das internationale Caritas Netzwerk eingebunden. Mehr als 160 Caritas Organisationen stehen weltweit im Dienst der Menschlichkeit. Betreuen und Pflegen

1. rund 2,3 Mio. Einsatzstunden in der mobilen Betreuung und Pflege
2. 48 SeniorInnen- und Pflegehäuser
3. über 4.800 betreute Menschen in SeniorInnen - und Pflegehäusern
4. 5.640 MitarbeiterInnen

(Quelle :[www.caritas.at](http://www.caritas.at))

Ein anderes Thema, das zur Sprache kommen muss, wenn man sich mit dem Alter als Lebensphase und Eigenschaft der Klientel des Pflegesektors auseinandersetzt, sind geistige und körperliche Erscheinungen. Im Laufe des Lebens erkranken Menschen immer wieder an unterschiedlichen Krankheiten, leiden unter diversen Beeinträchtigungen und erholen sich auch wieder davon. Mit zunehmendem Alter kommt es aber zu einem Abbau der Regenerationskraft des menschlichen Körpers: Bewegungen fallen schwerer und auch das Erinnerungs- sowie Orientierungsvermögen sind nicht mehr so gut wie noch in der Jugend. Mit diesen Veränderungen muss das Pflegepersonal umgehen können, weil daraus besondere Bedürfnisse und Voraussetzungen resultieren.

Diese Merkmale des Alters sind jedoch bereits bekannt als prägende Eigenschaften der Menschen in dieser Lebensphase. Bedingt durch den Anstieg der Lebenserwartung ergeben sich heute aber bisher weniger beachtete Erkrankungen, die das Verhalten der Menschen im hohen Alter bestimmen. Es ist nicht möglich, sämtliche Erkrankungen an dieser Stelle zu

erörtern, weshalb der Fokus auf eine Erkrankung gerichtet werden soll, die aller Voraussicht nach zu einer neuen Volkskrankheit im Alter werden kann.

### **3.1 Demenz und Sprache**

Im Vorangegangenen dieser Arbeit wurde bereits auf die Lebensphase des Alters eingegangen und es konnte die besondere Situation der Pflege und Betreuung von Migrantinnen und Migranten in professionellen Einrichtungen von Trägern erörtert werden. Auch die ebenfalls im Rahmen der vorliegenden Abhandlung durchgeführte empirische Befragung von am Thema interessierten bzw. betroffenen Personen mit Migrationshintergrund lässt unweigerlich Schlüsse darauf zu, dass im Mittelpunkt der idealen Pflege der Mensch als Individuum stehen muss.

Kultur und Sozialisation sowie deren Unterschiede zwischen Heimat- und Aufnahmegesellschaft spielen bei Migrantinnen und Migranten eine zentrale Rolle. Daneben offenbart sich aber auch der Aspekt der Sprache als eine Herausforderung auf dem Pflegesektor. Dies ist damit zu erklären, dass die Sprache das primäre Mittel der Kommunikation des Menschen ist: „Sprache und Sprechen durchziehen unseren Alltag. Teilhabe ist ohne Kommunikation nicht möglich. Nach dem Spracherwerb in der Kindheit ist Sprechen zu einer gebräuchlichen Normalität geworden. Die Worte fließen aus dem Mund – das Medium Sprache wird selbstverständlich eingesetzt.“ (Fries / Lössl / Wagenhäuser 2007: 89)

Wenn es aufgrund von migrationsbedingten Defiziten nicht richtig eingesetzt werden kann, droht eine fehlerhafte oder scheiternde Kommunikation (vgl. Fries / Lössl / Wagenhäuser 2007: 89). Doch eine Migration ist keinesfalls der einzige Grund, weshalb Sprache zu einem Problem werden kann. Wie aber kann dies der Fall sein, wenn doch die zu Pflegenden oft ihr Leben lang oder zumindest viele Jahre in der Gesellschaft gelebt und erfolgreich kommuniziert haben, in der sie schließlich in der Lebensphase des Alters auch auf Pflege angewiesen sind?

Diese Frage ist mit einem Exkurs zu beantworten, der nach eigener Einschätzung innovative Parallelen zwischen Gruppen von zu pflegenden Personen aufzeigen kann. Wenn es darum nämlich geht, die Bedürfnisse von älteren Menschen in Pflegeeinrichtungen oder Seniorenheimen zu ermitteln und durch das Personal bestmöglich befriedigen zu lassen, muss in der heutigen Zeit mehr denn je auf deren körperliche und geistige Kondition geachtet

werden. So kann infolge von Erkrankungen eine bestimmte Voraussetzung bzw. Einschränkung geistiger Art bei den zu Betreuenden vorhanden sein. Diese offenbart sich unter anderem in sprachlichen Problemen, womit daraus wiederum gerade auch für Migrantinnen und Migranten in der Pflege Schwierigkeiten auftauchen oder sich noch weiter verschärfen können.

Aufgrund des demografischen Wandels, der sich auch in Österreich schon jetzt beobachten lässt und in der Zukunft weiter voranschreiten wird (vgl. Höfler / Bengough / Winkler / Griebler (Hrsg.) / Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) / Sozialministerium (Hrsg.) 2015: 1ff.) ist bekanntermaßen zu prognostizieren, dass die Menschen wegen besserer medizinischer Versorgung und eines weniger belastenden Lebensalltags zumindest in den Industrienationen immer älter werden:

„Prognosen zufolge wird die Lebenserwartung bis zum Jahr 2050 noch weiter ansteigen: bei Frauen auf 89,5 Jahre, bei Männern auf 85,8 Jahre (Statistik Austria 2012). Mit dem demografischen Wandel geht einher, dass in den kommenden Jahren mit einer überproportional steigenden Zahl hochaltriger Menschen zu rechnen ist.“ (Höfler / Bengough / Winkler / Griebler (Hrsg.) / Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) / Sozialministerium (Hrsg.) 2015: 1) Eben diese Menschen stellen die wachsende Klientel der Pflegeeinrichtungen dar.

Genau diese grundsätzlich sehr schöne Entwicklung eines längeren Lebens bringt leider für die Pflege sehr entscheidende Konsequenzen mit sich. Diese drücken sich in den körperlichen und geistigen Gebrechen aus, unter denen alle Menschen – ob nun mit Migrationshintergrund oder ohne – im Alter mehr oder weniger zu leiden haben. Die Menschen werden älter und müssen sich deshalb mit Krankheitsbildern und altersbedingten Einschränkungen auseinandersetzen, die in jungen Jahren oftmals unbekannt sind: Zum Beispiel lässt die Beweglichkeit nach, man sieht und hört schlechter, außerdem haben aufgrund der erweiterten Lebenszeit auch chronische Erkrankungen zugenommen.

Demnach stellt das Alter den einzelnen Menschen sowie eine gesamte Nation wie Österreich vor neue Aufgaben, die mit der alternden Gesellschaft verwoben sind und letztlich auf dem Pflegesektor nicht nur, aber auch für die Migrantinnen und Migranten gelöst werden müssen. Eine der vielleicht größten Herausforderungen ist in diesem Zusammenhang eine Krankheit, die von einem anwachsenden Vergessen und der kontinuierlichen Abnahme gezeichnet ist, das bisher selbstgeführte Leben im Alter weiterhin alleine zu bestreiten: die sogenannte

Demenz (vgl. Höfler / Bengough / Winkler / Griebler (Hrsg.) / Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) / Sozialministerium (Hrsg.) 2015: 1ff.).

Wie relevant diese Erkrankung für die vorliegende Arbeit ist, ergibt sich aus der aktuellen Forschung. Es steht demnach fest, dass in Zukunft immer mehr Menschen im Alter gepflegt werden, die unter Demenz leiden: „Die Entwicklung ist eindeutig: wir müssen uns in den kommenden Jahren auf immer mehr Menschen mit Demenz einstellen, die auf Betreuung, Pflege und Unterstützung angewiesen sind. Ebenso bedarf es neuer Lebensformen, um mit Menschen mit Demenz zusammen zu leben und sie in ihrer Orientierung zu unterstützen.“ (Höfler / Bengough / Winkler / Griebler (Hrsg.) / Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) / Sozialministerium (Hrsg.) 2015: 1).

Für Migrantinnen und Migranten erweist sich Demenz als eine nochmals schwierigere Bedingung in der Pflege, weil sie vor allem im Bereich der Sprache ohnehin oftmals gegenüber den anderen zu Betreuenden Defizite aufweisen – hierauf wird an anderer Stelle der Arbeit sowohl anhand der Fachliteratur als auch empirischer Informationen aus der durchgeführten Befragung im Detail eingegangen. Sprache bereitet den Migrantinnen und Migranten ohnehin oftmals Probleme, wenn es um die Organisation von Pflege für Familienangehörige geht oder sie selbst gepflegt werden.

Bevor sich aber im Weiteren dieses Unterkapitels damit befasst wird, wie Betreuungspersonal mit Demenzkranken unter der besonderen Beachtung eines vorhandenen Migrationshintergrundes umgehen kann, um die Bedürfnisse zu identifizieren, zu kennen und möglichst zu erfüllen, ist die Frage zu beantworten, um was es sich bei Demenz eigentlich handelt. Nur so kann ein weiteres Puzzlestück zur Beantwortung der zentralen Fragestellungen dieser Arbeit gefunden werden, welche Erwartungen, Bedarfe und Bedürfnisse die Fokusgruppe der älteren Menschen allgemein an die Trägerinstitutionen stellt und welche Erwartungen, Bedarfe und Bedürfnisse speziell Migrantinnen und Migranten innerhalb der Trägerinstitutionen besitzen.

### **3.2 Beschreibung der Krankheit Demenz**

Weshalb sollte Demenz als eine eigene Erkrankung hinsichtlich der Pflege betrachtet werden? Die Antwort darauf ergibt sich einerseits aus der wachsenden Zahl an Personen, die im Alter betreut werden müssen und an Demenz leiden, weshalb das Fachpersonal damit umgehen

können muss. Andererseits ist die Demenz eine sehr vielschichtige und nicht universell zu behandelnde Erkrankung.

Dies macht es für das Personal in der Pflege sehr schwer, jeweils richtig mit den zu betreuenden Menschen umzugehen, weil diese aufgrund der Demenz in unterschiedlichen Krankheitsstadien und mit verschiedenartigen Symptomen ein anderes Verhalten als die übrigen zu Pflegenden an den Tag legen: „Demenz umfasst eine Gruppe von Krankheitsbildern, bei denen die betroffene Person Beeinträchtigungen der kognitive Funktionen wie Gedächtnis, Orientierung, Sprache, Auffassungsgabe, Urteilsvermögen und Lernfähigkeit erfahren kann. Die häufigste Demenzerkrankung stellt die Alzheimer-Krankheit dar.“ (Höfler / Bengough / Winkler / Griebler (Hrsg.) / Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) / Sozialministerium (Hrsg.) 2015: 1).

Die Demenz zählt zu jenen Krankheitsgruppen, welche im höheren Lebensalter auftreten. In Österreich leben laut Statistik Austria (mit Daten auf dem Stand von 2014) ca. 1.571.966 Menschen, die über 65 Jahre alt sind. Die Quote der Personen, die an Demenz erkranken, liegt bei den unter 75-Jährigen noch bei 5 Prozent, steigt aber schon bei den 80- bis 85-Jährigen auf 20 Prozent und damit genau ein Fünftel aller Personen an. Ab einem Alter von 85 Jahre liegt der Erkrankungswahrscheinlichkeit sogar bei mehr als 40 Prozent. Es muss also auch hinsichtlich der Betreuung von älteren Menschen mit Migrationshintergrund fest damit gerechnet werden, dass einige von ihnen unter Demenz leiden werden. Demzufolge ist diese Erkrankung mit bestimmend in Bezug auf ihre Bedürfnisse in der Pflege. (Vgl. Höfler / Bengough / Winkler / Griebler (Hrsg.) / Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) / Sozialministerium (Hrsg.) 2015: 2)

Nach der Auffassung von Sütterlin (2011), die im Demenzberichts Österreichs erörtert wird, finden sich unter den Frauen ab dem 65. Lebensjahr 70 Prozent der von der Krankheit Betroffenen, womit sie die Hauptgruppe der an Demenz leidenden bzw. von Demenz gefährdeten Menschen darstellen. Dieser Umstand ist auf die höhere Lebenserwartung der Frauen zurückzuführen. Hieraus ist zu schlussfolgern, dass die Demenz eine im höheren Alter sehr prävalente Krankheit ist und damit für eine Gesellschaft wie die österreichische, die in Zukunft immer älter werden wird, von zentraler Wichtigkeit ist. (Vgl. Höfler / Bengough / Winkler / Griebler (Hrsg.) / Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) / Sozialministerium (Hrsg.) 2015: 2f.)

Dies gilt nicht allein für die von Demenz betroffenen Menschen, sondern ebenso für jene Personen, welche die Pflege leisten müssen, da mit zunehmender Demenz ein eigenständiges Leben im Alltag nicht mehr möglich ist: „Dabei stehen Themenfelder wie Enttabuisierung, Sensibilisierung, Aufklärung, Modelle der Lebensqualität für Menschen mit Demenz, Konzepte der Versorgung im häuslichen, stationären sowie ambulanten Setting, partizipative Forschungsansätze sowie das Sicherstellen von qualifizierter Pflege und Betreuung im Fokus.“ (Höfler / Bengough / Winkler / Griebler (Hrsg.) / Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) / Sozialministerium (Hrsg.) 2015: 2f.)

Angesichts der steigenden Fälle von Demenz weltweit ist die Entstehung der Krankheit auch in den Fokus der Forschung gerückt. Während es bisher nicht möglich ist, die Krankheit zu heilen (vgl. Höfler / Bengough / Winkler / Griebler (Hrsg.) / Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) / Sozialministerium (Hrsg.) 2015: 1) oder eine verlässliche Vorsorge zu treffen, haben sich in den Studien der vergangenen Jahre zumindest bedeutsame Risikofaktoren und Lebensweisen herauskristallisiert, die das Auftreten der Krankheit fördern und deshalb beseitigt werden sollten. In der Forschung wird aktuell davon ausgegangen, dass sowohl genetische als auch Umwelteinflüsse für die Entstehung eine Rolle spielen. Unabhängig von den auslösenden Faktoren bewirkt die Erkrankung eine voranschreitende Schrumpfung des Gehirns durch das Absterben von Nervenzellen.

Menschen, die von einer dementiellen Erkrankung betroffen sind, leiden deshalb an einer zunehmenden Beeinträchtigung des Gedächtnisses und anderer höherer Hirnfunktionen, die auch die Sprache betreffen. Diese Einschränkungen lassen sich beispielsweise in einer verminderten Lernfähigkeit, einer Abnahme der Orientierungsfähigkeit und eben im Gebrauch der Sprache beobachten. Bedingt dadurch, dass ältere Personen mit Migrationshintergrund aufgrund unterschiedlicher kultureller, sozialer und auch sprachlicher Voraussetzungen ohnehin vor Schwierigkeiten im Bereich der Pflege stehen bzw. solche für die Trägerinstitutionen und das Pflegepersonal bereiten, wirkt sich eine Demenzerkrankung bei ihnen also aller Wahrscheinlichkeit nach noch gravierender aus.

Als eine Konsequenz dieser im der Erkrankung voranschreitenden Einschränkungen ergeben sich Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Tätigkeiten des täglichen Lebens. Während in den ersten Stadien der Krankheit einige Situationen im Alltag noch damit verharmlost werden können, dass man im Alter schon einmal etwas vergessen kann, einem ein Wort nicht einfallen will oder man ein wenig den Überblick zu verlieren scheint, verschlimmern sich die Beeinträchtigungen immer mehr. In hohen Demenzstufen kann dieses Voranschreiten der

Krankheit in einer vollständigen Pflegebedürftigkeit resultieren. Die Pflege von Demenzkranken ist mit Blick auf den demografischen Wandel somit ein hochgradig aktuelles Thema und fordert sowohl von der Politik als auch der Gesellschaft und besonders vom Pflegesektor eine Akzeptanz dieser Problematik ein. (Vgl. Höfler / Bengough / Winkler / Griebler (Hrsg.) / Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) / Sozialministerium (Hrsg.) 2015: 1ff.)

Es also wie folgt zu konstatieren: „Die Demenz ist ein Syndrom als Folge einer chronisch fortschreitenden Erkrankung des Gehirns. Im Verlauf einer Demenzerkrankung kommt es zur Beeinträchtigung vieler höherer kortikaler Funktionen wie Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen (kognitive Symptome).“ (Höfler / Bengough / Winkler / Griebler (Hrsg.) / Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) / Sozialministerium (Hrsg.) 2015: 4) Die professionelle Pflege muss deshalb immer mehr Aufgaben übernehmen, denn es kommt bei den Betroffenen zu „Beeinträchtigungen in den Alltagsfertigkeiten wie Haushaltsführung, Einkaufen, Kochen, Körperpflege, Ankleiden usw. und den damit in Zusammenhang stehenden Aktivitäten des täglichen Lebens.“ (Höfler / Bengough / Winkler / Griebler (Hrsg.) / Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) / Sozialministerium (Hrsg.) 2015: 4)

Besonders kritisch ist diese Aussage für Personen mit Migrationshintergrund, da sie schon in jungen Jahren und ohne Erkrankung Probleme dem Führen eines eigenständigen Lebens inmitten einer kulturell, sozial und sprachlich fremden Gesellschaft haben können. „Diese Beeinträchtigungen werden von einer Verschlechterung der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens und/oder der Motivation begleitet. Diese nicht-kognitiven Symptome sind im eigentlichen Sinne Störungen des Erlebens, Befindens und Verhaltens“ (Höfler / Bengough / Winkler / Griebler (Hrsg.) / Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) / Sozialministerium (Hrsg.) 2015: 4), womit sie wiederum für die Pflege bedeutsam sind.

### **3.2.1 Besondere Herausforderungen der Pflege aufgrund von Demenz**

Aktuellen Schätzungen zufolge leben alleine in Österreich 130.000 Personen mit einer Form von Demenz. In der Folge des kontinuierlichen Altersanstiegs in der Bevölkerung wird sich dieser Anteil bis zum Jahr 2050 wohl verdoppeln: „In den letzten Jahrzehnten hat sich die Alterspyramide in Österreich gravierend verändert. Die demografische Entwicklung hat dazu geführt, dass immer weniger Jüngere einer zunehmend älteren Bevölkerung

gegenüberstehen.“ (Höfler / Bengough / Winkler / Griebler (Hrsg.) / Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) / Sozialministerium (Hrsg.) 2015: 1) Wie einleitend dargelegt wurde, muss sich zugleich mit einer wachsenden Zahl von Personen mit Migrationshintergrund befasst werden, weshalb der Pflegesektor wie auch die professionell Pflegenden sich auf diese zu Betreuenden in der nahen Zukunft vorbereiten müssen.

Ein weiteres Problem für die Pflege ist darin zu sehen, dass die Patienten, die an Demenz erkrankt sind, vielfach gar nicht wegen der Demenz, sondern einer anderen Krankheiten, wie z.B. Infektionen, Frakturen, Krebserkrankungen u.v.m. zunächst ins Krankenhaus eingeliefert werden und anschließend eine Form der Pflege benötigen. Bei vielen Patienten steht aus diesem Grund nicht die Demenz als Hauptdiagnose im Vordergrund, sondern sie nimmt lediglich die Rolle als Nebendiagnose ein. Dadurch kann es aber zu einem Fehlen von Maßnahmen in der Pflege kommen, die für Demenzkranken eine Hilfe darstellen könnten. Dieses Ausbleiben kann daraus resultieren, dass im Mittelpunkt des Umgangs mit den Pflegepersonen die Behandlung der eigentlichen Hauptdiagnose steht.

Für die Pflegenden erweist sich die Arbeit mit den Patienten zusätzlich deshalb als schwierig, da diese vielfach nicht den Sinn der pflegerischen oder therapeutischen Maßnahmen begreifen können, weil sie diese kognitiv nicht verstehen oder auch – im Falle von Migrantinnen und Migranten – die sprachlichen Defizite aufweisen, die im Rahmen dieser Arbeit immer wieder angesprochen werden. Demenzkranke nehmen sich selbst nicht unbedingt als eine an Demenz erkrankte Person wahr, sondern stellen für sich lediglich fest, hin und wieder etwas vergesslich zu sein. (Vgl. Höfler / Bengough / Winkler / Griebler (Hrsg.) / Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) / Sozialministerium (Hrsg.) 2015: 7ff.)

In solchen Situationen treffen Pflegepersonen oftmals auf Widerstände der zu Betreuenden, weil sie nicht nachvollziehen können, weshalb sie bestimmte Maßnahmen auf sich nehmen sollen: „Da Menschen mit Demenz ihren Betreuungsbedarf selbst nur selten bemerken, ist eine spezielle und zeitaufwändige Betreuung erforderlich. Daher betrifft die Demenz nicht nur die erkrankten Menschen selbst, sondern auch“ (Höfler / Bengough / Winkler / Griebler (Hrsg.) / Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) / Sozialministerium (Hrsg.) 2015: 7) die Betreuenden in besonderem Maße.

Eine weitere Herausforderung des Pflegesektors ist der Mangel an Personal. Diese Herausforderung besteht prinzipiell auf diesem Sektor, wirkt sich aber für die Betreuung von Demenzkranken besonders drastisch aus, weil diese Menschen im Vergleich zu gesunden zu

Betreuenden ungemein zeitintensive Bedürfnisse haben. Wenn man bedenkt, dass die Pflegekräfte aber ohnehin zu wenig Zeit haben, ist zu fragen, wie sie dann auch noch die Betreuung von Demenzkranken optimal leisten sollen. Die Gesellschaft veraltet und somit stehen den jüngeren Personen, die eine Pflegetätigkeit ausüben können, zunehmend mehr alte Menschen gegenüber. Der Pflegeberuf ist ohnehin eine sehr fordernde und psychisch wie auch physisch anstrengende Profession. Diese Anstrengung nimmt weiter dadurch zu, dass den Pflegekräften aufgrund der wachsenden Zahl an zu Betreuenden weniger Zeit für die Pflege pro Person zur Verfügung steht.

Diese Entwicklung in der Pflege ist deshalb problematisch, weil gerade bei der Demenz ein feinfühligere Umgang mit den Patienten erforderlich ist, die in ihrer Orientierung und Kommunikation bzw. Sprache eingeschränkt sind (Höfler / Bengough / Winkler / Griebler (Hrsg.) / Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) / Sozialministerium (Hrsg.) 2015: 1ff., 56ff.). Bei Migrantinnen und Migranten, die zusätzliche Schwierigkeiten im Alltag haben, weil sie ausgehend von anderen kulturellen, sozialen und sprachlichen Merkmalen leben, kommt dies umso stärker zum Tragen.

Vor diesem Hintergrund müssen die Pflegekräfte von heute darauf vorbereitet werden, wie sie mit ihren persönlichen Ressourcen haushalten, um den Anforderungen ihres Berufs entsprechen und standhalten zu können, dabei müssen sie aber auch die Bedürfnisse der zu Pflegenden erfüllen. Die Demenz und der damit verbundene Verlust der kognitiven Fähigkeiten, zusätzlich die sprachlichen Defizite bei Migrantinnen und Migranten stellen vor diesem Hintergrund eine tatsächlich massive Aufgabe für Pflegekräfte und die Einrichtungen dar. Dies ist in der Forschung bekannt es werden auch schon Konzepte vorgelegt, die im Umgang mit Demenzkranken Unterstützung leisten sollen:

„Mit fortgeschrittener Demenz äußern Menschen ihre Bedürfnisse nicht in gewohnter Weise und bringen diese eher über ihren Körper und durch ihr Verhalten zum Ausdruck. Die größte Herausforderung für Mitarbeiter/innen ist freilich, die unterschiedlichen Verhaltensweisen und auch den körperlichen und seelischen Schmerz der Betroffenen mit Zuversicht und einer positiven Haltung zu beantworten. Eine sogenannte einführende Compathie (Mitleidenschaft) ermöglicht es, aus der Perspektive der Betroffenen zu denken, zu fühlen und Versorgung mit ihnen - in ihrem Sinne - zu entwickeln. Diese Betroffenenorientierung ist ein Schlüsselfaktor in der Versorgung und Forschung.“ (Höfler / Bengough / Winkler / Griebler (Hrsg.) / Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) / Sozialministerium (Hrsg.) 2015: 63)

Nicht nur an einem möglichen Migrationshintergrund der zu Pflegenden haben sich die Pflegekräfte also zu orientieren, sondern im Falle der Demenz sind weitere Orientierungen im täglichen Umgang erforderlich: „Bei der Pflege, Betreuung und Begleitung von Menschen mit Demenz werden an die betreuenden Personen höhere bzw. andere Anforderungen gestellt als bei der Pflege von Menschen, deren Pflegebedürftigkeit ausschließlich körperlich bedingt ist“ (Höfler / Bengough / Winkler / Griebler (Hrsg.) / Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) / Sozialministerium (Hrsg.) 2015: 73).

Die Sprache spielt hierbei vielfach eine zentrale Rolle, weshalb auf sie in den Maßnahmen Wert zu legen ist. Hinzukommen aber noch andere demenzbedingte Unterstützungs- und Pflegeleistungen, die durch das Personal in Pflegeeinrichtungen oder auch in Krankenhäusern zu erbringen sind. Diese gelten nicht nur, aber eben auch für Personen mit Migrationshintergrund. Letztgenannte können aber zusätzlich durch ihre ohnehin vorhandenen sprachlichen Voraussetzungen für die zu pflegenden besonders beanspruchend sein, weil sie nicht verstehen, weshalb die eine oder andere Maßnahme durchgeführt wird. Ebenso können sie eventuell nicht verstehen, weshalb sie als nicht an Demenz erkrankte Person eine andere Behandlung erfahren als einheimische zu Betreuende mit der Erkrankung Demenz. Daraus ergeben sich wiederum Konfliktherde für die Betreuung im Alltag.

Existenziell unter den Maßnahmen für Demenzerkrankte ist nach dem aktuellen Demenzbericht (vgl. Höfler / Bengough / Winkler / Griebler (Hrsg.) / Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) / Sozialministerium (Hrsg.) 2015: 49) unter anderem die Ernährung der Patienten. Diese kann in einigen Fällen nicht selbständig erfolgen, sondern muss von den Pflegekräften durchgeführt bzw. unterstützt werden. Diese Aufgabe übersteigt aber das reine Darreichen der Mahlzeiten und ist mit einem erheblichen Zeitaufwand verbunden, weil das Essen nicht zuletzt auch eine soziale Teilnahme am Leben ist. Wenn sich also Migrantinnen und Migranten in einer Einrichtung schon wegen kultureller oder sprachlicher Unterschiede ausgeschlossen fühlen, muss unbedingt verhindert werden, diesen Eindruck weiter zu verstärken. Der soziale Kontakt bei einem so alltäglichen Akt wie der Nahrungsaufnahme ist deshalb wichtig, für die Pflegenden aber mit großem Aufwand verbunden.

Angesichts der Tatsache, dass schon heute die Zeit der Pflegekräfte eine sehr knappe Ressource ist, müssen Lösungswege gefunden werden, wie die Ernährung beispielsweise durch spezielle, leicht zu konsumierende Mahlzeiten für Demenzkranke sichergestellt werden kann. Das Pflegepersonal sollte hierzu verstehen, weshalb die bei anderen Patienten praktizierte Ernährungssituation im Fall der Demenz nicht erfolgreich ist, da zum Beispiel

Nahrungsmittel gar nicht mehr als solche wahrgenommen und verweigert werden können. Reagiert das Pflegepersonal aufgrund von Unwissenheit mit Unverständnis darauf, dass die angebotenen Mahlzeiten von den Erkrankten nicht angenommen werden, ergeben sich daraus Risiken für die Versorgung. Eine Sensibilisierung und entsprechende Hilfe beim Essen sind also unbedingt zu gewährleisten (Hoefert / Härter 2010: 172).

Ein weiterer Aufgabenbereich für das Pflegepersonal im Umgang mit Demenzkranken ergibt sich aus deren schon beschriebenen abnehmenden Fähigkeiten zum Bestreiten des Alltags. Demzufolge soll nach den Ausführungen von Ballsieper, Lemm und Reibnitz (2012: 31ff.) eine Förderung der Ressourcen stattfinden, die sich im ergotherapeutischen Bereich oder auch im Trainieren der Orientierung manifestieren kann. Speziell für Migrantinnen und Migranten, deren Ressourcen oft auch im sprachlichen Bereich trainiert werden sollten und von der Demenz zusätzlich angegriffen sein können, ist diese Maßnahme also umso wichtiger. Darüber hinaus ist durch das Pflegepersonal eine gute Strukturierung des Alltags für den Demenzkranken anzustreben. Das beinhaltet auch, dass ihnen eine sinnvolle Beschäftigung gegeben werden kann.

Ein ebenfalls relevanter Faktor für den Umgang von Pflegekräften mit Demenzkranken ergibt sich nicht direkt aus der Arbeit mit den zu Pflegenden selbst, sondern mit deren Angehörigen (Schneider-Schelte 2008: 12ff.). In einigen Konzepten der Forschung wird heute der Aufmerksamkeit für diese Personen viel Raum gegeben, weil sie oft wichtige Hinweise darauf geben können, wie mit den Erkrankten umgegangen werden sollte (Schneider-Schelte 2007: 13ff.): Gewohnheiten, Vorlieben aus dem bisherigen Alltag oder kulturelle Bedürfnisse, Wünsche sowie sprachliche Besonderheiten liegen bei allen zu Pflegenden vor, können aber wiederum bei einem Migrationshintergrund schwerer zu erheben sein. Folglich kommt für die Pflegekräfte eine weitere Anspruchsgruppe im Arbeitsalltag hinzu und es ist ein sensibler Umgang mit der Krankheit Demenz erforderlich, gerade dann, wenn mit Angehörigen kommuniziert werden muss. Tritt bei dieser Kommunikation ein Migrationshintergrund hinzu, der dazu führt, dass Angehörige und Pflegende über unterschiedliche Vorstellungen verfügen, ist die Wichtigkeit der Schulung von Personal für solche Situationen nochmals zu betonen.

Neue Anforderungen für das Pflegepersonal im Umgang mit an Demenz erkrankten Patienten ergeben sich zudem aus dem Faktor eines höheren Sicherheitsbedürfnisses. Zum einen sollen laut Forschungsergebnissen mit speziellen Einzel- und Gruppenangeboten auf der sozialen und strukturierenden Ebene den Demenzkranken das Gefühl der Sicherheit (Anderson 2010:

41f.) vermittelt und das Auftreten von Stresssituationen vermindert werden. Hierzu sind die Pflegekräfte entsprechend auszubilden, um mit den von anderen Patienten abweichenden Verhaltensweisen der Demenzkranken entsprechend umzugehen.

Bei zu Betreuenden mit sprachlichen Unterschiedlichen aufgrund von Migration oder als Folge der Demenz erweist sich die Kommunikation zwischen den zu Betreuenden untereinander als eine zusätzliche Herausforderung. Gleiches gilt für die Kommunikation von Behandlungen und Maßnahmen zwischen dem Pflegepersonal und den sprachlich eingeschränkten Patienten: Während andere Patienten beispielsweise wissen, dass sie sich wegen einer bestimmten Erkrankung momentan eine besondere Behandlung oder Therapie benötigen, entfällt Demenzkranken diese Situation oder sie können nicht akzeptieren, dass sie anders behandelt werden.

Die Pflege gestaltet sich somit fordernder und muss dabei zugleich das Sicherheitsgefühl fördern. Zum anderen ist vom Träger der Einrichtung durch bauliche und organisationale Maßnahmen sowie das Pflegepersonal durch besondere Beobachtung der Demenzkranken eine erhöhte Sicherheit dahingehend zu gewährleisten, dass die Patienten nicht verwirrt das Zimmer verlassen, sich selbst verletzen oder wegen der verminderten geistigen und physischen Fähigkeiten ein sich oder andere gefährdendes Verhalten praktizieren. Die Recherche zu konkreten Maßnahmen für den Umgang mit Demenzkranken liefert zum Beispiel in der Arbeit von Schäufele et al. die Erkenntnis, dass nur „noch 49 % der demenzkranken Bewohner [...] 50 Meter allein oder mit Hilfe bewältigen“ (Schäufele / Lode / Hendlmeier / Köhler / Weyerer 2008: 94) können.

Es ist damit für diesen Unterkapitel zusammenzufassen, dass die Demenz sehr spezielle und aufwändige Bedürfnisse der zu Pflegenden hervorruft. Diese müssen vom Pflegepersonal gekannt werden, damit es darauf eingegangen kann. Aus den schon erarbeiteten Gründen weisen aber Migrantinnen und Migranten vor allem im sprachlichen Bereich, der bei Demenz zusätzlich beeinträchtigt wird, zusätzliche Bedürfnisse auf. Damit muss für diese spezifische Klientel, die in naher Zukunft immer weiter anwachsen wird, gefragt werden, welche Ansätze es gibt, um ihre Bedürfnisse als eine Kombination aus Migrationshintergrund und Demenz sowie Alter zu beachten.

Bedingt durch den beschränkten Umfang und die weiteren Themenschwerpunkte der vorliegenden Ausarbeitung ist es nicht möglich, eine umfassende Auflistung aller erdenklichen Maßnahmen in diesem Sinne vorzulegen. Stattdessen soll ein Ansatz näher

beschrieben werden, der stellvertretend für die Praxis einige gute Ideen beinhaltet: die Validation.

### **3.2.2 Validation als praxisorientierter Ansatz für die Pflege bei Demenz**

Bei der Validation nach Naomi Feil handelt es sich grundsätzlich um einen Ansatz, mit dem Angehörige, aber auch Pflegepersonal und behandelnde Ärzte so mit sehr alten Menschen kommunizieren können, dass man in Kontakt tritt und trotz Desorientierung ein zufriedenstellendes Leben und die Pflege gewährleisten kann. Hierzu ist es eine weitere Voraussetzung, dass in der Validation nicht etwa rein statistische oder medizinische Ergebnisse die Basis für den Umgang bilden, sondern ganz bewusst werden die Gefühle der alten Menschen anerkannt und als gültig angenommen. (Vgl. Feil / Klerk-Rubin 2005: 28ff.)

Dieser Ansatz verspricht damit nicht nur, aber auch für Menschen mit Migrationshintergrund eine gute Basis für die Pflege. Es wurde schon erarbeitet, wie unterschiedliche die Bedürfnisse und Vorstellungen in der Pflege von Migrantinnen und Migranten in der österreichischen Gesellschaft sein können. Auch im Weiteren wird anhand der empirischen Daten der Beweis dafür erbracht werden können, dass Personen mit Migrationshintergrund vor allem auch wegen der Sprache eine besondere Beachtung seitens des Pflegesektors verdient haben. Somit steht eindeutig das Individuum im Mittelpunkt der Validation, was aber nicht durch große finanzielle Mittel erreicht wird, sondern durch eine explizit emphatische Arbeitshaltung des Pflegepersonals. Vor diesem Hintergrund baut die Validation darauf auf, dass das Pflegepersonal mit Verständnis für die Schwierigkeiten und Bedürfnisse der Demenzkranken agieren und sie so akzeptieren, wie sie sind. Durch Sympathie wird eine angenehme Pflegeatmosphäre hergestellt und führt zu herzlicher Fürsorge und nicht nur reinem Ausüben des Berufes. (Vgl. Feil / Klerk-Rubin 2005: 28ff.)

Es muss verstanden werden, dass diese zu pflegenden Menschen spezifische Defizite aufweisen, die im Falle von Migrantinnen und Migranten zusätzlich zu den aus den kulturellen, sozialen und sprachlichen Differenzen resultierenden Bedürfnissen Beachtung finden müssen. Diese Personen:

- „besitzen kein flexibles Verhaltensrepertoire
- halten an überholten Rollen fest
- müssen mit unbewältigten Gefühlen ringen

- ziehen sich aus der Gegenwart zurück, um überleben zu können
- weisen signifikante kognitive Leistungseinbußen auf und sind nicht mehr zu intellektueller Einsicht fähig.“ (Meyer 2014: 82)

Das Schaffen der Voraussetzungen, in denen solche Menschen betreut werden können, verlangt nicht nach einem besonderen finanziellen Aufwand, sondern in erster Linie nach der Bereitschaft des Pflegepersonals, sich auf die Validation einzulassen. Darin sind sicher eine Herausforderung und zugleich ein großer Vorteil für die Umsetzung zu sehen, da die Validation prinzipiell überall und von jedem praktiziert werden kann. Sobald also der Bedarf in einer Pflegeeinrichtung erkannt wird, weil beispielsweise zu Betreuende durch Migrationshintergrund und / oder Demenz sprachliche Defizite erkennen lassen, wäre es für entsprechend geschulte Kräfte möglich, die Validation zu praktizieren. Welche Ziele lassen sich aber mit der Validation genauer anstreben?

Erstens ist es ein Ziel, durch die Validation bzw. deren Maßnahmen eine Vertrauensbasis zu schaffen. Dies ist ein Ziel, das grundsätzlich als förderlich für alle Pflegemaßnahmen angestrebt angenommen wird, da einige Handlungen von den zu Pflegenden als Eingriff in die Privatsphäre empfunden werden können. Besondere Bedeutung haben diesbezüglich die Migrantinnen und Migranten, da sie anderer in der Gesellschaft übliche Vorstellungen von Pflege und zudem sprachliche Voraussetzungen haben können, die ein simples Kommunizieren der Maßnahmen verhindern.

Deshalb ist dies kein neues Ziel, sondern vielmehr etwas, was von jeder Pflegekraft ohnehin erarbeitet werden sollte. Im Speziellen ist aber das Vertrauen bei Demenzkranken eine Herausforderung, da sie schnell vergessen können, schon einmal von einer Pflegeperson betreut worden zu sein. Oder sie missdeuten Pflegesituationen, weil sie damit negative Erfahrungen aus der Vergangenheit assoziieren (vgl. Hahl 2015: ohne Seite). Während dies einheimischen Patienten vom Pflegepersonal zumindest temporär erklärt werden kann, stellen Migrantinnen und Migranten mit etwaiger Demenz und sprachlichen Limitationen eine noch höhere Herausforderung dar.

Zweitens zielt die Validation darauf ab, dass die an Demenz erkrankten Personen die Gelegenheit dazu erhalten, ihre Gefühle zu offenbaren und an andere – zum Beispiel Angehörige und das Pflegepersonal – zu kommunizieren. Wenn sie als Migrantinnen und Migranten zusätzliche sprachliche Limitationen mitbringen, ist hierauf wiederum besonderer Wert zu legen und eine Unterstützung durch sprachlich geschultes Personal denkbar. Das

Äußern von Gefühlen kann schon in der Muttersprache schwerfallen, gerade bei Demenz, weshalb diesen Personen die Chance gegeben werden sollte, sich auch in einer anderen als der deutschen Sprache an das Pflegepersonal zu wenden. Hierbei ist aber zu beachten, dass durch die Demenz die Sprachfähigkeit bereits eingeschränkt sein kann, weshalb die Kommunikation zum Beispiel auch mit Angehörigen oder der Fremdsprache mächtigen Pflegenden erschwert sein könnte. (Vgl. Hahl 2015: ohne Seite)

Verbunden damit ist das dritte Ziel, dass die Patienten entsprechend ihrer Gefühle behandelt werden und somit ihre Würde als Menschen wahren dürfen. Gerade in Pflegesituationen kann es dazu kommen, dass ich Personen nicht mehr als vollwertige Erwachsene empfinden und es ihnen peinlich ist, etwa bei der Körperpflege Unterstützung zu brauchen. Für Personen aus einem anderen kulturellen Umfeld kann diese Schamgrenze sogar noch höher liegen, weil sie es nicht aus ihrer Ursprungsgesellschaft kennen, überhaupt eine solche Hilfe für ältere Menschen angeboten zu bekommen. Missverständnisse müssen hierbei unbedingt verhindert werden, wofür wiederum die Sprache das erste Kommunikationsmittel sein sollte. Die Validation verfolgt das Ziel, das Selbstwertgefühl zu erhalten bzw. zurückzugeben, wenn es zuvor durch einen falschen Umgang mit den zu Pflegenden verlorengegangen ist. (Vgl. Hahl 2015: ohne Seite)

Ein viertes Ziel der Validation ist das Aufarbeiten von Vergangenen gemeinsam mit den Patienten: Jeder Mensch wird die eine oder andere Sache im Leben kennen, die er noch nicht für sich vollkommen abschließen konnte – vielleicht ein langjähriger Streit in der Familie oder ein traumatisches Erlebnis, das unterdrückt wurde und nie zur Sprache kam. Solche unerledigten Aufgaben im Leben belasten Demenzkranke und erschweren auch die Pflege, weshalb das Pflegepersonal etwa durch das genaue Zuhören dazu beitragen kann, solche Belastungen zu identifizieren und aufzulösen, wie es folgendes Zitat von Feil aus einem Interview mit dem österreichischen Standard belegt:

„Wir begleiten Konflikte so lange, bis sie innerlich gelöst sind. Validation hat einen heilenden Effekt. Sie hilft, unterdrückte Gefühle zu äußern. Das tut jedem gut. Es ist ja nicht so, dass einen Menschen nur sein Gehirn ausmacht, auch wie jemand gelebt hat, entscheidet darüber, wie er sich in der letzten Lebensphase fühlt. Solche Zusammenhänge erforscht nur niemand. Die Milliarden gehen in die Suche nach der Plaques-Entstehung. Meine Hypothese ist: Je offensiver ein Mensch mit den Schicksalsschlägen seines Lebens umgeht, umso geringer die Wahrscheinlichkeit, eines Tages in einen Zustand der Desorientierung zu geraten“ (Der Standard 2012, ohne Seite).

Eine Aufarbeitung findet dabei primär mittels Sprache statt. Deshalb muss diese Möglichkeit für Demenzkranke mit sprachlichen Einschränkungen ebenso sichergestellt werden wie für zu Betreuende, die nicht oder nicht so gut in der Sprache der Gesellschaft bzw. der Pflegeeinrichtung kommunizieren können. Es ist also anzunehmen, dass die Validation mit ihren Zielen und Prinzipien durchaus auch gezielt für Migrantinnen und Migranten zum Einsatz kommen kann. Wenn das Fachpersonal einer Pflegeeinrichtung von daher in diesem Konzept geschult ist, kann es gut gerüstet sein für die täglichen Herausforderungen im Umgang mit Demenzkranken, sehr alten Menschen und Personen mit einem Migrationshintergrund.

Sprachliche Hürden in der Kommunikation untereinander können durch den emphatischen und auf Gefühlen sowie dem Annehmen des Gegenübers, wie es ist, somit ein Stückweit kompensiert werden. Dies ist gerade mit Blick auf jene zu Betreuende wichtig, welche bis dato noch immer nicht oder nicht mehr in der Sprache der Gesellschaft sicher kommunizieren können. Es darf nicht angenommen werden, dass sich das Pflegepersonal zusätzlich zur hohen Arbeitsbelastung auch noch Fremdsprachen aneignen, um im Falle von Demenz oder bei Migrationshintergrund in einer anderen Sprache kommunizieren zu können. Stattdessen bietet sich die Validation als ein Weg der Kommunikation auf, der beispielsweise auch darin sichtbar wird, dass den zu Pflegenden aktiv zugehört und ihnen das Gefühl vermittelt wird, ein respektierter und liebenswerter Mensch zu sein. (Vgl. Hahl 2015: ohne Seite)

Demnach empfiehlt auch der österreichische Demenzbericht gezielte Fort- und Weiterbildungen des Pflegepersonals, um richtig mit Patienten umzugehen, die sich aufgrund ihrer Krankheit nicht mehr altersgerecht verhalten oder kognitiv nicht auf einem Leistungsstand sind, den sie zuvor hatten oder nun im Vergleich zu anderen Patienten haben. Hinzu kommen laut der Ausführungen der Experten im Demenzbericht (vgl. Höfler / Bengough / Winkler / Griebler (Hrsg.) / Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) / Sozialministerium (Hrsg.) 2015: 62) spezielle Ausbildungsinhalte, um eine gute Beziehung zwischen Pflegekraft und Demenzkranken zu erreichen. Wie aus dem folgenden Zitat ersichtlich wird, findet die Validation hier eine explizite Nennung und wird damit für Pflegeeinrichtungen explizit empfohlen: „Ausbildungen in der Anwendung unterschiedlicher Modelle wie Validation und Basale Stimulation sind Standards, um mit den an Demenz erkrankten Menschen kommunizieren und in Beziehung treten zu können“ (Höfler / Bengough / Winkler / Griebler (Hrsg.) / Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) / Sozialministerium (Hrsg.) 2015: 62).

Ein anderes Ziel der Validation (Vgl. Hahl 2015: ohne Seite) ist die Förderung von sehr alten Menschen in ihren Tätigkeiten und Fähigkeiten, über die sie trotz eventueller Demenz noch verfügen. Das Pflegepersonal kann dadurch erreichen, dass die Desorientierung und das Aufgeben der Selbstständigkeit nicht noch weiter voranschreiten bzw. es kann der Verlauf der Degeneration zumindest verlangsamt werden. Bedenkt man, dass diese Tätigkeiten und Fähigkeiten in der Ausübung immer auch kulturell bedingt sind, kommt wiederum die Betrachtung von Migrationshintergründen ins Spiel. So ist etwa einem Demenzkranken, der in seiner ehemaligen Heimat bestimmte kulturelle Bräuche etc. praktiziert hat, diese Möglichkeit auch in einer Pflegeeinrichtung zu ermöglichen – solange dadurch selbstverständlich keine anderen zu Betreuenden gestört werden.

Die Sprache erweist sich diesbezüglich aber erneut als ein Knackpunkt, weil erstens der zu Betreuende erst einmal kommunizieren muss, was ihm denn wichtig ist und was er gerne tun möchte. Zweitens muss das Fachpersonal dazu fähig sein, diese Wünsche und Bedürfnisse verstehen zu können. Kulturelles Hintergrundwissen über das Leben der einzelnen zu Pflegenden ist deshalb ein wertvoller Baustein für das Verstehen des Individuums. Zudem kann mit den Angehörigen oder auch anderen Personen aus derselben kulturellen Gruppe darüber gesprochen werden, die eventuell der deutschen Sprache besser mächtig sind (sie leiden nicht an Demenz und sind trotz Migrationshintergrund oft schon in Österreich aufgewachsen, womit sie die deutsche Sprache beherrschen).

In diesem Zusammenhang steht auch das letzte relevante Ziel der Validation, das die Kommunikation nicht nur, aber auch auf sprachlicher Ebene vorgibt. Oft werden die sehr alten und verwirrten Menschen bis zum Tode betreut oder zumindest ein Stück auf diesem letzten Wege begleitet, bevor sie beispielsweise in eine andere Einrichtung krankheitsbedingt verlegt werden. Sowohl die Pflegenden als auch die zu Pflegenden erleben diese Phase nach der Theorie von Feil als positiver, wenn dabei eine emphatische Kommunikation aufrechterhalten bleibt. (Vgl. Hahl 2015: ohne Seite)

Zur Unterstützung dieser sechs Ziele der Validation können insgesamt zwölf Prinzipien vorgestellt werden. Diese sollen im Folgenden knapp dargelegt werden, um hierdurch konkrete Hinweise und Anregungen dazu zu geben, das Handeln als Pflegekraft zu überdenken und den Umgang mit Menschen zu verbessern, die dement sind und / oder Probleme damit haben, sich sprachlich anderen mitzuteilen. – ob nun gegenüber dem Pflegepersonal oder anderen zu Pflegenden innerhalb der Pflegeeinrichtung.

Der große Vorteil dieser Prinzipien ist, dass sich jede Pflegekraft selbst beurteilen und hinterfragen kann, um vielleicht die eine oder andere Verhaltensweise zu überdenken oder zu einem noch besseren Umgang mit den Menschen mit besonderen Bedürfnissen animiert zu werden. Finanzielle Unkosten sind mit dem Befolgen dieser Prinzipien wiederum nicht verbunden, sondern es ist wichtig, dass sich das Personal auf die Validation als Konzept einlässt und die Prinzipien in den eigenen Arbeitsalltag integriert (Hahl 2015, ohne Seite). Zu diesem Zweck bietet es sich an, ähnlich einer Checkliste die Prinzipien (Hahl 2015, ohne Seite) nacheinander vorzustellen (Schauberger 2009, ohne Seite):

- Prinzip 1: Jeder Mensch ist einzigartig und muss als Individuum behandelt werden.
- Prinzip 2: Alle Menschen sind wertvoll, ganz gleichgültig, in welchem Grad der Verwirrtheit sie haben.
- Prinzip 3: Es gibt einen Grund für das Verhalten von sehr alten, desorientierten Menschen.
- Prinzip 4: Das Verhalten in sehr hohem Alter ist nicht nur eine Folge physiologischer Veränderung des Gehirns, sondern hängt auch mit den körperlichen, sozialen und physischen Veränderungen zusammen, die ein Mensch in seinem Leben erfahren hat.
- Prinzip 5: Man kann sehr alte Menschen nicht zwingen ihr Verhalten zu ändern. Dies ist nur möglich, wenn die Person es selbst will.
- Prinzip 6: Sehr alte Menschen muss man ohne Urteil so akzeptieren, wie sie sind.
- Prinzip 7: Mit jedem Lebensabschnitt sind spezielle Lebensaufgaben verbunden. Wenn eine Aufgabe nicht in dem entsprechenden Lebensabschnitt bewältigt wird, kann sie in späteren Lebensabschnitten immer wieder auftauchen.
- Prinzip 8: Wenn das Kurzzeitgedächtnis nachlässt, versuchen ältere Menschen ihr Leben wieder in ein Gleichgewicht zu bringen, indem sie auf frühere Erinnerungen zurückgreifen. Wenn die Sehstärke nachlässt, sehen sie mit dem `inneren Auge`. Wenn ihr Gehört immer mehr ausfällt, hören sie Klänge aus der eigenen Vergangenheit.
- Prinzip 9: Schmerzliche Gefühle, die ausgedrückt, anerkannt und von einer vertrauten Person validiert werden, werden schwächer. Schmerzliche Gefühle, die man ignoriert und unterdrückt, werden stärker.
- Prinzip 10: Mit Empathie zuhören. Dies schafft Vertrauen, mindert ängstliche Sorge und stellt die Würde wieder her.

- Prinzip 11: Ähnliche Gefühl ziehen einander an. Gefühle, die wir im aktuellen Moment erleben, können die Erinnerung an ähnliche Gefühle aus der Vergangenheit wieder erwecken.
- Prinzip 12: Menschen haben mehrere Bewusstseinssebenen.  
(Schauberger 2009, ohne Seite)

Anhand dieser zwölf Prinzipien ist festzustellen, dass bei der Validation nach Naomi Feil tatsächlich der Mensch im Mittelpunkt steht – und zwar in gleich doppelter Hinsicht. Es geht nicht allein um den Patienten als Individuum, der mit seinen besonderen Eigenschaften, Wünschen, körperlichen wie auch psychischen Voraussetzungen und Bedürfnissen die Zielperson von Maßnahmen der Validation bildet. Mindestens ebenso wichtig ist entsprechend der zitierten Prinzipien der Mensch, der die Pflgetätigkeit leistet: Indem beispielsweise gar nicht erst versucht wird, als Pflegepersonal mit desorientierten Patienten zu diskutieren, wenn diese aufgrund der Erkrankungen falsche Aussagen von sich geben, wird der Patient mit seiner eigenen Welt und Wahrnehmung angenommen und zugleich werden die eigenen Ressourcen geschont. Dies ist ein wichtiger Ansatz, der sich auch für den Umgang mit Migrantinnen und Migranten anbietet und auf sie als Zielgruppe übertragen lässt. Die Sprache ist im täglichen Umgang mit ihnen wie auch mit den Demenzkranken vielfach eine echte Hürde. Doch die Validation gibt wertvolle Anregungen dazu, wie die Pflege dennoch wirksam erfolgen kann.

Wenn das Pflegepersonal möglichst stressfrei und in einem selbst gesunden Arbeitsumfeld der Tätigkeit mit Elan und Motivation nachgehen kann, so profitiert davon die eigene Gesundheit ebenso wie der zu betreuende Mensch. Dies verdeutlicht Feil selbst in den folgenden Worten: „Es geht darum, in die Welt dieser Menschen einsteigen zu wollen, sie dort abzuholen, wo sie gerade sind. In unserer Gesellschaft verlangen wir immer, dass sich alte Menschen an die allgemein herrschenden Regeln anpassen, aber das schaffen sie nicht mehr. Deshalb ziehen sie sich in sich selbst zurück. Desorientiertheit ist ein Problem der anderen. [...]. Ich habe eine Methode zum Umgang mit desorientierten Menschen entwickelt, die Validation. Das Grundprinzip besteht darin, dass man Empathie aufbringt und seinem Gegenüber die Möglichkeit gibt, Zorn, Ärger und Ängste auszudrücken, ohne dass Pflegende sie persönlich nehmen“ (Wiener Rotes Kreuz 2016, ohne Seite).

Als Resümee zur Validation ist zu ziehen, dass dieses Konzept in Theorie und Praxis dadurch überzeugt, dass es alle Beteiligten des Pflegeprozesses schont, in ihrer Existenz als Individuum akzeptiert und vor negativen Phänomenen schützt, die im Pflegealltag leider oft

aufzutreten. Aufseiten von sehr alten und desorientierten Menschen ist es beispielsweise der Verlust des Selbstgefühls oder der Scham, aufseiten des Pflegepersonals ist es ein erhöhtes Risiko für gesundheitliche Gefährdungen wie zum Beispiel Burnout. Letzteres darf nicht unterschätzt werden. Schließlich wurde bereits herausgearbeitet, dass durch den demografischen Wandel und die steigende Zahl von Migrantinnen und Migranten, die jetzt oder später Pflege bedürfen, die Anforderungen an das Pflegepersonal beständig wachsen werden.

Darüber hinaus ist die Validation darauf gegründet, dass nicht für viel Geld besondere Pflegematerialien, Maschinen oder eine Vielzahl von zusätzlichen Personen finanziert werden müssen. Stattdessen werden Mittel und Wege gesucht, um mit den vorhandenen Ressourcen die bestmögliche Pflege zu erreichen. In Zeiten der angespannten finanziellen Lage im Pflegebereich ist die Validation deshalb sicherlich zu empfehlen. Grundvoraussetzung für einen Erfolg von Maßnahmen ist aber, dass das Fachpersonal über die fachlichen Kenntnisse verfügt, die eine Durchführung von Maßnahmen im Sinne der Validation ermöglichen. Wenn der Mensch im Alter ein merkwürdiges Verhalten praktiziert oder er die Fähigkeit des Sprachgebrauchs durch Demenz einbüßt bzw. die Sprache des Pflegepersonals wegen eines Migrationshintergrunds nicht beherrscht, kann diese Situation nicht einfach hingenommen werden. Dem Pflegepersonal müssen stattdessen Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie mit diesen Personen umzugehen ist.

Hierzu müssen die Pflegekräfte ausreichend für die besonderen Schwierigkeiten der demenzkranken Patienten sensibilisiert und über die Symptome der Erkrankung informiert werden, weil die Gründe, weshalb beispielsweise Nahrung verweigert nicht, nicht identisch mit denen von anderen Patienten sind (Vilgis / Lendner / Caviezel 2015, S. 125). Ebenso sind Verhaltensweisen von Migrantinnen und Migranten zu hinterfragen und zu verstehen, um damit im Pflegealltag zurechtzukommen. Wo die Sprache fehlt, kann auf die Validation zurückgegriffen werden, um dennoch einen Zugang zum Individuum zu finden. Vor diesem Hintergrund sollte sich die Forschung zukünftig nicht allein mit Demenzkranken befassen, für die Validation eine Lösung sein kann, sondern es sind die – gerade sprachlichen – Parallelen in den täglichen Schwierigkeiten in der Pflege von Migrantinnen und Migranten zu erkennen. In diesem Sinne erfragt die vorliegende Arbeit die konkreten Hürden von Personen mit Migrationshintergrund, die für sie im Pflegebereich Österreichs existieren. Dies ist der notwendigste Schritt, um sie nach der Identifikation mit entsprechenden Maßnahmen langfristig beheben zu können.

Somit ist an dieser Stelle ein Zwischenfazit für den Exkurs zum Zusammenhang von Sprache, Demenz und zu Pflegenden mit Migrationshintergrund zu ziehen. Ursprünglich handelt es sich bei der Validation um einen Ansatz, um mit Personen umzugehen, die aufgrund der degenerativen Erkrankung unter anderem sprachliche Defizite aufweisen. Zum einen können Migrantinnen und Migranten, die ohnehin sprachliche Probleme haben, an Demenz erkranken und stellen eine nochmals höhere Herausforderung für die Pflege dar. Zum anderen ist zu vermuten, dass die Ideen und Maßnahmen aus der Validation nicht nur für demenzkranke Menschen sinnvoll erscheinen. Mit den dargelegten Prinzipien erscheint dieses Konzept ebenso vielversprechend für die Pflege von Migrantinnen und Migranten, weil vor allem der Mensch mit seinen ganz individuellen Voraussetzungen und Bedürfnissen im Fokus steht.

Eben diese Bedürfnisse und Voraussetzungen sind bei Menschen mit Migrationshintergrund – ob nun mit oder ohne Demenzerkrankung – oft verschieden. Sprache ist deshalb ein sehr relevanter Punkt in der Pflege der Gegenwart und Zukunft: Migrantinnen und Migranten sind bereits ein fester Teil der Gesellschaft und der Pflegesektor kann sich vor ihnen und ihren kulturellen sowie sprachlichen Bedürfnissen verschließen. Ebenso wenig kann der Blick davon abgewandt werden, dass die Demenz eine neue Volkskrankheit im Alter sein wird. Auf beide Entwicklungen müssen sich die Pflegeeinrichtungen vorbereiten.

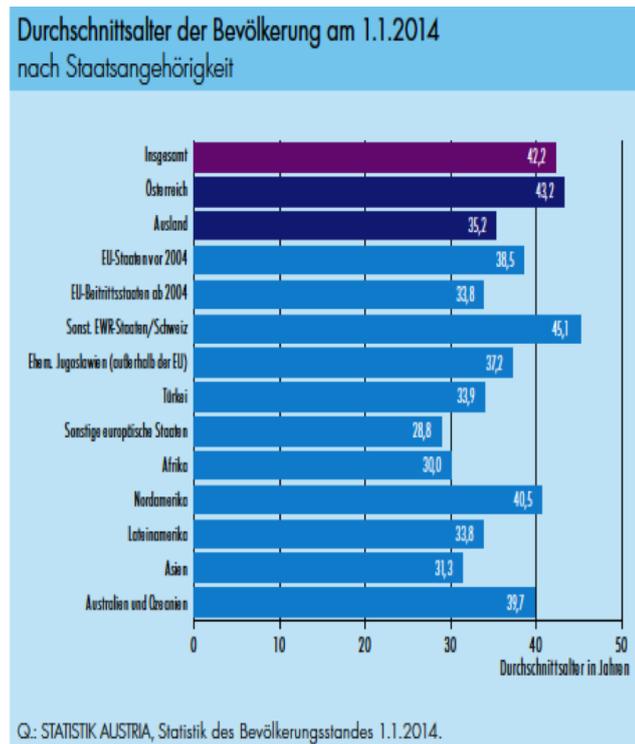
Nachdem somit im Bisherigen anhand der vorhandenen Forschungsliteratur und der Betrachtung von Konzepten der Pflege für Menschen im Alter herausgearbeitet werden konnte, weshalb Verschiedenheit in der Gruppe der zu pflegenden Menschen heute präsenter ist als jemals zuvor, richtet sich der Blick auf exemplarische MigrantInnen-Gruppen. Angesichts des in der Recherche festgestellten Forschungsdefizits zur Pflege von Migrantinnen und Migranten ist es notwendig, durch eine eigene empirische Forschung die Bedürfnisse und Wünsche dieser Zielgruppe zumindest exemplarisch zu erheben. Dadurch soll das theoretisch Vorgestellte durch Aussagen von Betroffenen aus der Praxis überprüft werden. Nur so wird es möglich sein, die Zielsetzung dieser Arbeit zu erreichen. Im nächsten Teil der Arbeit werden in diesem Sinne verschiedene Migrationshintergründe vorgestellt, aus denen sowohl kulturelle als auch sprachliche Unterschiede zur österreichischen Aufnahmegesellschaft resultieren.

#### **4. Bevölkerungsstatistik**

In diesem Kapitel soll es darum gehen, die Bevölkerung hinsichtlich ihrer Entwicklung sowohl weltweit als auch in für diese Arbeit ausgewählten Staaten zu betrachten. Dies erscheint aus dem Grund als wichtig, weil für eine Einschätzung der Zukunft der Pflege zunächst einmal überhaupt nachgewiesen werden soll, dass der steigende Bedarf vorhanden ist. Bei der Zielgruppe handelt es sich in erster Linie um ältere Menschen, wobei an dieser Stelle ausgeblendet werden soll, dass auch schon junge Menschen aufgrund verschiedener Gründe auf Pflege angewiesen sein könnten. Ein steigendes Durchschnittsalter belegt damit die eingangs angeführte Prognose, dass zunehmend mehr Menschen in einem Alter sein werden, in welchem sie eine Form der Pflege annehmen müssen.

Der über die Grenzen von Österreich hinausragende Blick wird im Folgenden deshalb getätigt, weil es nicht nur um Menschen in der Lebensphase des Alters geht, sondern speziell Personen mit Migrationshintergrund betrachtet werden. Damit diese Gruppe für die Pflege in Österreich eine Rolle spielen, müssen erstens auch in den Herkunftsländern ein Anstieg des durchschnittlichen Alters nachgewiesen und zweitens eine Zunahme von eben diesen Menschen in der österreichischen Gesellschaft als Migrantinnen und Migranten nachweisbar sein.

Beide relevanten Faktoren für die Unterstützung der Grundannahme der vorliegenden Ausarbeitung (Zunahme der Menschen in hohem Alter und mit Migrationshintergrund als Klientel für den österreichischen Pflegesektor) lassen sich aus der nachstehenden Abbildung von Statistik Austria klar belegen. Bei der Auswertung der Werte darf man sich aber nicht von den vergleichsweise gering erscheinenden Altern täuschen lassen. So würde man etwa nicht davon ausgehen, dass eine Person mit knapp 43 Jahren auf Pflege angewiesen sei in Österreich. Allerdings handelt es sich um Durchschnittswerte, womit zu bedenken ist, dass den vielen sehr jungen Menschen zunehmend sehr alte Menschen gegenüberstehen und sich daraus ein steigender Mittelwert entwickelt.



Vgl. [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/index.html)

„Wien verzeichnet bereits seit einigen Jahren die höchsten Bevölkerungszuwächse aller Bundesländer (37 Prozent des österreichischen Gesamtzuwachses 2015 fällt auf Wien). In der Bundeshauptstadt stieg die Bevölkerungszahl im Jahr 2015 mit plus 2,39 Prozent deutlich stärker als im Durchschnitt Österreichs. In absoluten Zahlen entspricht dies einem Anstieg um 42.889 Personen. Insgesamt betrug der Neuzuzug nach Wien aus dem Ausland oder den anderen österreichischen Bundesländern 2015 über 138.000 Menschen. Die Abwanderung betrug im selben Jahr knapp 76.000. Die Zahl der Bevölkerung in Österreich, steigt rasant. Wir nähern uns immer mehr den neun Millionen ab, laut Statistik Austria. Die Bundeshauptstadt Wien hat 38 Prozent Neuzugänge bekommen, was für ein übersichtliches Bevölkerungswachstum spricht im Vergleich zu anderen Bundesstaaten. Asylwerber, die noch auf den Bescheid ihres Asylantrages warten, werden in der Statistik nicht erfasst. Obwohl Österreich ein Zuwanderungsland ist, werden immer weniger Zuwanderer eingebürgert, es sind nur noch 0,7 pro Jahr und somit liegt Österreich unter dem in EU Schnitt. In Österreich ist Lebenserwartung hoch, aber Geburtenrate sinkt, und dadurch ist Zuwanderung eine wichtige Quelle.“

#### 4.1 Bosnien

Bosnier sind viertgrößte Migrationsgruppe in Österreich. Ein wichtiger Grund für den Zuwachs an der bosnischen Bevölkerungsgruppe ist der Zerfall des Jugoslawiens.

Im Zuge des Krieges wanderten 90 000 Flüchtlinge nach Österreich und ein Großteil ist auch hier geblieben, die meisten leben in Wien. 206 500 Menschen aus Bosnien leben in Österreich, davon gehören 148 200 der ersten Generation an und 56 900 sind in Österreich geboren. 1878 durch Österreich-Ungarische Monarchie fand die erste Zuwanderung nach Österreich statt und 1966 im Folge der Arbeitszuwanderung. Hier kann nicht die genaue Anzahl der bosnischen Bevölkerung eruiert werden, da zu dieser Zeit Bosnien ein Teil Jugoslawiens war. Die Zahl der Einbürgerung ging leicht zurück.

Bevölkerung mit Migrationshintergrund aus Bosnien-Herzegowina:

	Österr.	Bgld	Ktn	NÖ	OÖ	Salzb.	Stmk	Tirol	Vlb.	Wien
Insgesamt	206.500	(1.400)	16.000	27.600	43.000	23.200	21.100	14.800	7.700	52.300
Erste Generation	148.200	–	12.000	18.600	32.110	15.800	16.100	10.900	6.300	36.400
Zweite Generation	56.900	–	4.000	9.000	10.600	7.400	5.000	3.900	(1.400)	15.900

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2012, () Werte sind stark zufallsbehaftet

Bevölkerung mit Geburtsland Bosnien bzw. bosnische StaatsbürgerInnen:

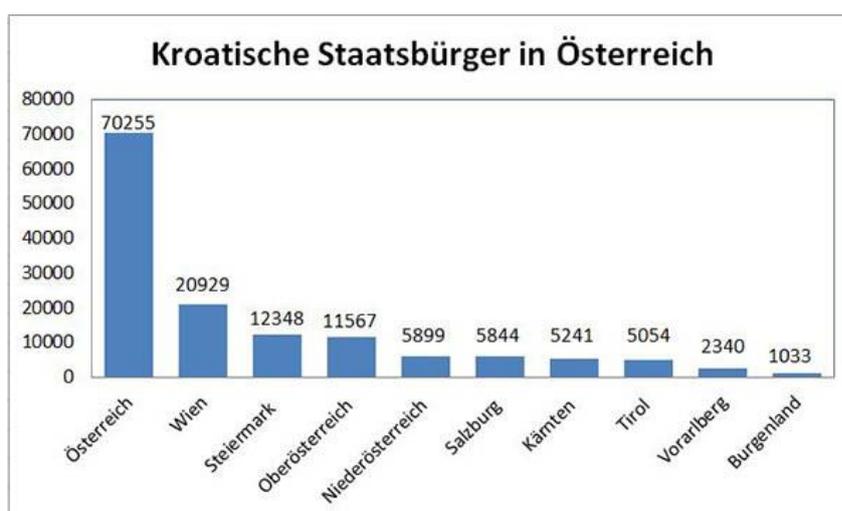
	Österr.	Bgld	Ktn	NÖ	OÖ	Salzb.	Stmk	Tirol	Vlb.	Wien
Geburtsland Bosnien	151.705	1.974	11.431	17.078	31.733	14.685	16.905	10.202	5.562	42.135
Bosnische StaatsbürgerInnen	89.925	981	7.395	11.087	19.416	11.379	9.603	6.505	3.718	19.841

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, eigene Darstellung, Stand: 1. Jänner 2013

## 4.2 Kroatien

In Österreich leben nach aktuellen Angaben, die in der nachfolgenden Abbildung zusammengefasst sind, 70 255 Kroaten, wobei bei dieser Zahl nicht die berücksichtigt sind deren Familien schon in der zweiten Generation in Österreich leben .Im Flüchtlingsstrom kamen 13000 Kroaten nach Österreich bleiben aber lang und viele kamen 1971 als Gastarbeiter.84 von 100 kroatischen Bürger fühlen sich in Österreich integriert. Somit sind die Kroaten sechstgrößte Bevölkerungsgruppe in Österreich und Mehrheit besitzt immer noch die kroatische Staatsbürgerschaft .Die kroatische katholische Kirche schätzt die Zahl in Österreich lebenden Kroaten auf über 100 00, wobei mindestens 80 Prozent der Kroaten aus Bosnien und Herzegowina abstammen.

Die erste Einwanderung der Kroaten ist auf 15 Jahrhundert zurück zu führen während der Osmanischen Eroberung auf dem Gebiet Ex-Jugoslawiens. Diese Migranten leben in Burgenland und werden auch Burgenland Kroaten genannt. In ganz Österreich werden in 60 Orten Messen auf Kroatisch gehalten, was wieder betont wie wichtig der Erhalt der Muttersprache ist. Die Kroaten haben Österreich weit eigene Vereine, konzentrieren sich auf den Aufbau und Erhalt der Netzwerke zwischen Österreich und Kroatien, widmen sich aber nur kroatischen Migrantinnen. Der Großteil der Kroaten lebt in Wien, von allen Einwanderern aus den EU-Ländern nahmen demnach Kroaten zahlenmäßig einen starken vierten Platz im Jahr 2015 ein.



Vgl. Statistik Austria

## **5. Methodischer Zugang**

Zur Beantwortung der einleitend aufgestellten Fragestellungen und für das Erreichen des Forschungsziels der vorliegenden Ausarbeitung wurde eine eigene empirische Forschung durchgeführt. Diese Möglichkeit war durch meine Tätigkeit beim KWP Pensionisten Heime in Wien gegeben, da das Haus, in dem ich arbeite, ein sogenanntes Pilotheus darstellt. In diesem werden BKS P Projekte konzipiert und sollen erfolgreich umgesetzt werden, um die in der Einleitung aufgezeigten Problematiken in der Gesellschaft im Allgemeinen und im Bereich der Pflege von Älteren im Speziellen zielgerichtet anzugehen. Hier konnten im Rahmen einer Informationsveranstaltung im Haus sieben Personen interviewt werden, die als Experten für das Thema einzustufen sind, weil sie die offensichtlich interessierte Zielgruppe sind. Darüber hinaus war es mir wichtig, den Migrationsaspekt in die eigene Forschung mit einfließen zu lassen und damit nicht nur solche Meinungen zu erheben, die von Personen direkt aus Österreich stammen. Zur Erreichung dieser Absicht habe weitere drei Personen als Experten interviewen können, die sich auf einer Informationsveranstaltung eines kroatischen Vereins dafür bereit erklärt haben.

Um die Ergebnisse genau interpretieren zu können, habe ich für das Problemzentriertes Interview einem Leitfadenterview mit offenen Fragen zusammengestellt ohne definierte Antwortmöglichkeiten. Dieses Forschungsdesign zeichnet sich auf der einen Seite zwar dadurch aus, dass durch die umfangreicheren Antworten im Vergleich zu geschlossenen Fragen zwar ein höherer Aufwand bei der Auswertung angefallen ist. Auf der anderen Seite konnten damit aber bei einer überschaubaren Menge von Interviewpartnern – insgesamt zehn Personen – qualitative Informationen ohne Einschränkungen und Vorgaben durch mich als Interviewerin erhalten werden.

Zur Ergründung des bisher kaum beachteten Themas der vorliegenden Arbeit wurde dieser Weg damit als sinnvoll angesehen, um eine Grundlage für weitere Forschungsbemühungen zu schaffen. Die Durchführung sah derart aus, dass ich im Anschluss an die jeweilige Informationsveranstaltung Personen angesprochen, ihnen mein Vorhaben erklärt und dann unmittelbar nach deren Zustimmung das Interview geführt habe. Zum einen konnte ich auf einem hausinternen Informationsnachmittag für MigrantInnen in Interviews führen, zum anderen fanden die Gespräche in den Räumlichkeiten eines Vereins in Wien statt, wo sich die Fokusgruppe versammelt. Die Befragten sind grundsätzlich per Zufall ausgewählt worden, da alle Anwesenden am Thema interessiert und somit als relevanten Experten einzuschätzen waren. Jedoch wurde Wert darauf gelegt, möglichst Personen mit Migrationshintergrund

anzusprechen. Die Altersspanne aller Interviewpartner lag entsprechend der Thematik zwischen 48 und 80 Jahren. Die Dauer der einzelnen Interviews lag abhängig von der Antwortfreudigkeit der Befragten bei zehn bis 15 Minuten.

Es war mir wichtig, dass die Interviews auf freiwilliger Basis stattfinden, um ein Höchstmaß an Ehrlichkeit und Offenheit zu erreichen. Darüber hinaus habe ich den befragten Personen Anonymität für die Veröffentlichung der Antworten zugesichert, um ihnen die Scheu vor dem Geben auch gesellschaftlich unerwünschter bzw. persönlich schwieriger Antworten zu nehmen.

Das Leitfadenterview beinhaltete folgende Fragen:

1. Ich würde gern wissen, seit wann Sie in Österreich leben?
2. Weiteres, möchte ich gerne erfahren ob Sie das erste Mal an so einem Infonachmittag teilgenommen haben?
3. Wie haben Sie sich gefühlt, als Sie den Raum betreten haben? Gibt es eventuell eine Begründung dafür?
4. Wie war die Beratung die Sie bekommen? Wie haben Sie die erlebt?
5. Welche Erwartungen haben Sie an Träger Institutionen bzw. Betreutes Wohnen /Heime? Was muss umgesetzt werden, damit Sie sich mit den Angeboten identifizieren können?
6. Wie haben Sie sich nach dem Infonachmittag und Hausführung gefühlt?
7. Wir würden Sie diesen Satz beenden: „Betreuung ist für mich....“

Bei den ersten drei Fragen handelt es sich um die Einstiegsfragen, sowie sie sich bei einem Leitfadenterview empfiehlt, da Einstiegsfragen die Kommunikation auflockernd sein können und Fortsetzung des Gespräches leichter ermöglichen. Die wichtigsten Fragen, die mir eine Antwort auf mein Forschungsinteresse geben sollen, sind die Fragen 4 und 5. Bei der Frage 6 handelt es sich um eine Frage, die die Wahrnehmung der befragten Personen widerspiegeln, da sich der Gefühl beim Einstieg und im Verlauf des Gespräches verändern kann. Die Frage 7 ist ein von mir nicht vollendeter Satz, der aus Sicht der befragten Person beantwortet werden soll, somit ist die Möglichkeit gegeben, noch eine klare Antwort zu geben, die für die Auswertung bzw. Interpretation relevant sind. Im Folgenden werden in

Anlehnung an Mayring die wichtigsten Inhalte aus den Interviews kurz vorgestellt und vor dem Hintergrund der Thematik analysiert.

## **5.1 Datenauswertung**

Die Inhaltsanalyse eignet sich gut für die Auswertung der geführten Interviews.

Die Personen die ich befragt habe kommen alle aus Ex Jugoslawien, dabei handelt sich um vier Personen aus Bosnien, drei aus Serbien und drei aus Kroatien. Personen aus Bosnien und Serbien sind zum Infonachmittag (Pensionisten Heim Schwerpunkt Pflege und Betreuung) gekommen und Personen aus Kroatien waren bei meiner Veranstaltung im kroatischen Verein. Ich habe selber die Interviews durchgeführt, da ich in meiner jetzigen Tätigkeit mich für das BKS-P (Bosnien,Serbien,Kroatien-Polen) stark mit dieser Thematik auseinandersetze. Mein Wissen über das aktuelle Thema hat mir geholfen bei der Datenerhebung.

### **Vorbereitung Phase 1 und 2**

In der Vorbereitungsphase ist es wichtig festzustellen, mit welchem Material gearbeitet wird. In diesem Fall sind das 10 geführte Interviews. Die Personen die ich befragt habe kommen alle aus Ex Jugoslawien, dabei handelt sich um vier Personen aus Bosnien, drei aus Serbien und drei aus Kroatien. Personen aus Bosnien und Serbien sind zum Infonachmittag(Pensionisten Heim Schwerpunkt Pflege und Betreuung) gekommen und Personen aus Kroatien waren bei meiner Veranstaltung im kroatischen Verein. Ich habe selber die Interviews durchgeführt, da ich in meiner jetzigen Tätigkeit mich für das BKS-P (Bosnien,Serbien,Kroatien-Polen) stark mit dieser Thematik auseinandersetze. Mein Wissen über das aktuelle Thema hat mir geholfen bei der Datenerhebung.

### **Vorbereitungsphase 3 und 4**

Es werden nur die Inhalte der Interviews in Betracht gezogen, Merkmale die für die Analyse auch relevant sind. Transkription erfolgt anhand der Standardographie. Es gibt dafür bestimmte Regeln und Zeichen die bei Transkription zu beachten sind:

(..)kurze Pause in Dauer von einer Sekunde

(...)mittlere Pause in Dauer von 3 Sekunden

( ) längere Pause

[...] = unverständlich

### **Vorbereitungsphase 5, 6 und 7**

Die Phase fünf ist Theoriegeleitet, eine Systematik und in der Phase 6 geht es darum Analysetechnik festzulegen, Kategorie Bildung im Vordergrund, Explikation, Strukturierung und Fazit. (Stranica 43)

Die Kategorien sollten abstrakt sein, um möglichst viele im Idealfall alle Textstellen auszuwerten, Zeile für Zeile soll angeschaut werden.(44)

Vorgehensweise beim offene kodieren:

- Textstellen markieren
- Was für die Arbeit nicht relevant ist, wird weg gelassen
- Die einzelnen Teile müssen in einem Zusammenhang sein
- Jeder Textstelle wird ein Name gegeben, somit werden sie auf einen Aspekt verkürzt.

Die Textstellen werden markiert und identifiziert die für die Analyse relevant sind und somit erfolgt die Phase 7 in der Kodier Einheit, Kontext Einheit und Auswertungseinheit bestimmt werden.

Um die Auswertung besser zu verstehen, nachvollziehe zu können, bevor ich mit Datenauswertung beginne, erläutere ich noch die wichtigen Begriffe, Kode und Kategorie.

In meiner Analyse werde ich nur den Begriff der Kategorie anwenden, dies bedeutet dass ich die Inhalte reduzieren werde um besseren Überblick zu verschaffen.

### **Vorbereitungsphase 8 und 9**

In dieser Phase geht es um die Durchführung der Analyse, Bildung der Kategorien und Anpassung an Theorie,bzw. Überprüfung.

## **5.2 Offenes Kodieren nach der Grounded Theory**

### **Auswertung und Interpretation der Antworten**

An dieser Stelle der Arbeit geht es darum, die erhaltenen Antworten aus den kurzen Interviews mit den befragten Personen auszuwerten, die als Experten für das Thema anzusehen sind. Hierbei handelt es sich um Migrantinnen und Migranten, die selbst vom Thema der Pflege in Österreich betroffen sind – für sich selbst in Zukunft oder für Angehörige.

Die Möglichkeit zur Befragung dieser Personen als eindeutige Zielgruppe des Forschungsvorhabens hat sich im Rahmen einer speziellen Veranstaltung ergeben. Die Interviewerin ist selbst aktiv in einem Projekt BKS-P, das darauf abzielt, die Seniorenheime stärker als bislang für Menschen mit Migrationshintergrund zu öffnen. Die SPÖ Wien hat hierzu eine Informationsveranstaltung organisiert.

Diese organisierte Veranstaltung, die als Seniorenklub kommuniziert wird, hat insgesamt elf Personen die Möglichkeit gegeben, sich nach vorheriger Anmeldung über das Thema der Pflege für Menschen mit Migrationshintergrund zu informieren und Fragen zu stellen etc. Vor diesem Hintergrund sind die angemeldeten Besucher dieser Veranstaltung schon im Vorhinein als ideale Gruppe zum Befragen identifiziert worden.

Es war jedoch nicht möglich, schon zuvor alleine anhand der Anmeldung die Anfrage zu einem Interview zu stellen, was so auch gar nicht erwünscht war. Den Personen sollte ganz bewusst die Chance gegeben werden, sich auf der Veranstaltung völlig frei von irgendwelchen anstehenden Interviews oder anderen Einflussnahmen über das Thema zu informieren und die Fragen zu stellen, die ihnen am Herzen lagen.

Im Anschluss an die Veranstaltung wurde dann die Präsenz der interessierten Personen, von denen sich letztlich tatsächlich zwei für einen Einzug in das Heim entschlossen haben, vor Ort dazu genutzt, Interviews zu führen. Zu diesem Zeitpunkt war das Thema für die Befragten verständlicherweise noch sehr aktuell und sie mussten sich nicht erst in die Thematik hineindenken.

Aus Sicht dieser Durchführungsweise ist darauf hinzuweisen, dass im Nachfolgenden die Antworten der Befragten, die sich für ein Interview spontan unter Zusicherung der Anonymität bereitklärten, zusammenfassend dargelegt werden. Die Interviews selbst sind

jeweils nicht allzu umfangreich gewesen, was als unüblich für eine empirische Forschung erscheinen mag.

Allerdings war es alleine schon aus zeitlichen Gründen nicht möglich, mit jedem Befragten ein längeres Interview zu führen: Zum einen hätten die anderen am Thema interessierten Personen nicht so lange gewartet, bis ein längeres Interview abgeschlossen worden wäre. Zum anderen wurde das Interview bewusst kurz gehalten, um die Befragten nicht durch ein zu langes Gespräch über ein sehr sensibles Thema abzuschrecken.

Darüber hinaus muss verstanden werden, dass die Personen in diesem Moment auch keine allzu detaillierten Antworten geben wollten, sodass die Antworten vor allem dazu genutzt wurden, um die wesentlichen Probleme und Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten im Hinblick auf die Pflege in Österreich in Erfahrung zu bringen. Angesichts des schon häufiger angesprochenen Punktes, dass Migrantinnen und Migranten oftmals sprachliche Defizite aufweisen, wurde es zusätzlich als nicht sinnvoll erachtet, mit dieser Probandengruppe ein langes und sprachlich anspruchsvolles Interview zu führen.

Aus diesen Gründen wurde die Entscheidung getroffen, mehr und dafür kürzere Interviews durchzuführen, anstelle nur ein oder zwei mit mehr Fragen und Antworten einzuplanen, wobei die Auskunftsbereitschaft der Befragten im Voraus ohnehin nicht sichergestellt werden könnte.

Anhand der Auswertung lässt sich festlegen, dass alle Befragten Personen die Informationen bekommen haben, als sehr hilfreich empfinden, was noch meine Annahme in der Einleitung bestärkt, dass Menschen mit Migrationshintergrund sehr wenig über die Betreuungsmöglichkeiten und österreichisches Gesundheitssystem informiert sind.

Im Rahmen der Interpretation kann man auch festhalten, dass es wichtig ist, sich als Interviewer zurückzuziehen und die befragte Person in den Mittelpunkt zu stellen. Ein wichtiger Aspekt sind auch Erkenntnisse welche gewonnen werden. Die Aussage Berater die zu Verfügung standen seien Kompetent, betont wie wichtig ist Vertrauen .Die Berater geben Informationen weiter, haben ein offenes Ohr, sprechen ihre Muttersprache, durch Sprache gewinnt man Sicherheit diese Informationen werden wahrgenommen. Somit werden Erwartungen von Personen erfüllt, da ihre Fragen und Sorgen ernst genommen werden, aber es ist auch wichtig dass die Antworten von Fachleuten kommen.

*„ Mir ist wichtig konkrete Antworten zu bekommen, ähm die Person die ich gefragt habe, hat sich mit anderen ausgetauscht .Sie spricht meine Sprache (..) ,sie versteht meine Beweggründe (Anhang 1 B1)“*

Anhand dessen lässt sich feststellen, dass für die Befragte Person von enormer Bedeutung ist, dass die Beratende Person auch ihre Muttersprache spricht, dass sie ausgebildet ist und fundiertes Wissen weitergibt. Wichtige Aspekte sind Professionalität, Wissen Vermittlung und die Sprache. Somit lässt sich an dieser Stelle eine erste wichtige Inhaltskategorie erkennen, die bei nahezu allen Befragten stark ausgeprägt war und durch das obige Zitat einer Antwort exemplarisch unterlegt werden soll: Speziell bei Personen mit Migrationshintergrund herrscht ein Defizit in Bezug auf die Betreuungsmöglichkeiten in Österreich und das österreichische Gesundheitssystem ganz allgemein vor. Viele der Personen sind nicht in Österreich aufgewachsen, erst später hierhergekommen und haben damit keine Sozialisation inmitten des österreichischen Gesundheitssystems von Kindesbeinen an miterlebt. In ihren jeweiligen Ursprungsländern ist das Gesundheitssystem oft ein ganz anderes als in Österreich, weshalb die Befragten mit unterschiedlichsten Vorstellungen das Thema der Betreuung im Alter wahrnehmen. Sie kennen sich schlichtweg nicht aus, weshalb sie weder die Möglichkeiten kennen noch wissen, wo es welche Ansprechpartner für die Fragestellungen im Umfeld des Themas der Betreuung im Alter für sie gibt. Die Notwendigkeit von Informationsveranstaltungen steht damit außer Frage und muss österreichweit unbedingt ausgeweitet werden, um nicht nur jene zu erreichen, die von sich aus solche Veranstaltungen besuchen.

In Verbindung damit offenbart sich in der obigen Antwort gleich noch eine zweite Inhaltskategorie: sprachliche Hürden. Die Betreuung im Alter und das richtige Agieren im Gesundheitssystem sind selbst für Einheimische nicht immer einfach. Es müssen Paragraphen gewälzt, Anträge gestellt oder ärztliche Gutachten verstanden und eingeholt werden. Wenn es überhaupt eine Beratung dazu gibt, so muss diese also in einer Sprache erfolgen, die von den Migrantinnen und Migranten auch wirklich verstanden wird. Andernfalls kann das festgestellte Informationsdefizit nicht vollkommen geschlossen werden. Idealerweise eignen sich Migrantinnen und Migranten im Laufe ihres Aufenthalts in Österreich die Sprache an und sind dann im Alter dazu in der Lage, sich mit den einzelnen Behörden, Einrichtungen und verantwortlichen Personen zu verständigen. Die Antworten aus den Interviews belegen aber, dass diese Situation eben nicht vorausgesetzt werden darf. Sprachliche Hürden verweigern damit diesen Personen den Zugang zu einer elementaren Betreuung im Alter, weil sie Inhalte

gar nicht verstehen, falsch deuten oder auch aus Scham aufgrund der eigenen sprachlichen Defizite gar nicht erst den Kontakt und Hilfe suchen. Hier sollte damit sichergestellt werden, dass nach außen hin signalisiert wird, dass bei Beratungsstellungen auch andere Sprachen willkommen sind – wenn die jeweiligen Ansprechpartner nicht über passende Sprachkompetenzen verfügen, sollte überlegt werden, ob in diesen Fällen nicht beispielsweise hausintern ein Dolmetscher organisiert werden kann.

Eine wichtige Kategorie ist auch die Kategorie der Gefühle, persönliche Ebene .Bei dem Informationsnachmittag stehen MigrantInnen im Mittelpunkt ,es wird näher über deren Bedürfnisse gesprochen, auf die Fragen wird eingegangen .Das bedeutet die Befragten können und sollen selbst frei erzählen, was für sie von enormen Wichtigkeit ist. Die Befragte B2 fand Gefallen, dass sie Möglichkeit hatte ihre Wahrnehmung zu äußern.

***„Ähm, was ich gesagt habe, wurde aufgeschrieben. Ich habe viel gesprochen,meine Anregungen zur Sprache gebracht. Für mich ist ein Thema Essen ähm,wird Rücksicht auf meine Herkunft genommen(..),ich esse auch gerne Spätzle, aber Sarma ist mir viel lieber „***

Wir sehen wie wichtig ist ,wenn man gefragt wird,welche Erwartungen hat man, was hätte man gerne,es geht nicht darum eines auszuschließen sondern, eine Frage der Inklusion , in dem Mann sich beim Menüauswahl auch Gedanken machen muss ,welche Klientel lebt und nimmt die Betreuung in Anspruch. Nicht trennen, kulinarische Traditionen vereinen, anbieten. Die Kategorie der Gefühle ist damit immer auch mit kulturellen Aspekten verbunden, da die Migrantinnen und Migranten aus teils ganz anderen Umkreisen stammen und Verhaltensweisen – gerade bei einem so sensiblen Thema wie der Pflege im Alter – praktizieren, die von den in Österreich üblichen abweichen können. Demnach muss unter dieser Inhaltskategorie auf der einen Seite eine kulturelle Offenheit gefordert werden, damit die Anbieter von Pflege sowie Verantwortliche im Gesundheitssystem die Ängste, Wünsche und Fragen der Menschen mit Migrationshintergrund wirklich nachvollziehen und darauf eingehen können. Auf der anderen Seite ist in diesem Sinne eine gewisse Sensibilität gefragt, da unbedingt verhindert werden muss, Migrantinnen und Migranten mit einer unüberlegten Antwort abzuschrecken oder ihnen das Gefühl zu geben, dass in der Betreuung nicht auf sie und ihre persönlichen, kulturellen oder eben auch kulinarischen Bedürfnisse eingegangen wird.

Um auf die Kategorie der Gefühle zurückzukommen, es ist wichtig zu erwähnen, dass einige Befragten gesagt haben, sie haben sich motivierter und beruhigter nach dem Infonachmittag

gefühlt ,als davor, was dafür spricht, dass sich Gefühlswelt verändert . Bevor man das Haus betreten hat, wusste man kaum etwas darüber- Stereotypisierung, alte, kranke Menschen, keine Autonomie- kein angenehmes Gefühl. Die Atmosphäre nach der Hausführung und dem Vortrag wird als angenehm, entspannt, realistisch beschrieben. Drei der Befragten, haben gesagt, sie haben sich gut aufgehoben gefühlt. An dieser Stelle zeigt sich also schon der Erfolg von einem kulturell offenen und sensiblen Herangehen an die Klientel. Zudem wird hier erneut die Kategorie der Information sehr deutlich, weil die befragte Person offen zugibt, vor der Informationsveranstaltung ganz falsche Vorstellungen gehabt zu haben, die zum Teil auch aus der eigenen nicht-österreichischen Herkunft resultieren:

***(„lacht) , ich bin gekommen weil meine Freundin kommen wollte. Ich habe gedacht, wenn man in so ein Haus einzieht, darf man sich nicht mehr frei bewegen(lach),ähm , aber ich bin aufgeklärt worden, solange man in der Lage ist, man kann kommen und gehen. Ich kann auch Besuch empfangen(lacht), in Serbien wir leben nicht gerne isoliert ,***

Die Befragten haben außerdem angegeben wie wichtig ist die Pflege der sozialen Kontakte, Selbstbestimmung, das Kommen und Gehen, ich lebe in der Gemeinschaft, ich bin aber frei.

Die Befragten die auf der Suche nach Rat,nach Möglichkeiten sind kommen dann zur Beratung , sind bereit Hilfe zu suchen , wenn sie den Raum haben , selbst darüber zu reden und so die Gelegenheit bekommen , die Fragen zu stellen die sie beschäftigen.

Die Befragten bemerken, dass auf ihre Fragen offen eingegangen wird, das Gefühl vermittelt das nach Wegen der Umsetzung gesucht wird. Weiters, betonen die wie wichtig es ist über eigenes Empfinden zu sprechen, eigenen Bedarf ohne sich verstellen zu müssen.

Die schon genannten Kategorien werden ferner dadurch bestätigt, dass die Befragten am Informationsnachmittag von Personen beraten und unformatiert werden, die selbst über einen Migrationshintergrund verfügen. Somit konnten nicht nur die schon angeführten Kategorien der von den befragten Personen genannten Inhalte abgedeckt werden, sondern es zeigte sich eine weitere Kategorie von Wichtigkeit: der Wunsch nach Identifikation mit den beratenden Menschen. Zusätzlich zum Beheben von kulturellen und sprachlichen Hürden bietet sich der Einsatz von Personen mit Migrationshintergrund speziell in der Beratung an, weil sie den interessierten Migrantinnen und Migranten ein Gemeinschaftsgefühl vermitteln können. Sie haben das Gefühl, mit jemandem zu sprechen, der sie besser versteht als eine Person, die keine Migrationserfahrungen gemacht hat. Daher werden sie „als gleiche“ wahrgenommen , sie können sich mit ihnen identifizieren , sie kommen aus gleichem Milieu und können daher

die Sorgen und Schwierigkeiten, der Befragten (Interessenten) nachvollziehen. Die bestätigt sich in der Aussage von einem Befragten

***...Sie versteht wass ich meine wenn ich sage,es ist mir wichtig das auch meine Religion, Musik aus meiner Heimat hier zu finden ist.Ich habe Respekt vor anderenReligionen,aber meine Feiertage sind mir auch wichtig (lacht )-ich kann ihr das frei sagen,sie kommt aus meinem Land***

Dies beudetet darauf hin, dass zwischen diesen zwei Menschen obwohl in zwei unterschiedlichen Funktionen kein hierarchische Beziehung herrscht, die reden auf Augenhöhe, was auch für ein ehrliches Gespräch spricht. Sie werden nicht bewertet, sie können ihren Gefühlen freien Lauf geben, es wird auf einer ganz anderen Ebene gesprochen, als wenn der Gegenüber nicht gleiche Abstammung hätte.

Werden diese Kategorien bei Veranstaltungen zur Information zum Thema beachtet und können diese auch in die alltägliche Beratung eingebunden werden, werden sich schnell Erfolge zeigen, die sich anhand der Forschungsergebnisse belegen lassen: In diesem Fall sind die Interviewpartner mit einem verändertem Gefühl nach dem Infonachmittag nach Hause gegangen. Drei Personen haben gesagt, sie haben sich motivierter und entspannter gefühlt, dies sei nicht nur Hilfe um besseren Einblick sich zu verschaffen, sondern für die Psyche auch sich mit dem Einzug in Betreuungsinstitution auseinander zu setzen.

***Ich habe nicht gewusst, was mich hier heute erwarten. Ich muss denken, wie geht es weiter (...),ich schlafe nicht, was sagen dann andere Leute...für meinen Kopf ist auch gut,das ich heute gesehen habe und gehört habe***

Ich spreche hier über eine Wirkung die nicht von Dauer sein kann , da Personen die sich Einzug in eine Betreuungsinstitution überlegen mit sehr viel Gefühlsschwankungen zu kämpfen haben , die zu Überforderung, zum Rückzug führen könnten.

Diese Personen sind schon Jahrzehnte in Österreich, fühlen sich wo möglich hier zu Hause,beherrschen die deutsche Sprache und sind integriert. Ein Einzug in Heim bedeutet fast wieder die neue Integration.

Die Befragten Personen haben weiterhin angegeben ,was wieder auf die Kategorie wirksam bezieht angegeben ,dass sie nach dem Infonachmittag und der Veranstaltung im Verein ihre weitere Vorgehensweise besser kennen , sie haben mit ihrem Kommen den ersten Schritt getan , den Willen und die Offenheit gezeigt ( vgl.Anhang B4,B5 ). Umso wichtiger ist es

deshalb, diese Forschungsergebnisse zum Anlass zu nehmen, um anhand der identifizierten Inhaltskategorien zu erkennen, welche Hauptpunkte für die Migrantinnen und Migranten bei diesem Thema wichtig sind. Sie müssen von den Anbietern von Betreuung im Alter deshalb an genau diesen Punkten abgeholt und dann auch weiter begleitet werden, um einen Rückfall in den Rückzug zu vermeiden. Wichtig wäre es hier, wie schon erwähnt, eine Beratungsmöglichkeit einzurichten, an die sich die Menschen speziell mit Migrationshintergrund jederzeit wenden können.

Ich möchte an dieser Stelle mit Rückblick auf die durchgeführte Befragung auch noch einige Informationen geben, die für die Auswertung von Bedeutung sein können. Zunächst möchte ich festhalten, wie wichtig es war, dass die Befragten sich im Gespräch offen gezeigt haben. Offensichtlich liegen bei diesem Thema viele Ängste und falsche Vorstellungen vor, die es für die Betroffenen nicht einfach machen, sich anderen gegenüber mitzuteilen. Nur so sind sie aber in der Lage dazu, sich auf die nächsten Schritte vorzubereiten und Klarheit in Bezug auf Förderungen, das Leben in Betreuungsinstitutionen und ihre Bedürfnissen zu verschaffen. Der Informationsnachmittag sowie die Veranstaltung im Verein konnte zu Veränderungen in den Gefühlen beitragen. Sie sagten sie fühlen sich sicherer, wahrgenommen, bestätigt in ihrem Anliegen. Sie haben das Gefühl frei sprechen zu können ohne Hemmungen, denn es sind Gespräche auf Augenhöhe.

Als langfristig wirksame Kategorie kann man sich auf die Aussage vom Befragten (Ehepaar) B6 und B7 beziehen. Sie haben gesagt, dass sie zwar zum ersten Mal sich eine Wohnung in einem Seniorenheim angeschaut haben (heutige Führung), aber dass sie sich mit dem Thema seit einigen Monaten auseinandersetzen. Sie haben beim FSW sich erkundigt, es ist wichtig Informationen zu sammeln, mit jemandem zu reden über eigenen Situation, eine andere Sichtweise ist objektiver, frei von Konventionen, Sie haben viele Informationen Mittelweile gesammelt, am Anfang waren die sehr verwirrt, da sie kaum eine Ahnung von diversen Möglichkeiten hatten. Sie betonen wieder die Bedeutung der Sprache, der Wahrnehmung der Bedürfnisse (damit ist gemeint Esskultur, Religion, kulturelle Veranstaltungen) vgl. Anhang B6 und B7

*Ähm, wir haben uns selbst dafür entschieden, unsere Kinder leben hier, wir leben über 30 Jahren in Österreich (..), Zeit vergeht(..) einige Landsleute verstehen unsere Sichtweise nicht(lachen), aber es tut gut mit jemandem zu reden, der für unsere Situation ein offenes Ohr hat(...), natürlich schaue ich wohin, wo habe ich ein Stück Heimat, wo darf ich sein...*

### *Wir feiern orthodoxe Weihnachten, eine Liturgie ist uns wichtig..*

Durch diese Aussagen halte ich fest das Eingehen auf die religiösen und Esskultur und natürlich Sprache eine positive Wirkung auf die Einstellung der MigrantInnen zu den Trägerinstitutionen beitragen kann. Es kann zu einer langfristigen vielleicht noch Andauernden aber positiven Veränderung führen, wenn die im Vorgegangenen identifizierten Inhaltskategorien von den Verantwortlichen eingehalten und beachtet werden, wenn es um die Betretung von Migrantinnen und Migranten im Alter geht.

Von der großen Wichtigkeit ist Informationsnachmittage und Führungen weiter anzubieten, Vereine zu kontaktieren und das Thema direkt anzusprechen, es ist kein Tabu mehr und soll auch nicht sein.

Da möchte ich mich gerne an Herbert Blumer (1969) beziehen und auf seine der Axiome des Symbolischen Interaktionismus

1. Menschen handeln Dingen gegenüber auf Grund der Bedeutung , die diese Dinge für sie haben
2. Diese Bedeutung entsteht in einem Interaktionsprozess
3. Die Bedeutung ist historisch wandelbar

Gesellschaftliche Erscheinungen unter dem Begriff“ Dinge“ worunter nicht nur die genannte soziologischen Termini und nicht nur materielle Dinge sondern auch Ideen , Werte usw. zu verstehen sind. Objekte sind für die Soziologie erst dann relevant wenn sie Symbole sind, wenn sie mit Bedeutung ausgestattet werden. Die Bedeutung sitzt weder in dem Ding , noch ist sie ein psychischer Konstrukt der Person , vielmehr geht sie aus dem Interaktionsprozess hervor. Durch die Verwendung eines Dinges wird dieses zum Zeichen. Die Dinge der Außenwelt können nicht unabhängig vom Individuum als sozial relevante Dinge betrachtet werden,weil sie keine eigenständige soziale Relevanz besitzen, sondern diese erst durch den Gebrauch durch Menschen erworben haben.

Die Gesellschaft besteht aus symbolischen Interaktionen. Aus diesen entstehen besondere Welten für das Individuum die aus sozial erzeugten Objekten zusammengesetzt sind .Die Handelnden nehmen verschiedene Dinge wahr ,ziehen einige davon in Betracht und entwickeln auf Grundlage der Intepretation dieser Dinge eine Handlung.In der Gesellschaft stimmen Handelnde ihre Handlungen aufeinander ab es kommt zu gemeinsamen Handeln und genau darauf kommt es an , zu erkennen welche Dinge haben Bedeutung für die Fokusgruppe

,es ist wichtig das Umfeld zu kennen , in denen sich Handlungen abspielen. In diesem Sinnen durch öffnen der Türe, Einladung zum Informationsnachmittag und das Folgen der Einladung, entsteht die Interaktion, Basis für die Verwirklichung von beiden Akteuern. (Gewinn von potenziellen Kunden und Erfüllung der eigenen Bedürfnisse).

Zusammenfassend möchte ich festhalten, dass gewissen Dimensionen /Phasen darauf hinweisen, dass sich mit der Hilfe der Veranstaltungen, wie Informationsnachmittags sich auf einiges getan hat, bzw. entwickelt hat. Einblick in eine neue befremdete Welt erschaffen, offen Wünsche / Bedürfnisse ausgesprochen, ein Grundstein für weitere Schritte der Umsetzung festgelegt.

### **5.3 Mögliche Störfaktoren**

Da die Interviews ohne vorherige Terminvereinbarung mit den Besuchern der zwei Informationsveranstaltungen geführt wurden, möchte ich auch auf die Rahmenbedingungen eingehen, die einen Einfluss auf die Antworten gehabt haben könnten. Es handelt sich dabei im Besonderen um Störfaktoren, die im Gespräch mit zwei Interviewpartner aufgetreten sind: Der Raum im kroatischen Verein ist nicht explizit für geschlossene Settings gemacht und frei zugänglich. Da der Verein ziemlich frequent ist, sind immer Vereinsmitglieder präsent und nehmen eigentlich kaum Rücksicht darauf, dass an einem Nebentisch ein Interview stattfindet. Zwei der drei hier Befragten haben diesen offenen Raum als störend empfunden, da immer wieder andere nicht teilnehmende Personen etwas in die Runde geworfen haben. Der Informationsnachmittag bzw. die Veranstaltung im Verein hat die Fragen von B8 beantwortet, aber sie ist sich nicht sicher, ob sie ein zweites Mal kommen würde, was sie und mit der folgenden Aussage verdeutlicht\_

*„(...) ich würde bei Bedarf wiederkommen, aber nur dann wenn ich wirklich konkrete Fragen stelle, sowie heute, nur so zu kommen (..) ähm schwer zu sagen, ich wohne nicht in der Nähe „*

Es sollte von daher sichergestellt werden, dass die interessierten Personen eine Informationsquelle in örtlicher Nähe bereitgestellt werden kann, damit nicht durch eine längere oder beschwerliche Anfahrt – gerade für ältere Personen – ein Hindernis entsteht. Hieraus ist mindestens bei dieser Person eine Anstrengung entstanden, die eventuell einen Einfluss auf die Beantwortung der Fragen gehabt haben kann.

## 6. Fazit

Zum Abschluss der Arbeit zum behandelten Thema von MigrantInnen in Österreich im Zusammenhang mit Pflege, Betreuung und ihren Erwartungen an die Trägerinstitutionen ist es nun an der Zeit, ein zusammenfassendes Resümee zum Erarbeiteten zu ziehen. Ich möchte hierzu aber keine bloße Wiederholung der Informationen und Inhalte anbieten, die schon in den vorangegangenen Kapiteln dargelegt worden sind und somit einfach an den entsprechenden Stellen nochmals nachgelesen werden können. Vielmehr sehe ich es im Sinne der Zielsetzung der Arbeit als wichtig an, die Verbindung zwischen Theorie und Praxis so zu gestalten, dass ich jene Punkte erneut aufgreifen möchte, die nach eigener Einschätzung und aufbauend auf den empirischen Daten der Interviews als kritisch einzuschätzen sind. Es kann mit dieser Arbeit zwar nicht der Anspruch erhoben werden, die vorhandenen Probleme in der Betreuung im Alter bei Migrantinnen und Migranten zu lösen, aber es darf behauptet werden, im Rahmen der eigenen Forschung interessante Ansatzpunkte in Erfahrung gebracht zu haben, die für die Träger von Pflege- und Betreuungseinrichtungen sehr wertvoll sein können.

Ein erster absolut zentraler Punkt zeigt sich in den kulturellen Unterschieden zwischen Österreich und den Ländern, aus denen die Migrantinnen und Migranten stammen: Es herrschen dort andere kulturelle Werte, es wird anders mit Älteren umgegangen und auch die religiös bedingten Differenzen können ein Problem werden. Beispielsweise ist für viele Personen der Verzicht auf Schweinefleisch auf dem Speiseplan elementar oder es gibt beim Essen kulturelle Verhaltensweisen, die die Migrantinnen und Migranten auch in der Pflege und Betreuung als Teil ihres Selbst beibehalten wollen. Hierzu muss die Einrichtung den notwendigen Freiraum schaffen, also etwa separate Gebetsräume breithalten, und durch eine entsprechende Einkaufsplanung Alternativen zu Schweinefleisch anbieten.

Jedoch gibt es nach eigenen Erfahrungen und im Austausch mit den befragten Personen keine Gründe, die langfristig dagegen sprechen, dass diese kulturellen und religiösen Besonderheiten ein friedliches Zusammenleben verhindern – vielmehr können sie interessant und bereichernd für alle sein. Entscheidend ist nur, dass durch die Träger darauf reagiert wird: Hierzu muss das notwendige kulturelle Wissen über die Herkunft der Migrantinnen und Migranten gesammelt und dann in den schon bestehenden Alltagsplan der Einrichtungen eingebunden werden. Ist dies aber einmal geschehen, kommt es aber nicht zu weiteren Änderungen, so dass dieser Aufwand einmalig ist und die Einrichtung im Anschluss daran auf

lange Sicht hin für Klientel mit Migrationshintergrund vorbereitet ist. Erwähnen muss man in diesem Kontext aber, dass für ein Gelingen die Offenheit auf beiden Seiten – Migrantinnen und Migranten sowie Träger der Einrichtungen – wichtig ist: Es gilt, die fremde Kultur ebenso zu akzeptieren, wie man die eigene im Alltag ausleben möchte.

Ein weiterer Ansatzpunkt, an dem zukünftig gearbeitet werden muss, um die festgestellte problematische Situation von Migrantinnen und Migranten im Alter zu verbessern, ist die Sprache. Viele Menschen mit Migrationshintergrund eignen sich im Laufe ihres Lebens die Sprache der neuen Gesellschaft an und finden sich problemlos in dieser zurecht. Jedoch gilt dies nicht für alle und gerade ältere Menschen werden kaum mehr in der Lage sein, eine fremde Sprache auf muttersprachlichem Niveau zu erlernen. Dadurch bleiben ihnen aber viele Türen verschlossen und Informationen vorenthalten. Deshalb sollte neben der – ohnehin stattfindenden – sprachlichen Förderung von Migrantinnen und Migranten versucht werden, den nicht deutschsprachigen Berater und Anlaufstellen einzurichten, wo sie in ihrer Herkunftssprache oder einer dritten Sprache notwendige Informationen erhalten können.

Darüber hinaus ist es nur menschlich, dass man sich lieber in seiner Muttersprache unterhält und hierüber auch sehr persönliche Wünsche und Bedürfnisse äußern kann. Von den Trägern sollte deshalb darauf hingearbeitet werden, in den Häusern Fachpersonal einzustellen, das nicht nur in Deutsch, sondern auch anderen Sprachen als Ansprechpartner für die Klientel dienen kann. Nicht jede Fachkraft muss also jede Sprache sprechen, aber wenn die eine Arabisch, eine andere Englisch und eine dritte vielleicht noch Türkisch beisteuern kann, finden sich im Haus schon viele weitere Kontaktmöglichkeiten für Migrantinnen und Migranten. Hierdurch kann deren Lebensqualität ohne Zweifel gesteigert werden.

Insgesamt sollte man heute mehr von den vorhandenen Migrationshintergründen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gerade in der Betreuung und Pflege profitieren. Sie müssen als Experten für kulturelle, religiöse oder sprachliche Besonderheiten angesehen werden, damit Wege gefunden werden können, dieses Wissen für die Klientel bereitzustellen. Beispielsweise kann mit dem Fachpersonal rationell gekocht oder gefeiert werden, wovon alle im Haus profitieren können, etwas Neues kennenlernen oder sich wiederum wie in der alten Heimat fühlen können. Aktionswochen bieten sich exemplarisch dafür an, etwa die kroatische Kultur und besondere kulinarische Spezialitäten zu vermitteln. Die Migrantinnen und Migranten aus Kroatien erlangen dadurch Wertschätzung und Lebensqualität, alle anderen Personen genießen eine besondere Zeit mit neuen und interessanten Erfahrungen aus einem fremden Land.

Abgerundet werden soll die vorliegende Arbeit mit zwei Hinweisen an die Forschung. Erstens muss nach der Recherche für das Thema festgehalten werden, dass man sich bisher viel zu wenig um die besondere Situation, die Bedürfnisse und Voraussetzungen von alten Menschen mit Migrationshintergrund gekümmert hat, wenn diese vor der Herausforderung stehen, zeitweise oder auch ganz die professionelle Pflege bzw. Betreuung in Anspruch nehmen zu müssen. Dieser Schritt ist schon für jeden einzelnen Einheimischen oft sehr einschneidend und aufgrund der vielen Dinge, die einhergehend damit zu regeln sind, sehr schwierig.

Wie müssen sich in einer solchen Situation nun aber ein alter Mensch oder dessen Angehörige fühlen, wenn zudem ein Migrationshintergrund vorliegt, der die genannten Schwierigkeiten mit sich bringen kann? Hier handelt es sich zweifellos um eine wachsende Zielgruppe für die Betreuung im Alter sowie die Pflege, weshalb auch die Forschung darauf reagieren muss. Dies bedeutet, dass zukünftig neben den weiterhin wichtigen Erforschungen zum Thema für Einheimische auch die Migrantinnen und Migranten als Untersuchungsgruppe Beachtung finden müssen.

Nur so können Schwierigkeiten identifiziert und langfristig gelöst werden. Dies sehe ich deshalb als essentiell an, weil Integration in unsere Gesellschaft sicherlich nicht im Alter endet, sondern in jeder Lebensphase das Ziel und Anspruch von uns allen sein muss. So sollten beispielsweise konkrete Hilfsmaßnahmen oder Eingewöhnungsmöglichkeiten in Einrichtungen für Migrantinnen und Migranten konzipiert, erprobt und immer weiter verbessert werden, wozu die Forschung einen wertvollen Beitrag leisten sollte.

Zweitens ist darauf hinzuweisen, dass zwar nur ein paar Interviews in der vorliegenden Arbeit mit Betroffenen geführt werden konnten, doch diese wenigen Gespräche haben schon vor Augen geführt, wie offen und informativ diese Menschen sind, wenn man sich im Rahmen einer Forschung für sie interessiert. Die eigene Forschung hat damit ein echtes Interesse dafür geweckt, andere Forscherinnen und Forscher dazu zu animieren, gezielt auf ältere Migrantinnen und Migranten zuzugehen und sich mit ihnen über ihre Vorstellungen, Ängste und Wünsche für das eigene Alter auszutauschen.

Ich denke, dass zu oft der Blick auf die jugendlichen Migrantinnen und Migranten gerichtet wird in der Forschung, was ohne Zweifel ebenfalls wichtig ist, um etwa die Integration voranzutreiben. Doch mindestens ebenso lohnenswert ist die Auseinandersetzung mit der älteren Klientel, die – wie eingangs beschrieben wurde – auch in Österreich zahlenmäßig immer weiter ansteigen wird. In diesem Sinne möchte damit schließen, dass die Erkenntnisse

aus dieser Arbeit ein erster erfolgreicher Schritt waren, aber nur den Anfang von einem wichtigen Forschungsgebiet darstellen, das in einer modernen Gesellschaft wie der unseren einen festen Platz haben muss.

## **7. Handlungsempfehlungen für die institutionelle Pflege**

Abgerundet werden soll diese Arbeit mit einigen Hinweisen und Ideen für die Praxis der Pflege aus organisationaler Sicht. Sowohl anhand von Fachliteratur als auch durch die empirische Befragung von Personen mit Migrationshintergrund hat sich gezeigt, dass diese Zielgruppe der institutionellen Pflege in Österreich bisher sehr wenig beachtet wird. Ziel sollte es aber sein, auch diesen Menschen zu helfen, wenn sie den schwierigen Weg von der privaten Lebensphase daheim in die, von einer Institution geprägten und organisierten, Lebensphase des Alters in einer Pflegeeinrichtung gehen.

Exemplarisch wurde mit der Validation aufgezeigt, wie das Pflegepersonal den Umgang im Alltag besser bewerkstelligen könnte. Zudem wurden einige Bedürfnisse und Anforderungen der Migrantinnen und Migranten erhoben, die sich vielfach mit denen von einheimischen decken, zum Teil aber eben doch auch andere Voraussetzungen von einer Pflegeeinrichtung verlangen. Ich denke, dass es nicht zielführend sein kann, wenn man sich erst dann mit der Pflege von Migrantinnen und Migranten auseinandersetzt, wenn sie in einer Einrichtung eintreffen.

Es wurde hierzu schließlich ebenfalls dargelegt, dass Menschen mit Migrationshintergrund wegen verschiedener Gründe seltener in der institutionellen Pflege anzutreffen sind. Dadurch ist das Risiko zu vermuten, dass diese Menschen in der Lebensphase des Alters keine Pflege erhalten oder nicht die volle pflegerische Unterstützung erlangen, die ihnen zusteht und die sie eventuell benötigen. Aus diesem Grund möchte ich auf die Wichtigkeit von Informationsveranstaltungen hinweisen, wie sie auch für die vorliegende Arbeit in Zusammenarbeit mit der SPÖ Wien verwirklicht werden konnten. Es geht dabei darum, dass man als Pflege anbietendes Unternehmen an die wachsende Zahl von Menschen mit Migrationshintergrund herantritt und ihnen das Angebot vorstellt. Sie müssen über die zur Verfügung stehenden Leistungen Bescheid wissen, damit sie sich selbst und anderen – zum Beispiel die eigenen Eltern – auf den Schritt in die institutionelle Pflege vorbereiten können.

Für alle Menschen ist dieser Schritt mit Ängsten, Befürchtungen und besonderen Wünschen verbunden. Vor allem bei Migrantinnen und Migranten sind diese noch stärker ausgeprägt,

wie es die Befunde aus der Arbeit zeigen könnten. Als Pflegeunternehmen müssen wir deshalb aktiv auf sie zugehen und an einer Inklusion arbeiten. Andernfalls droht auch im Alter eine Exklusion, die bei Migrantinnen und Migranten schon während des gesamten Lebens in der Aufnahmegesellschaft ein Risiko darstellt. Aus diesem Grund wurde übereinstimmend mit dem Thema der vorliegenden Arbeit im Rahmen der Informationsveranstaltung die Intention verfolgt, Wissen darüber zu gewinnen, was dieser Fokusgruppe wichtig ist in Bezug auf eine Pflegeeinrichtung bzw. Seniorenheim.

Die Zahl der Migrantinnen und Migranten ist noch sehr niedrig in den Einrichtungen, doch im Zusammenhang mit den durchgeführten Interviews und der Informationsveranstaltung konnten schon zwei Personen davon überzeugt werden, zeitnah in die vorgestellte Pflegeeinrichtung einzuziehen. Weitere elf Personen haben sich für einen Klub angemeldet, in dem es genau darum geht, Migrantinnen und Migranten für unsere Häuser zu interessieren. Hierdurch besteht ein erster Kontakt zu dieser Zielgruppe, doch es sind noch einige Maßnahmen umzusetzen, damit die Migrantinnen und Migranten stärker in Pflegeeinrichtungen vertreten sind.

Diese Maßnahmen sollen durch die folgend zusammengefassten Ideen, Arbeitserkenntnissen und Erfahrungen inspiriert werden und sind damit als konkrete Handlungsempfehlungen für die institutionelle Pflege zu sehen:

- Es müssen zukünftig mehr Informationsveranstaltungen von den Pflegeunternehmen angeboten werden, auf denen speziell auf die Problematiken und Fragen von Migrantinnen und Migranten eingegangen wird.
- Es empfiehlt sich, bei Vereinen und auch fremden religiösen sowie kulturellen Verbänden die Informationsveranstaltungen per Telefon, Mail, Aushang oder persönlich anzukündigen, um die Fokusgruppe dazu einzuladen.
- Sprache ist ein großes Thema für Migrantinnen und Migranten, weshalb die Informationen für die Pflege im Alter unbedingt in mehreren Sprachen kommuniziert werden müssen, die von den interessierten Menschen verstanden werden.
- Es muss in allen Angeboten in der Pflegeeinrichtung darauf hingewiesen werden, dass die religiösen und kulturellen Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten ebenso ernstgenommen und beachtet werden wie bei einheimischen zu Pflegenden.

- Anhand der Vorstellung von zum Beispiel auf Moslems zugeschnittenen Speiseplänen kann den Migrantinnen und Migranten gezeigt werden, dass sie in der institutionellen Lebensphase ebenso leben können, wie sie es in kultureller und religiöser Hinsicht daheim getan haben.
- Gleichermaßen soll ihnen vermittelt werden, dass das Pflegepersonal die Werte und Kultur des Heimatlandes der Migrantinnen und Migranten kennt und das Verhalten der zu Pflegenden dahingehend akzeptiert.
- Die transkulturelle Pflege muss als ein elementares Konzept der Pflegeeinrichtung für die interessierten Migrantinnen und Migranten vorgestellt und verständlich gemacht werden. Sie sollen verstehen, dass die Diversität in den Häusern explizit gewünscht und in den täglichen Plan der Pflegeorganisation integriert ist.
- Migrantinnen und Migranten haben einen besonderen Informationsbedarf, weil sie anders als einheimische Personen nicht schon durch Nachrichten, Presse etc. im Alltag während ihres Lebens über die Möglichkeiten der Pflege unformatiert werden. Deshalb müssen Beratungen auf Wunsch zu einem bestimmten Termin in der gewünschten Sprache angeboten werden.
- Auch eine jederzeit erreichbare Beratungsstelle, an die zum Beispiel Mails geschickt werden können oder die per Telefon zu erreichen ist, sollte eingerichtet werden. Durch die Besetzung mit Personal, das mehrsprachig ist, muss hier sichergestellt werden, dass jede Migrantin und jeder Migrant sich mit Fragen und Problem an diese Stelle wenden kann.
- Sämtliche Informationsangebote sollten nur für die Migrantinnen und Migranten durchgeführt werden und nicht mit den Angeboten für einheimische Pflegeinteressierte vermischt werden. Nur so können sprachliche Hürden ausgeräumt werden. Außerdem sind Migrantinnen und Migranten unter sich offener und weniger gehemmt, spezielle Fragen zu stellen.
- Damit die Diversität auf allen Ebenen in der Pflegeeinrichtung akzeptiert wird und die Migrantinnen und Migranten keine Angst haben müssen, etwa aufgrund ihrer Religion diskriminiert zu werden, sollten die Träger nach außen hin klar kommunizieren, dass man offen für alles ist, was mit dem Gesetz in Österreich und der Harmonie im Haus vereinbar ist.

- Zum Abbau von Ängsten oder Vorurteilen gegenüber anderen Kulturen, Religionen und Sprachen kann es zielführend sein, wenn von den Pflegeeinrichtungen für alle Bewohner und Interessierten sowie das Personal spezielle Veranstaltungen organisiert werden, auf denen man sich untereinander besser kennenlernt. In Verbindung damit kann in einem geselligen Rahmen wichtiges Wissen über den anderen Menschen und seine Lebensweisen erworben werden, was Vorurteile abbauen kann.
- Bei der Betrachtung der Ergebnisse von schon erschienen Forschungsarbeiten, die ein ähnliches Thema behandelt haben, kann außerdem unter Verweis auf die Ergebnisse von Khan-Zvornicanin die Empfehlung ausgesprochen werden, dass sich im Grunde nicht immer mit den kulturellen Vorstellungen der Migrantinnen und Migranten beschäftigt werden sollte, die schon in Österreich leben.
- Die Befunde von Khan-Zvornicanin (2016: 269ff.) zeigen in Anschluss an die obige Empfehlung vielmehr auf, dass sich die Träger von Pflegeeinrichtungen ganz allgemein mit den kulturellen Lebensvorstellungen im Alter der Herkunftsgesellschaft befassen sollte. Wenn verstanden wird, wie alte Menschen zum Beispiel in Serbien, der Türkei oder Kroatien leben wollen, können daraus grundlegende Schlussfolgerungen für den Alltag in österreichischen Einrichtungen gezogen werden.
- Hierdurch kann spätestens beim Einzug, aber optimaler Weise schon während der Ansprache von Migrantinnen und Migranten aus dem jeweiligen Land kommuniziert werden, dass das Institution und Fachpersonal auf diese Menschen kultursensibel vorbereitet sind. (Vgl. Khan-Zvornicanin (2016: 269ff.)
- Vor allem für Informationsveranstaltungen muss für die interessierten Personen mit Migrationshintergrund verständlich gemacht werden, welche kulturspezifischen, sprachspezifischen und religiöse Angebote verfügbar sind. Es darf – dies zeigte das Gespräch mit den befragten Personen – nicht darauf gewartet werden, dass diese Fokusgruppe von sich aus an die Trägerinstitutionen herantreten mit ihren Fragen.
- Im Rahmen der Durchführung von Gesprächen und Informationsveranstaltungen mit interessierten Menschen wurde immer wieder festgestellt, dass selbst bei den aktiv am Thema interessierten Personen Hemmungen vorhanden sind. Deshalb wird zum Beispiel gar nicht erst danach gefragt, ob beispielsweise auch andere als die in Österreich üblichen Feste in der Einrichtung begangen werden dürfen. Somit muss

jeder Träger daran arbeiten, sein gesamtes für die Fokusgruppe interessantes Angebotsportfolio vorzustellen.

Mit diesen Anregungen sollte es für eine Pflegeeinrichtung ermöglicht werden, in Zukunft mehr Migrantinnen und Migranten zu gewinnen und sie davon zu überzeugen, von der privaten in die institutionelle Pflege zu wechseln. Die vorliegende Arbeit hat sowohl theoretisch als auch empirisch den klaren Hinweis darauf geliefert, dass auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund eingegangen werden muss.

In diesem Sinne bestätigt die vorliegende Ausarbeitung auch die Ansicht von Khan-Zvornicanin (vgl. Khan-Zvornicanin 2016: 269ff.), die in ihrer Diskussion zur kultursensiblen Altenhilfe darauf hinweist, wie wichtig die Beachtung und Kenntnisse der Kultur der zu pflegenden alten Menschen sind. Zugleich spricht sie an, dass es für Pflegeeinrichtungen als wirtschaftlich agierende Unternehmen unerlässlich scheint, sich der Fokusgruppe der Migrantinnen und Migranten als neue und zukünftige Kunden anzunehmen. Dazu ist es erforderlich, dass die Angebote der Pflege neue Bedarfe konstruieren und in die alltägliche Organisation mit aufnehmen. Wie diese Forderung von Khan-Zvornicanin praktisch umgesetzt werden kann, zeigen ansatzweise die oben genannten Handlungsempfehlungen. (Vgl. Khan-Zvornicanin 2016: 267ff.)

Auch die Forschungsarbeit von Rohstock (2014) unterstützt die im Rahmen der eigenen Arbeit und Empirie gefundenen Erkenntnisse. Am Beispiel von Türkinnen und Türken hat sie herausgearbeitet, dass die Lebensvorstellungen dieser Menschen in Deutschland und in der Türkei nicht deckungsgleich sind. Das Leben in Deutschland ist für sie eine Herausforderung in allen Bereich des Alltags und insbesondere für die Lebensphase des Alters. Aus dem Grund, dass nach Rohstock (2014) die Erwartungen der Türkinnen und Türken andere sind als die der Deutschen, muss von den deutschen Pflegeeinrichtungen darauf reagiert werden, wenn sie Türkinnen und Türken im Alter aufnehmen möchten.

Diese Forschungen bestätigen damit nicht nur die eigenen Ergebnisse, sondern betonen die Wichtigkeit des Themas, dass Rohstock in den folgenden Kernfragen zusammenfasst: „1. Wie sieht die Lebenssituation von älteren sunnitischen Türkinnen und Türken in Deutschland und in der Türkei aus? 2. Wie stellen sich die Alterungsprozesse und Altersbilder für die Untersuchungspersonen dar? und 3. gibt es migrationsbedingte Unterschiede? Wenn ja, wie sehen diese aus und wie stark sind sie ausgeprägt?“ (Rohstock 2014: 11)

Der Forschungsstand zu dieser Thematik ist insgesamt noch recht dünn und ein eher junges Forschungsfeld, was zu vielen noch offenen Fragen führt. Umso wichtiger ist es aber, dass in Theorie und Praxis gleichermaßen daran gearbeitet wird, diese Menschen an die institutionelle Pflege heranzuführen. Dieser Schritt ist schon für einheimische Ältere nicht leicht zu gehen, weshalb vonseiten der Einrichtungen vor allem durch (mehrsprachige) Information und das Signalisieren von akzeptierter Kultur durch das Unternehmen und das Pflegepersonal der Zugang vereinfacht werden muss.

## **8. Anhang**

An dieser Stelle der vorliegenden Ausarbeitung möchte ich die kompletten geführten Interviews zur Verfügung stellen, da im Rahmen der Auswertung nicht im Detail auf jede einzelne Antwort eingegangen werden kann. Somit möchte ich die Möglichkeit bieten, bei näherem Interesse am erhobenen Datenmaterial die Interviews einzeln einzusehen. Darüber hinaus geben sie insgesamt Aufschluss darüber, wie die befragten Personen als Experten des Themas denken und fühlen, worauf im Rahmen der Arbeit immer wieder eingegangen wird.

### **Befragte Person 1 (Verkürzung B1)**

#### **Interviewer In (Verkürzung I )**

I: ich werde Ihnen jetzt einige Fragen stellen und bitte Sie ganz entspannt diese zu beantworten, ohne Druck: Zuerst möchte ich nur wissen seit wann Sie in Österreich leben?

*B1(lacht) seit 1985 .Ähm ich bin gekommen als ich 38 Jahre alt war(..) ohne Familie, meine Frau und zwei Kinder sind in Bosnien geblieben. Ähm,ich wollte nicht lange bleiben, aber dann habe ich gearbeitet und Zeit ist weg , Jahre sind schnell weg und (...) ,dann kommt Krieg und meine Familie kommt nach Österreich*

I: Ist das ,das erste Mal, dass Sie an so einer Beratung bzw. einem Infonachmittag teilgenommen haben?

*B1(.) Ja ! Man will nicht, aber dann, ich denke Informationen sind gut, ich kann dann Plan machen.*

I:Wie haben Sie sich gefühlt als Sie das Haus oder den Raum betreten haben? Gibt es eine Begründung?

*B1: Komisch, ähm ich habe nicht gewusst, was mich heute hier erwartet (..)ich muss denken, wie geht es weiter (...)ich schlafe nicht, was sagen dann andere Leute...für meinen Kopf ist auch gut, das ich heute gesehen habe und gehört habe. (lacht) Leben ist nicht einfach, ich habe lange geschaut, was mache ich (..) Bosnien oder hier, aber meine Familie ist in Wien, meine Kinder, meine Frau ist vor 5 Jahren (.) gestorben.*

I: Wie war die Beratung die Sie bekommen haben?

*B 1:Mir ist wichtig konkrete Antwort zu bekommen, ähm die Person die ich gefragt habe, hat sich mit anderen ausgetauscht. Sie spricht auch meine Sprache(..),sie versteht meine Beweggründe.*

I: Welche Erwartungen haben Sie an Träger Institutionen bzw. Betreutes Wohnen(pensionisten Wohnheime)? Was muss umgesetzt werden,damit Sie sich mit den Angeboten identifizieren können?

*B1: Ich will mein Leben leben, Essen ist mir wichtig, ich esse nicht gerne was anderes (lacht), ich bin Bosnier,in Bosnien sehr wichtig gutes Essen.*

I:Wie haben Sie sich nach dem Infonachmittag gefühlt?

*B1: (..)ähm gut,viele Informationen,klarer.Jetzt kann ich für mich eine Entscheidung treffen. Menschen erzählen viel, aber wichtig ist zuerst zu sehen, zu hören.*

I: wie würden Sie den Satz beenden: Betreuung ist für mich

*B1: auf alles zu achten, wer ist der Mensch, woher kommt(lacht)*

---

I: Seit wann leben Sie in Österreich?

*Ich bin hier aufgewachsen, ich bin mit 8 Jahren gekommen und das war im Jahr 1975*

I: Ist das, das erste Mal, dass Sie an so einer Beratung bzw. einem Infonachmittag teilgenommen haben?

*B2: Ja (lacht)*

I:Wie haben Sie sich gefühlt als Sie das Haus oder den Raum betreten haben? Gibt es eine Begründung?

*Ähm. Gut , ich habe nicht viel überlegt , ich habe gehört, dass es einen Termin geben wird und ich bin gekommen , es geht nicht direkt um mich(...) Meine Eltern leben noch in Wien,bis vor kurzem sind sie gependelt wird aber mit der ZEIT immer schwieriger. Natürlich, ähm kommt man dann an ein Punkt, wo umdenken die Alternative ist. Ich habe mich heute gut aufgehoben gefühlt,dies ist wichtig,ich höre gerne auf meinen Bauch.*

I: Wie war die Beratung die Sie bekommen haben?

*B2: Ähm,was ich gesagt habe, würde aufgeschrieben. Ich habe viel gesprochen,meine Anregung zur Sprache gebracht. Für mich ist ein Thema Essen ähm,wird Rücksicht auf meine Herkunft genommen(..),ich esse gerne auch Spätzle,aber Sarma ist mir viel liebr. Ich denke es geht nicht nur mir darum, sondern vielen anderen Migranten auch.Auch wenn ich an meine Eltern denke (lacht ), meine Mutter ist sogar Nudeln mit Brot(lacht), es bringt es nicht ihr zu erklären, sie ist so gewöhnt und die Macht der Gewohnheit kann man nicht so schnell abschaffen*

I: Welche Erwartungen haben Sie an Träger Institutionen bzw. Betreutes Wohnen(pensionisten Wohnheime)? Was muss umgesetzt werde,damit Sie sich mit den Angeboten identifizieren können?

*Na ja , (...) eigentlich,dass was sich gesagt habe. Ich würde mir wünschen,dass ich oder meine Eltern so angenommen werden,wie sie sind ,ich habe große Angst vor Ausgrenzung.Mir persönlich geht es nicht darum parallel Gesellschaften zu bilden, sondern ,die Möglichkeit zu haben seine eigene Identität nicht aufgeben zu müssen (...) es soll doch möglich sein auch mal eine kulturelle Veranstaltung anzubieten, die auch die nicht deutsch sprechenden erreicht, oder bewegt , Klänge meiner Heimat ,ähm wenn sie wissen was ich meine..*

I:Wie haben Sie sich nach dem Infonachmittag gefühlt?

*B2: Verstanden, ernst genommen, es gibt einem Mut,motiviert die richtigen Schritte zu gehen*

I: wie würden Sie den Satz beenden: Betreuung ist für mich

*B2: ähm, die Wahrnehmung der Menschen, im Mittelpunkt*

---

Interview 3

I: Seit wann leben Sie in Österreich?

*B3: Seit dem Krieg in Jugoslawien, bin ich in Österreich, mittlerweile sind es 25 Jahre.*

I: Ist das, das erste Mal, dass Sie an so einer Beratung bzw. einem Infonachmittag teilgenommen haben?

*B3: Eigentlich schon*

I: Mit welchem Gefühl ?

*B3: (.) was soll ich sagen, ich gehe hier jeden Tag vorbei, ich habe mich bis heute nicht getraut zu kommen. Ich habe dann im Verein erfahren, das heute zum Thema ähm Wohnen, Alter Informationen geben wird. Ich bin ein wenig nervös gewesen. (lacht), ich habe zuerst Schluck Wasser getrunken. Die Jugend vergeht schnell, ähm, aber nach 25 Jahren nach Serbien zu gehen, ist keine Lösung, dort bin ich auch fremd. Hier habe ich mich eingelebt, ich liebe diese Ordnung hier, Ablauf, Termine(..) Verstehen Sie, obwohl ich relativ spät gekommen bin, ich war 40 Jahre alt, aber ich fühle mich hier zu Hause.*

I: Welche Erwartungen haben Sie an Träger Institutionen bzw. Betreutes Wohnen(pensionierten Wohnheime)? Was muss umgesetzt werden, damit Sie sich mit den Angeboten identifizieren können?

*B3: Ich habe heute viel gesehen, eine Wohnung, klein aber hier hat man alles. Es gefällt mir auch, dass hier im Haus eine Pflegestation gibt, ähm ich hoffe ich brauche nicht, aber ...*

*Ich spreche gut Deutsch, habe keine Probleme mit Verstehen oder rede, aber es ist gut wenn ich höre auch meine Muttersprache. Es ist viel Wert, wenn ich jemandem offen sagen kann was ich will, man fühlt sich sicher (..) geborgen, richtige Wort. Meine Religion ist mir wichtig, und diese Frau von heute(..) Sie versteht was ich meine wenn ich sage, das auch meine Religion, Musik aus meiner Heimat hier zu finden ist. Ich habe Respekt vor anderen Religionen, aber meine Feiertage sind mir auch wichtig (lacht), ich kann ihr das sagen, sie kommt aus meinem Land*

I: :Wie haben Sie sich nach dem Infonachmittag gefühlt?

*B3: Viel besser (lacht), ich habe Fragen gefragt, ich bekomme Antwort, wir sind gleich, wir verstehen uns*

I: :Wie haben Sie sich nach dem Infonachmittag gefühlt?

*B3: gegenseitiger Respekt, Respekt von anderen Kulturen ,wir sind nicht alle gleich, aber Mensch ist Mensch*

I: Ja, das stimmt, herzlichen Dank ! Hvala (BKS \_Danke)

Interview 4

I: Wie lange sind Sie in Österreich ?

*B4: 1971 kommen und arbeiten*

I: Ist das ,das erste Mal, dass Sie an so einer Beratung bzw. einem Infonachmittag teilgenommen haben?

*B4 : Bitte noch mal sagen, besser kroatisch reden*

I: Da li ste prvi put dosli na savjetovanje ? Sind Sie zum ersten Mal zu einer Beratung gekommen?

*B4: Da(..) zato sto je u udruzenju,a ja dodjem svaki vikend.*

*Ja,weil es hier im Verein ist und ich komme regelmäßig ,jedes Wochenende*

I: Kakav ste imali osjecaj dok je trajalo savjetovanje ? Was haben Sie für ein Gefühl gehabt

*B4 : Pa(..) to je cinjenica, nesto se mora mijenjati,nemaju djeca vise vremena ili nece , cudan je danasnji svijet,ähm. Ja sam mislio da ce moji sinovi voditi brigu o meni,ali vidim da rade,da trce,ne znam sta da ti kazem,tuzno je da,covjek mora a mora misliti .*

*Das ist ein Faktum, es muss sich in dieser Richtung etwas tun,Kinder haben keine Zeit oder wollen keine haben ,die heutige Welt ist komisch.Ich dachte meine Söhne werden sich um mich kümmern,aber ich sehe,die laufen hin und her, was soll ich dir sagen,es ist traurig,aber man muss daran denken.*

I: Welche Erwartungen haben Sie an Träger Institutionen bzw. Betreutes Wohnen(pensionisten Wohnheime)? Was muss umgesetzt werden,damit Sie sich mit den Angeboten identifizieren können?

Koja ocekivanje imate od starackih domove, koje usluge bi trebale da budu u ponudi?

*B4: ähm,pa sve je bitno.Zivim ja ovdje dugo,znam i taj jezik prosjecno,ali opet ja sam ja , nisam Franz i to ne mogu biti .Meni je bitno da mi dodje obitelj(..),da dobro jedem(lacht),sta*

*ima bolje od nase hrane. Mi imamo vise temperamenta,mi smo glasni,mi ne pricamo,mi se deremo,tome svemu treba prostora.(lacht ),vidis kako ja sad stobom pricam,a normalan je razgovoror. Pa bitno mi je da pogedam i nasu televiziju, pa i misa na mom jeziku.*

*Ähm,alles ist von Bedeutung. Ich lebe hier schon lange, spreche auch gebrochen Deutsch, aber ich bin trotzdem kein Franz und das kann ich auch nicht sein.Mir ist wichtig,dass meine Familie mich jederzeit besuchen kommen kann(..),gutes Essen(lacht),was gibt es besseres als unsere Küche. Wir sind ein temperamentvolles Volk,wir sind laut,wir reden so,und wir brauchen Raum für ds(lacht),schau wie ich mit dir rede,aber das Gespräch ist ganz gewöhnlich. Unser Fernsehprogramm ist mir wichtig , aber auch Messe in meiner Sprache*

I: :Wie haben Sie sich nach dem Infonachmittag gefühlt?

Kako ste se osjecali poslije ?

*B4: (...) sta da ti kazem, nisam odusevljen ali imam dovoljno godina da shvatim. Sve je ona lijepo pricala,ali hoce li to biti moguće. Volim ja i zajedništvo ali i uzajamno uvazavnje*

*Was soll ich dir sagen,ich bin nicht begeistert,aber ich bin alt genug um Verständnis zu haben.Sie hat alles schön erklärt,aber ist das alles realistisch? Ich bin tolerant und möchte aber auch gegenseitige Toleranz*

I: wie würden Sie den Satz beenden: Betreuung ist für mich

Kako bi dovršili ovu recenicu : Skrbništvo,njega je za mene

*B4: sto svi trebamo,mogućnost zajedništva, a ne podčinjesti*

*Etwas was wir alle brauchen,eine Möglichkeit Miteinander alt zu werden und nicht ein Gefüge*

I: Sie haben viel erzählt, dankeschön ! Mnogo ste ispricali,hvala lijepo

---

## Interview 5

I: Wie lange leben Sie in Österreich?

*B5 : Seit 28 Jahren*

I: Ist das, das erste Mal, dass Sie an so einer Beratung bzw. einem Infonachmittag teilgenommen haben?

*B5: Nein, ich bin aber gekommen weil eine Freundin kommen wollte.*

I: Wie haben Sie sich gefühlt als Sie das Haus oder den Raum betreten haben? Gibt es eine Begründung?

*B5: Etwas neues für mich, da ich ein oder zwei Mal Pflegeheime besucht habe, aber noch nie ein Pensionistenheim. Ich bin sehr kommunikativ und offen, besser gesagt neugierig, das nicht mich aus. Ich entdecke gerne neues, aber bewahre auch das Alte. So hat man mir beigebracht (lacht). Wissen Sie, ich bin ausgebildete Journalistin (lacht)*

I: Schön, dann verstehe ich umso bessere ihre Neugierde.

I: Wie war die Beratung die Sie bekommen haben?

*B5: professionell, ich habe gesehen, dass die Beraterin ein offenes Ohr hat, viel Geduld, hat uns die Fragen beantwortet, Wohnung gezeigt, Gast Haus gezeigt, Betreuungsangebote aber auch wie man eine Förderung bekommen kann. Dabei war sie freundlich(.), heute ist das keine Selbstverständlichkeit mehr.*

I: Wie haben Sie sich gefühlt als Sie das Haus oder den Raum betreten haben? Gibt es eine Begründung

*B5: Na ja, das ist immer ein ambivalentes Gefühl. Man sucht nach Möglichkeiten, ähm aber sich eigene Veränderung zu zustehen, diesen Schritt zu wagen, erfordert Mut ähm, leicht ist es nicht.*

I: Ich kann das nachvollziehen, natürlich ist keine leichte Entscheidung, aber ich würde gern wissen : Welche Erwartungen haben Sie an Träger Institutionen bzw. Betreutes Wohnen (pensionisten Wohnheime)? Was muss umgesetzt werden, damit Sie sich mit den Angeboten identifizieren können?

*B5: Prinzipiell bin ich ein sehr offener Mensch, wie ich sehe es gibt sehr viele gute Angebote, auch kulturelle, was mich besonders freut, aber ich denke und bin für multikulturelle Sachen eher, so bin ich aufgewachsen und so möchte ich sterben. Ich bin sehr gut hier integriert, aber ich kann mich nicht als Österreicherin identifizieren, dafür sind meine Wurzeln noch zu stark in mir verankert. Ich pflege gerne Kontakte, ich könnte nicht emotional ertragen, dass ich mich nur Anpassen muss, denn auch so wie ich jetzt lebe, ähm habe ich die Möglichkeit*

*Vielfalt zu leben (lacht), meine Freunde feiern am 24 Weihnachten, ich nicht aber ich feiere trotzdem mit(..), mir ist meine Hauspatron Feier wichtig, meine Fastenzeit ,dass musste man mir lassen(lacht)*

I: :Wie haben Sie sich nach dem Infonachmittag gefühlt?

*B5: Sehr gut,da ich etwas wichtiges erfahren habe. Ich habe gedacht,wenn man in so ein Haus einzieht ,darf man sich nicht mehr frei bewegen(lacht )ähm, aber ich bin aufgeklärt worden,solange man in der Lage ist,man kann kommen und gehen.Ich kann auch Besuch empfangen(lacht),in Serbien wir leben nicht gerne isoliert.*

I: Das freut mich und wünsche Ihnen alles Gute

---

Interview 6 und 7

I: Wie,schön auch ein Ehepaar ? Gleich zum Anfang würde ich gerne wissen wie lange Sie in Österreich sind?

*B:6 und 7 , wir sind seit 1982 in Österreich und davor waren wir fünf Jahre in Deutschland,München*

I: Ist das, das erste Mal, dass Sie an so einer Beratung bzw. einem Infonachmittag teilgenommen haben?

*B6 und 7 : Ja ,obwohl wir haben uns auch in Serbien umgeschaut*

I:Wie haben Sie sich gefühlt als Sie das Haus oder den Raum betreten haben? Gibt es eine Begründung?

*B6 und B7: Ähm,wir haben uns selbst dafür entschieden. Wir sind uns einig,ich denke(Gattin) es ist wichtig,ähm,das man sich selbst etwas suchen kann.*

I: Wie war die Beratung die Sie bekommen haben?

*B6 und 7: Wir sind zufrieden, wir leben über 30 Jahren in Österreich (..) zeit vergeht(..) einige Landsleute verstehen unsere Sichtweise nicht (lachen),aber es tut gut mit jemandem zu reden, der für unsere Situation ein offenes Ohr hat (...) natürlich schaue ich wohin (Gatte),wo habe ich ein Stück Heimt,wo darf ich sein.*

I: Welche Erwartungen haben Sie an Träger Institutionen bzw. Betreutes Wohnen(pensionisten Wohnheime)? Was muss umgesetzt werden, damit Sie sich mit den Angeboten identifizieren können?

*B6 und 7 Wir sind nicht zu Hause, das muss man wissen, man wird sich auch anpassen müssen, aber wenn wir ab und zu unsere Küche am Menüplan sehen, wird uns freuen. Unsere Kinder sind hier geboren und leben ein ganz anderes Leben, (.)aber wir sind als Gastarbeiter gekommen und geblieben,wir haben mitgelebt aber unsere Kultur beibehalten(lacht)*

*Wir feiern orthodoxe Weihnachten, eine Liturgie ist uns wichtig*

*Die Wohnung, ein doppelt Appartement haben wir gesehen. Wir haben davor uns auch bei FSW erkundigt,aber natürlich ist es besser vor Ort (..) ,es macht viel aus, alles zu sehen.*

I: Ich stelle immer zum Schluss noch diese Frage: wie würden Sie den Satz beenden: Betreuung ist für mich..

*B6 und 7 (...) lacht, nicht leicht, wir haben schon gesagt*

Okay, dann sage ich danke

---

Interview 8:

I: Schön, dass Sie geblieben sind. Ich werde Ihnen nicht viel Zeit in Anspruch nehmen?

Wie lange sind Sie schon in Österreich?

*B8: Seit meiner Geburt, also fast 40 Jahre (lacht)*

I: Ist das, das erste Mal, dass Sie an so einer Beratung bzw. einem Infonachmittag teilgenommen haben?

*B8: Ja, aber ich bin heute zufällig da und es trifft isch gut, weil ich eine sehr alte Tante habe.Sie wohnt im 3 Stock ohne Aufzug, bewegt sich kaum, ist nicht pflegebedürftig aber (..) braucht Unterstützung und ich habe selbe Familie*

I: Okay, verstehe!

I: Wie war die Beratung die Sie bekommen haben?

*B8: Die Beratung war gut, ich habe Antworten bekommen, ich weiß jetzt das nicht nur pflegebedürftige Menschen gefördert werden, ähm, davor habe ich das nicht gewusst*

I: Welche Erwartungen haben Sie an Träger Institutionen bzw. Betreutes Wohnen (pensionisten Wohnheime)? Was muss umgesetzt werden, damit Sie sich mit den Angeboten identifizieren können?

*B8: Ich kann jetzt nicht sagen, ich denke die Beratung war gut, aber sehen Sie in einem Verein Interview zu führen ist störend, es kommt ständig wer und das lenkt mich ab (...) wenn ich an meine Tante denke, sie versteht schlecht Deutsch, sie hat es nie richtig gelernt und sie wird vergesslich, ich schließe bald Demenz nicht aus (...), ähm das wird dein ein Problem, wie soll sie sich dann in einem Heim verständigen.*

I: Sie meinen, die Sprachbarriere könnte problematisch sein? In Pflegeheimen oder Seniorenheimen werden auch andere Sprachen gesprochen

I: Wie haben Sie sich nach dem Infonachmittag gefühlt?

*B8: Aufgeklärt, aber ich weiß nicht ob ich ein zweites Mal kommen kann oder werde, außer (...) ich würde bei Bedarf wiederkommen, aber nur dann wenn ich wirklich konkrete Fragen stelle, sowie heute, nur so zu kommen (...) ähm schwer zu sagen, ich wohne nicht in der Nähe*

## Quellenverzeichnis

Anderson, D. (2010): Demenz und Überleitung zwischen Krankenhaus und Pflegeeinrichtung. Eine gesundheitswissenschaftliche Analyse. LIT Verlag, Münster

Ballsieper, K. / Lemm, U. / Reibnitz, C. (2012): Überleitungsmanagement. Praxisleitfaden für stationäre Gesundheitseinrichtungen. Springer Verlag, Berlin / Heidelberg / New York

Bauer, Ulrich / Büscher, Andreas (Hrsg.) (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Bold, Stefanie / Deußen, Marina (2013): Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Rainer Hampp Verlag, München und Mering

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2017): 24-Stunden-Betreuung. URL:  
[https://www.sozialministerium.at/site/Pension\\_Pflege/Pflege\\_und\\_Betreuung/24\\_Stunden\\_Betreuung/](https://www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/24_Stunden_Betreuung/) (Stand 16.03.2017)

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2017): Alten und Pflegeheime. URL:  
[https://www.sozialministerium.at/site/Pension\\_Pflege/Pflege\\_und\\_Betreuung/Alten\\_und\\_Pflegeheime/](https://www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/Alten_und_Pflegeheime/) (Stand 16.03.2017)

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2017): Betreuende und pflegende Angehörige. URL:  
[https://www.sozialministerium.at/site/Pension\\_Pflege/Pflege\\_und\\_Betreuung/Betreuende\\_und\\_pflegende\\_Angehoerige/](https://www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/Betreuende_und_pflegende_Angehoerige/) (Stand 16.03.2017)

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2017): Demenz. URL:  
[https://www.sozialministerium.at/site/Pension\\_Pflege/Pflege\\_und\\_Betreuung/Demenz/](https://www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/Demenz/) (Stand 16.03.2017)

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2017): Hilfe und finanzielle Unterstützung. URL:  
[https://www.sozialministerium.at/site/Pension\\_Pflege/Pflege\\_und\\_Betreuung/Hilfe\\_Finanzielle\\_Unterstuetzung/](https://www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/Hilfe_Finanzielle_Unterstuetzung/) (Stand 16.03.2017)

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2017): Pflege und Betreuung. URL:

[https://www.sozialministerium.at/site/Pension\\_Pflege/Pflege\\_und\\_Betreuung/](https://www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/) (Stand 16.03.2017)

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2011): Abschlussbericht zur Studie `Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes`. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des BMG von Infratest Sozialforschung München. Berlin. URL:

[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht\\_zur\\_Studie\\_Wirkungen\\_des\\_Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_zur_Studie_Wirkungen_des_Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.pdf) (Stand: 22.03.2017).

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2015): Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Nürnberg.

URL:

[http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2013.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2013.pdf?__blob=publicationFile) (Stand: 23.03.2017).

Caritas Deutschland (2012): Pflege und Migration in Europa. In vielen Haushalten in Deutschland, in denen Menschen gepflegt werden, arbeiten Hilfskräfte aus Mittel- und Osteuropa. Was sind die Rahmenbedingungen für eine legale Beschäftigung? URL:

<https://www.caritas.de/fuerprofis/fachthemen/migration/pflege-und-migration-in-europa> (Stand: 23.03.2017).

Caritas Österreich (2017): Betreuung und Pflege alter Menschen. Positionspapier der Caritas.

URL:

[https://www.caritas.at/fileadmin/storage/global/document/Positionspapiere/positionspapier\\_pfleger.pdf](https://www.caritas.at/fileadmin/storage/global/document/Positionspapiere/positionspapier_pfleger.pdf) (Stand 16.03.2017)

Der Standard (2017): Neues Buch: Drei Viertel aller Demenz-Diagnosen sind falsch. Viele Anzeichen einer Demenz sind in Wahrheit Symptome anderer Erkrankungen oder die Folge von falsch dosierten Medikamenten. Ein neues Buch klärt Besorgte auf. URL:

<http://derstandard.at/2000050641317/Buch-Drei-Viertel-aller-Demenz-Diagnosen-sind-falsch> (Stand 14.3.2017)

Der Standard (2012): Wenn die Demenz-WG einer Tagesbetreuung weichen muss. Die Schließung einer Einrichtung in Wien-Liesing bringt Betroffene aus dem Gleichgewicht und

Angehörige zum Kopfschütteln. URL: <http://derstandard.at/1332323929744/Altenpflege-Wenn-die-Demenz-WG-einer-Tagesbetreuung-weichen-muss> (Stand 14.3.2017)

Der Standard (2012): Wer stirbt, will sich doch gut dabei fühlen. URL: <http://derstandard.at/1350259616126/Gerontologie-Altwerden-Demenz-Validation> (Stand 09.3.2017)

Deutmeyer, Melanie / Thiekötter, Andrea (Hrsg.) (2009): Herausforderungen, Trends und Potenziale im österreichischen Gesundheits- und Pflegemanagement. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien

Diakonie-Wissenschaftliches Institut (2016): Zukünftige Herausforderungen in der Pflege alter Menschen. URL: <http://www.dwi.uni-heidelberg.de/aktuelles/altenhilfe.html> (Stand 16.03.2017)

Dibelius, Olivia / Uzarewicz, Charlotte (2016): Pflege von Menschen höherer Lebensalter. W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Die Presse (2010): Experten: Zu viele Spitäler, zu wenig Geld für Pflege. Experten sprechen sich für einen Abbau der Spitalsbetten in Österreich aus. Außerdem gebe es zu viele Krankenhäuser. URL: [http://diepresse.com/home/politik/innenpolitik/571849/Experten\\_Zu-viele-Spitaeler-zu-wenig-Geld-fur-Pflege](http://diepresse.com/home/politik/innenpolitik/571849/Experten_Zu-viele-Spitaeler-zu-wenig-Geld-fur-Pflege) (Stand 15.03.2017).

Domenig, D. (2007): Transkulturelle Organisationsentwicklung. In: D. Domenig (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Huber Verlag, Bern, S. 341-268

Domenig, D. / Stauffen, Y. / Georg, J. (2007): Transkulturelle Pflegeanamnese. In: D. Domenig (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Huber Verlag, Bern, S. 301-322

Feil, Naomi / Klerk-Rubin, Vicki De (2005): Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. Ernst Reinhardt Verlag, München

Fries, Wolfgang / Lössl, Heliane / Wagenhäuser, Steffi (2007): Teilhaben! Neue Konzepte der NeuroRehabilitation – für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf. Mit Beiträgen von C. Bauer, S. Fischer, G. Lamprecht, N. Lojewski, K. Ortner, C. Petersen, C. Pott, M. Rehbein, I. Scholler, K. Schwenk-Eschenlohr, S. Seiler. Georg Thieme Verlag, Stuttgart

- Gibson, Robert (2000): Intercultural business communication. Cultures negotiating. Cornelsen, Berlin
- Gläser, Jochen / Laudel, Grit (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Glodny, S. / Razum, O. (2008): Verbesserung der häuslichen Pflege von türkischen Migranten in Deutschland. In: D. Schaeffer / J. Behrens / S. Görres (Hrsg.): Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung. Juventa Verlag, Weinheim, S. 132-152
- Grimm, Valerie (2014): Demenz und Demografischer Wandel. Herausforderungen für den Gesundheitssektor. Diplomatica Verlag, Hamburg
- Haberkern, Klaus (2009): Pflege in Europa. Familie und Wohlfahrtsstaat. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Habermann, M. (1997): Vom Umgang mit dem Fremden – Der Beitrag der Ethnologie zur Pflege. In: Transkulturelle Pflege, Curare Sonderband 10, S. 53-62.
- Hahl, Wolfgang (2015): Validation nach Naomi Feil – Einführung. URL: [http://www.lrasha.de/fileadmin/Dateien/Dateien/Buergerservice/Validation\\_nach\\_Naomi\\_Feil.pdf](http://www.lrasha.de/fileadmin/Dateien/Dateien/Buergerservice/Validation_nach_Naomi_Feil.pdf) (Stand 09.03.2017)
- Hähnig, Anne (2012): Wenn Migranten krank werden. Schlechte Pflege, Herr Doktor! Meist sind Angehörige und Pflegedienste schlecht vorbereitet, wenn Migranten alt und krank werden. Dabei sind Verständigungsschwierigkeiten nicht die einzigen Probleme. URL: <http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/wenn-migranten-krank-werden-schlechte-pflege-herr-doktor-11726802.html> (Stand 21.03.2017)
- Herzig-Walch, Gabriele / Jansen, B. (Hrsg.) / Karl, F. (Hrsg.) (2009): Kommunikation in der Pflege. Ein Ansatz zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenz von Pflegepersonal. Kasseler Gerontologische Schriften. Begründet von R. Schmitz-Scherzer, H. Radebold und W. Tokarski. Band 49. University Press, Kassel
- Hoefert, Hans W. / Härter, M. (2010): Patientenorientierung im Krankenhaus. Hogrefe Verlag, Göttingen

Hoffmeyer, Miriam / Süddeutsche Online (Hrsg.) (2012): Pflege Demenzkranker. Zeit für den Menschen. Spazieren gehen, puzzeln oder Regale abstauben: "Zusätzliche Betreuungskräfte" gehen auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten ein. URL:

<http://www.sueddeutsche.de/karriere/taetigkeit-in-der-altenpflege-pflege-demenzkranker-zeit-fuer-den-mensch-1.3243401> (Stand 14.3.2017)

Höfler, Sabine / Bengough, Theresa / Winkler, Petra / Griebler, Robert (Hrsg.) / Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) / Sozialministerium (Hrsg.) (2015): Österreichischer Demenzbericht 2014. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, Wien

Illklic, I. (2002): Der muslimische Patient. Medizinethische Aspekte des muslimischen Krankheitsverständnisses in einer wertpluralen Gesellschaft. LIT Verlag, Münster.

Immenschuh, Ursula / Scheele-Schäfer, Jutta / Spahn, Claudia (Hrsg.) (2005): Ambulante Pflege. Die Pflege gesunder und kranker Menschen. Band 2. Wissenschaftlich fundiertes Pflegehandeln bei ausgewählten Krankheitsbildern. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover

Khan-Zvornicanin, M. (2016): Kultursensible Altenhilfe? Neue Perspektiven auf Programmatik und Praxis gesundheitlicher Versorgung im Alter. Transkript Verlag, Bielefeld

Kohls, Martin (2015): Kurzdossiers. Zuwanderung, Flucht und Asyl: Aktuelle Themen.

Migration und Pflege – eine Einführung. URL:

<http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/211005/einfuehrung?p=all> (Stand 14.3.2017)

Kohls, Martin (2012): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Forschungsbericht 12. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. URL:

[https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb12-pflegebeduerftigkeit-pflegeleistungen.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb12-pflegebeduerftigkeit-pflegeleistungen.pdf?__blob=publicationFile) (Stand: 22.03.2017).

Kohls, Martin / Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) (2015): Migration und Pflege – eine Einführung. URL:

<http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/211005/einfuehrung> (Stand 14.3.2017)

Kolb, C. (2003): Nahrungsverweigerung bei Demenzkranken: PEG-Sonde – ja oder nein? Mabuse Verlag, Frankfurt am Main

Köther, Ilka (Hrsg.) (2011): Altenpflege. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Mamerow, Ruth (2015): Praxisanleitung in der Pflege. Springer Verlag, Heidelberg

Matthäi, Ingrid (2004): Die „vergessenen“ Frauen aus der Zuwanderergeneration. Zur Lebenssituation von alleinstehenden Migrantinnen im Alter. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Mette, Veit (2017): Pflegereport 2030. Die Versorgungslücke in der Pflege wächst. URL: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/pflege-vor-ort/projektthemen/pflegereport-2030/> (Stand 15.03.2017)

Meyer, Bernd (2014): Pflgetheorien und Demenz. Eine kritische Betrachtung der Modelle von Feil und Böhm. Disserta Verlag, Hamburg

Newerla, A. (2012): Verwirrte pflegen, verwirrte Pflege? Handlungsprobleme und Handlungsstrategien in der stationären Pflege von Menschen mit Demenz – eine ethnographische Studie. LIT Verlag, Berlin

Offenegger, Josef (2016): Herausforderungen im Gesundheitswesen Österreichs. Gesundheits- (Pflege-) Ökonomische Potenziale und Innovationen. Diplomica Verlag, Hamburg

Pohl, Carsten (2010): Der zukünftige Bedarf an Pflegearbeitskräften in Deutschland: Modellrechnungen für die Bundesländer bis zum Jahr 2020. In: Comparative Population Studies – Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, Jg. 35, Nr. 2, S. 357-378.

Prechtel, E. (2009): Interkulturelles Assessment Center. Prognosekraft für Auslandsentsendungen und multikulturelle Gruppen. Pabst Science Publishers, Lengerich

Rohstock, Nora (2014): Altersbilder und Lebenssituationen. Vergleichende Untersuchungen zu Türiinnen und Türiken in Deutschland und in der Türiek. Waxmann Verlag, Münster / New York

Römer, Jörg / Spiegel Online (Hrsg.) (2012): Clowns für Demente. Spaßmacher gegen das Vergessen. Lachen ist die beste Medizin: Ulrich Fey hat sich als Clown auf Menschen mit Demenz spezialisiert. Mit Schminke und roter Pappnase besucht er Pflegeheime, singt, rülpst

und weint. Dabei weckt er in vielen Bewohnern Emotionen, Erwartungen darf er allerdings keine haben. URL: <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/demenz-als-clown-in-der-altenpflege-a-868003.html> (Stand 15.03.2017)

Rothgang, Heinz / Müller, Rolf / Unger, Rainer (2013): BARMER GEK Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Rehabilitation und Pflege. Siegburg: Asgard-Verlagsservice. URL: [http://www.zes.uni-bremen.de/uploads/News/2013/131218\\_BARMER\\_GEK\\_Pflegereport\\_2013.pdf](http://www.zes.uni-bremen.de/uploads/News/2013/131218_BARMER_GEK_Pflegereport_2013.pdf) (Stand: 20.03.2017).

Peters, Freia (2008): Individualität macht Leben mit Demenz leichter. Demenzkranke Menschen brauchen eine besondere Fürsorge. Ein Altenheim in Rostock geht neue Wege: Die Senioren dürfen hier in ihrer eigenen Welt leben. Dabei spielen Körperpflege und Ordnung keine große Rolle. Viel wichtiger sind frühmorgendliche Putzaktionen, heimliche Romanzen – und eine Bushaltestelle. URL: <https://www.welt.de/politik/article2010169/Individualitaet-macht-Leben-mit-Demenz-leichter.html> (Stand 15.03.2017)

Schäufele, M. / Lode, S. / Hendlmeier, I. / Köhler, L. / Weyerer, S. (2008): Demenzkranke in der stationären Altenhilfe. Aktuelle Inanspruchnahme, Versorgungskonzepte und Trends am Beispiel Baden-Württembergs. Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Schauberger, M. (2009): Traditionen und Werte. URL: <https://gerontopsych.wordpress.com/2009/12/13/prinzipien-der-validation/> (Stand 09.03.2017)

Schimany, Peter / Rühl, Stefan / Kohls, Martin (2013): Ältere Migrantinnen und Migranten – Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven. Forschungsbericht 18. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. URL: [https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb18-aeltere-migranten.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb18-aeltere-migranten.pdf?__blob=publicationFile) (Stand: 22.03.2017).

Schlüter, Bernd / Frankfurter Allgemeine Zeitung Online (Hrsg.) (2015): Die Pflege der Zukunft. Herausforderungen an Gesellschaft, Wirtschaft und Staat. Eine verantwortliche Gestaltung der Pflege in der Zukunft ist zugleich eine Pflege unserer sozialen, rechtlichen und kulturellen Zukunft. URL: <http://www.faz.net/asv/50-plus-politik-und-pflege/die-pflege-der->

zukunft-herausforderungen-an-gesellschaft-wirtschaft-und-staat-12475287.html (Stand 15.03.2017)

Schneider-Schelke, H. (2007): Angehörige sind Partner – Demenzkranke im Krankenhaus. In: pflegen Demenz, Heft 3, 2. Jg., Friedrich Verlag, Seelze, S. 13-15

Schütze, A. / Osthus, J. (2014): Interkulturelles Training – Materialien und Übungen für den Einsatz in der Jugendarbeit im Sport.

[http://old.dsj.de/uploads/media/interkulturelles\\_training\\_2015.pdf](http://old.dsj.de/uploads/media/interkulturelles_training_2015.pdf). (Stand 08.03.2017)

Skawran, Michael (2009): Betreuung von Demenzkranken in der stationären Altenpflege. Eine Utopie? Diplomica Verlag, Hamburg

Sonntag, K. (2014): Versorgungskonzepte für Menschen mit Demenz: Praxishandbuch und Entscheidungshilfe. Springer Verlag, Heidelberg

Statistisches Bundesamt (2015): Pflegestatistik 2013, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile) (Stand: 19.03.2017).

Statistik Austria (2017): Statistiken. [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/index.html) (Stand 08.03.2017)

Strupeit, Steve / Fleischmann, Nina (Hrsg.) (2009): Pflegewissenschaftliche Schriften. Bremer Beiträge zur Berufspädagogik, Klinischen Pflegeexpertise und Familien- und Gesundheitspflege. BoD Verlag, Norderstedt

Vilgis, Thomas A. / Lendner, I. / Caviezel, R. (2015): Ernährung bei Pflegebedürftigkeit und Demenz. Lebensfreude durch Genuss. Springer Verlag, Wien

Volkshilfe Österreich (2009): Hohe Arbeitslosigkeit, aber viel zu wenig Pflege- und Betreuungskräfte. URL:[http://www.ots.at/presseaussendung/OTS\\_20090303\\_OTS0093/hohe-arbeitslosigkeit-aber-viel-zu-wenig-pflege-und-betreuungskraefte](http://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20090303_OTS0093/hohe-arbeitslosigkeit-aber-viel-zu-wenig-pflege-und-betreuungskraefte) (Stand 15.03.2017)

Werner, Burkhard (2011): Alter und Pflege – Herausforderungen an Gesellschaft und Gemeinden. Vortrag im Rahmen der Akademietage der Pallotiner Vallendar am 15. Januar 2011 an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar. URL:

[http://www.pthv.de/fileadmin/user\\_upload/PDF\\_Akademietage/PowerPoint\\_Vortrag\\_\\_Werner\\_01.pdf](http://www.pthv.de/fileadmin/user_upload/PDF_Akademietage/PowerPoint_Vortrag__Werner_01.pdf) (Stand 16.03.2017)

Wiener Rotes Kreuz (2016): Leistungsbereiche. Validation nach Naomi Feil. URL:  
<http://www.rotekreuz.at/wien/kurse-aus-weiterbildung/gesundheits-und-sozialbereich-gerontologie/validation-nach-naomi-feil/> (Stand 08.03.2017)