

Gesundheitsförderung mit älteren Migrantinnen und Migranten gestalten



Im Alter IN FORM-Handreichung
für die Seniorenarbeit



Inhalt

Vorwort	4
Franz Müntefering, Vorsitzender der BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V.	
Einleitung	5
1. Einstieg und Hintergrundinformationen	6
1.1 Gründe und Ziele der Handreichung	6
1.2 Ältere Migrantinnen und Migranten in Deutschland	8
1.3 Migrantenorganisationen	13
1.4 Ausgangssituation in Kommunen	15
1.5 Grundlagen der Gesundheitsförderung älterer Menschen mit Migrationshintergrund	17
2. Zugangsbarrieren wahrnehmen und abbauen	21
3. Relevante Akteurinnen und Akteure vor Ort identifizieren und vernetzen	25
4. Gesundheitsförderung älterer Migrantinnen und Migranten initiieren	30
5. Angebote planen und gestalten	33
6. Fördermöglichkeiten	39
7. Gute Praxisbeispiele	40
Anlagen	
1. Liste: Expertinnen und Experten	41
2. Liste: Migrantenorganisationen	42
3. Literaturliste	43
4. Liste: Zuständige Institutionen auf Bundesebene	45
Impressum	46

Vorwort



Franz Müntefering

Vorsitzender der BAGSO –
Bundesarbeitsgemeinschaft der
Seniorenorganisationen e.V.

Gute Gesundheitsförderung auch für ältere und alte Menschen, die nach Deutschland zugewandert sind.

Die BAGSO vertritt die Interessen der älteren Generationen. Wir haben 120 Mitgliedsverbände und aktive Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und sind uns sicher: die Arbeit lohnt sich und ist im Interesse des ganzen Landes und auch der nachwachsenden Generationen.

Unser Engagement mit und für ältere und alte Menschen schließt selbstverständlich auch die mit ein, die nicht in Deutschland geboren oder aufgewachsen sind, die aber irgendwann in ihrem Leben den Weg nach Deutschland nahmen und nun auch im Alter in unserem Land dazugehören, gleichwertig und gleichberechtigt. Zahlreiche von ihnen inzwischen mit deutscher Staatsangehörigkeit. Aber natürlich geprägt von ihrem früheren Leben und diesem noch mehr oder weniger verbunden.

Auch die Zugewanderten selbst sind vielfältig in ihrer Herkunft und ihren Lebensweisen und im guten Sinne bunt, ein guter Teil unserer Bevölkerung.

Seit den 1950er Jahren luden wir Deutschen Menschen aus anderen Ländern ein, auf Zeit oder auf Dauer nach Deutschland zu kommen und bei der Entwicklung mitzuhelfen. Zuerst verstanden sich die meisten als Gastarbeiterinnen und Gastarbeiter, die irgendwann in ihre Heimatländer zurück wollten. Immer mehr blieben hier, hatten ihre Familien hier und sind hier älter und alt geworden. Manche mit ihrer Lebensweise unauffällig integriert, andere pflegen ihre Traditionen und Eigenheiten. So wie es das bei Bürgerinnen und Bürgern aus anderen Kulturregionen Deutschlands auch vielfach gibt.

Für die nächsten zwanzig bis dreißig Jahre sollten wir in Deutschland mit einer demografischen Zuspitzung rechnen. Wir sind unterjüngt und daraus ergeben sich Konsequenzen für den Sozialstaat, auch für die Gesundheitsförderung im Ganzen. Im Älterwerden spielen Gesundheitsvorsorge und -fürsorge eine wichtige Rolle. Die teils besondere Situation der heute älteren und alten zugewanderten Menschen müssen wir dabei auch im Blick haben. Dazu gibt es Anregungen und Erfahrungen, Informationen und praktische Beispiele, Hilfen für Betreuung und Pflege. Das finale Stück Leben, das Sterben gehört dazu.

Wir suchen den Austausch und freuen uns auf Gespräche und hilfreiches Miteinander.

Einleitung

Die BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V. unterstützt seit vielen Jahren Verantwortliche in der Seniorenarbeit aus Politik, Verwaltung und Zivilgesellschaft bei der Verbesserung der Angebote zur Förderung des Wohlbefindens und der Lebensqualität älterer Menschen. Dies erfolgt im Rahmen eines Projektes unter dem Dach von **IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung** durch Bildungsmaßnahmen und Beratungen auf kommunaler Ebene. Das BAGSO-Projekt Im Alter IN FORM wird gefördert vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft. Insbesondere in Kommunen, in die bereits seit den 1960er Jahren viele Menschen u. a. im Rahmen der sogenannten Gastarbeitermigration zugewandert sind, besteht ein hoher Handlungsbedarf, um die Gesundheit der älteren Generation der Zugewanderten zu fördern. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend stellt fest: „Die Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund, die 65 Jahre und älter sind, wächst stetig: Von rund 1,5 Millionen im Jahr 2013 wird ihre Zahl voraussichtlich auf 2,8 Millionen bis Anfang der 2030er Jahre steigen. Als eine für unsere Gesellschaft zunehmend dringlicher werdende Aufgabe muss sich mit spezifischen Bedarfen und Bedürfnissen älterer zugewanderter Menschen auseinandergesetzt werden.“¹

Es gibt bereits eine Vielfalt an Erfahrungen von Trägern und Verantwortlichen der Seniorenarbeit, die oftmals in Zusammenarbeit mit lokalen Migrantenvereinen auf kommunaler Ebene Angebote für ältere Migrantinnen und Migranten durchführen. Jedoch nimmt mit Blick auf diese wachsende Zielgruppe der Bedarf an Unterstützungsangeboten und speziell an Maßnahmen zur Förderung ihrer Gesundheit deutlich zu. Dabei wird von den Verantwortlichen nach sinnvollen Wegen gesucht, auf welche Weise eine Brücke zur Zielgruppe der älteren Migrantinnen und Migranten gebaut werden kann. Die BAGSO möchte mit dieser Handreichung, basierend auf den Erkenntnissen eines Workshops mit Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis sowie vorhandener Fachliteratur und Erfahrungsberichte, spezielle Aspekte der Gesundheitsförderung älterer Menschen mit Migrationshintergrund aufgreifen und Anregungen für die Praxis aufzeigen.

Wir danken den Teilnehmenden des Expertenworkshops (s. Anlage 1) und insbesondere der Autorin Dr. Elke Olbermann, Forschungsgesellschaft für Gerontologie, Dortmund, für ihre engagierte Mitwirkung.

¹ www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/aeltere-migrantinnen-und-migranten-unterstuetzen/108962?view=DEFAULT

1.

Einstieg und Hintergrundinformationen

➔ **Ältere Migrantinnen und Migranten werden von Angeboten zur Förderung ihres Wohlbefindens und ihrer Lebensqualität weitaus seltener erreicht als ältere Menschen ohne Migrationshintergrund.**

1.1. Gründe und Ziele der Handreichung

Ältere Migrantinnen und Migranten² haben ebenso Anspruch auf Förderung ihres Wohlbefindens und ihrer Lebensqualität wie alle anderen Bürgerinnen und Bürger in den Kommunen. Allerdings werden sie von entsprechenden Angeboten weitaus seltener erreicht als ältere Menschen ohne Migrationshintergrund. Grund hierfür ist nicht ein geringerer Bedarf. Vielmehr ist das Gegenteil der Fall: Ältere Eingewanderte sind überdurchschnittlich häufig von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Gefährdungen betroffen, sodass sie in besonderer Weise auf Maßnahmen der Gesundheitsförderung angewiesen sind und in hohem Maße davon profitieren könnten. Die Gründe für die bislang geringe Inanspruchnahme sind vielfältig. Sie hängen sowohl mit biografischen und aktuellen Erfahrungen und Lebensbedingungen zusammen, die häufig durch Benachteiligungen sowie Diskriminierung geprägt sind, als auch mit Angeboten und Strukturen, die die kulturellen und sozialen Bedürfnisse vieler älterer Migrantinnen und Migranten nicht angemessen berücksichtigen. Kommunen, Verantwortliche sowie Akteurinnen und Akteure sind damit gefordert, auf eine gleichberechtigte Teilhabe von älteren Einwohnerinnen und Einwohnern mit Migrationshintergrund im Bereich der Gesundheitsförderung hinzuwirken. Die BAGSO-Im Alter IN FORM-Handreichung will mit grundlegenden Informationen und praktischen Hinweisen dazu beitragen, die Diskrepanz zwischen hohem Bedarf und geringer Inanspruchnahme von gesundheitsfördernden Maßnahmen zu überwinden und damit die Chancen von älteren Migrantinnen und Migranten für mehr Wohlbefinden und Lebensqualität zu erhöhen.

Die Zielsetzungen dieser Broschüre sind in komprimierter Form:

- Impulse zu geben für die Gesundheitsförderung älterer Menschen mit Migrationshintergrund,
- für die Dringlichkeit des Themas Gesundheitsförderung älterer zugewanderter Menschen zu sensibilisieren,
- zur Förderung der Teilhabe älterer Migrantinnen und Migranten zu motivieren,
- die Einbindung von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte als Akteurinnen und Akteure voranzubringen,

² Die Begriffe „Migrantinnen und Migranten“, „Zugewanderte/Eingewanderte“, „Menschen mit Migrationshintergrund/-geschichte/-biografie“, „Menschen mit Zuwanderungsbiografie/-geschichte“ werden in der vorliegenden Handreichung synonym verwendet. Gemeint sind Menschen, die selbst oder deren Vorfahren nach Deutschland zugewandert sind, unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit.

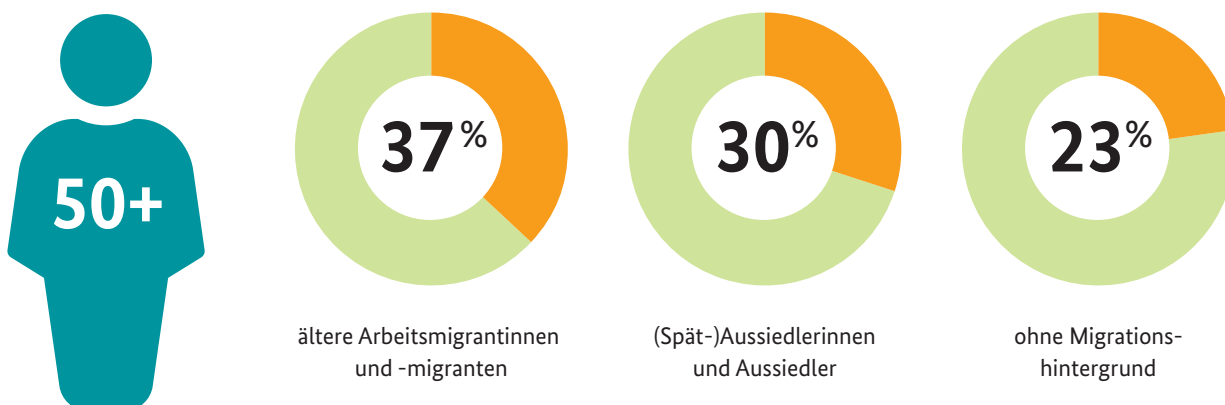
1. Einstieg und Hintergrundinformationen

- Hinweise aufzuzeigen, was bei der Gesundheitsförderung von älteren Migrantinnen und Migranten beachtet werden sollte,
- Hilfestellung zu bieten zum Auf- und Ausbau von gesundheitsfördernden Angeboten in Kooperation mit Partnern sowie Ehren- und Hauptamtlichen vor Ort,
- eine Argumentationshilfe bereitzustellen zur Überzeugung von Verantwortlichen in der Seniorenarbeit.

Umfassende Informationen zur Frage, wie auf kommunaler Ebene in Kooperation möglichst vieler Träger sowie Akteurinnen und Akteure gemeinsam die Gesundheitsförderung älterer Menschen generell im Sinne des Gesundheitsziels „Gesund älter werden“ verbessert werden kann, sind auf der Internetseite insbesondere in den Im Alter IN FORM-Qualitätsbausteinen www.im-alter-inform.de zusammengestellt. Für vertiefende Informationen zum Thema ältere Migrantinnen und Migranten verweisen wir auf die beigefügte Literaturliste (s. Anlage 2).

Den Ergebnissen einer Sonderauswertung des Sozioökonomischen Panels 2013 zufolge „leben 37 % der älteren Arbeitsmigrantinnen und -migranten und 30 % der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler (50 +) mit großen gesundheitlichen Sorgen, in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund sind es nur 23 %.“ (Hoffmann & Romeu Gordo 2016, S. 72).

Abbildung: Leben mit großen gesundheitlichen Sorgen

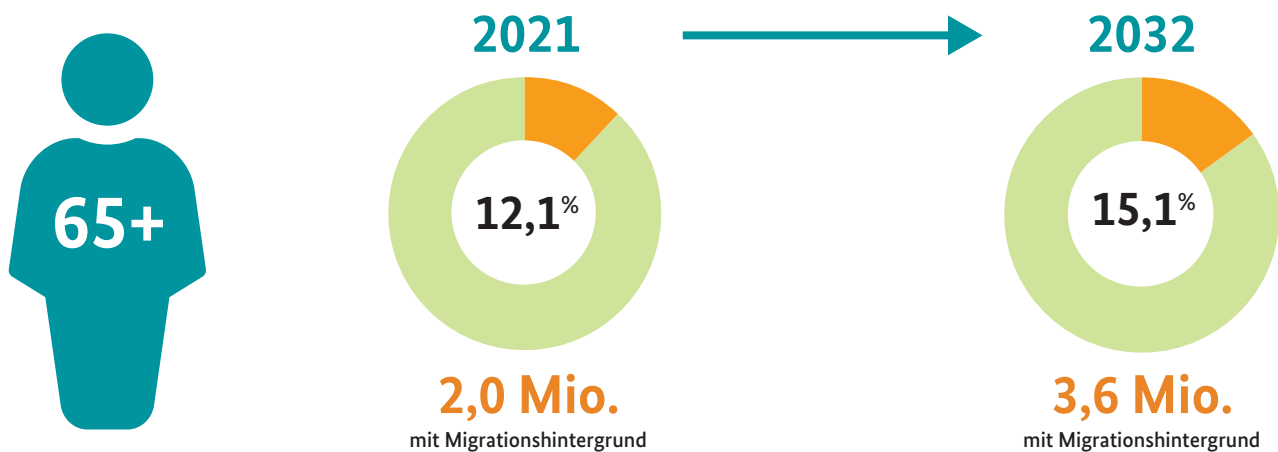


1.2. Ältere Migrantinnen und Migranten in Deutschland

Altersstruktur

Im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung ist die Altersstruktur der Migrantenbevölkerung insgesamt jünger. Aber auch bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist ein Alterungsprozess erkennbar, der sich in den nächsten Jahren fortsetzen wird. Derzeit leben ca. zwei Millionen eingewanderte Menschen im Alter von 65 Jahren und älter in Deutschland.³ Das heißt: fast jede/r achte in der Bevölkerung 65+ hat einen Migrationshintergrund (12,1 Prozent). Der absolute und der relative Anteil älterer Migrantinnen und Migranten werden weiter steigen. Modellrechnungen zufolge werden im Jahr 2032 in der über 65-jährigen Bevölkerung ca. 3,6 Millionen bzw. 15,1 Prozent einen Migrationshintergrund aufweisen.⁴

Abbildung: Anteil der 65-jährigen und älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund



Lebenslagen und Versorgung

Grundsätzlich gilt, dass die ältere Migrantenbevölkerung sehr heterogen ist. Unterschiede in den Herkunftskontexten, den Migrationsmotiven, der Aufenthaltsdauer, den Lebensumständen und Erfahrungen im Einwanderungsland schlagen sich in einem weiten Spektrum von Lebenslagen und

³ www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/migrationshintergrund-alter.html

⁴ Kohls, M. (2012). Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel, Forschungsbericht 12, Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge

1. Einstieg und Hintergrundinformationen

Lebensstilen nieder. Ältere Migrantinnen und Migranten werden mit ähnlichen Herausforderungen und kritischen Lebensereignissen im Alter konfrontiert wie einheimische ältere Menschen. Trotz vieler Gemeinsamkeiten gibt es aber auch Unterschiede und Besonderheiten, die bei kommunalen Planungs- und Gestaltungsprozessen berücksichtigt werden sollten.

Die ältere Migrantenbevölkerung setzt sich mit Blick auf die Herkunftsländer und die Hintergründe der Zuwanderung nach Deutschland aus sehr unterschiedlichen Gruppen zusammen. Die größten Gruppen sind Arbeitsmigrantinnen und -migranten aus den ehemaligen Anwerbeländern und (Spät-)Aussiedlerinnen und -aussiedler. Hinzu kommen in deutlich geringerer Zahl Migrantinnen und Migranten aus der EU (ohne Anwerbeländer) und die sehr heterogene Gruppe sonstiger Zugewanderte, zu denen vor allem Geflüchtete und Asylsuchende gehören.

Abbildung: Zusammensetzung der älteren Bevölkerung (65+) mit eigener Migrationserfahrung

18%

Sonstige Migrantinnen und Migranten, u.a. Geflüchtete und Asylsuchende, aus einer großen Zahl von Ländern der übrigen Welt

32%

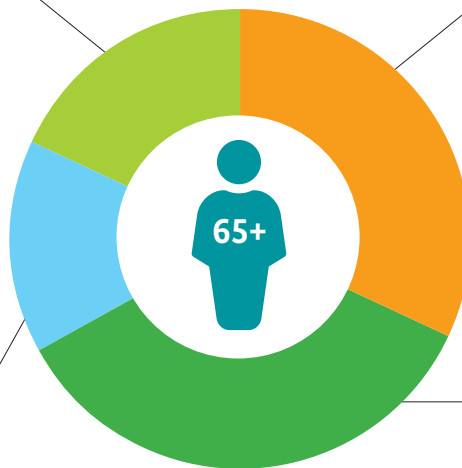
(Spät-)Aussiedlerinnen und -aussiedler aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion bzw. ab 1991 aus deren Nachfolgestaaten und aus weiteren osteuropäischen Staaten, insbesondere Polen und Rumänien

15%

Migrantinnen und Migranten aus der EU (ohne die Länder mit früheren Anwerbeabkommen)

35%

Arbeitsmigrantinnen und -migranten aus Gastarbeiteranwerbestaaten (Italien, Spanien, Griechenland, Türkei, Marokko, Portugal, Tunesien, ehem. Jugoslawien und Südkorea)



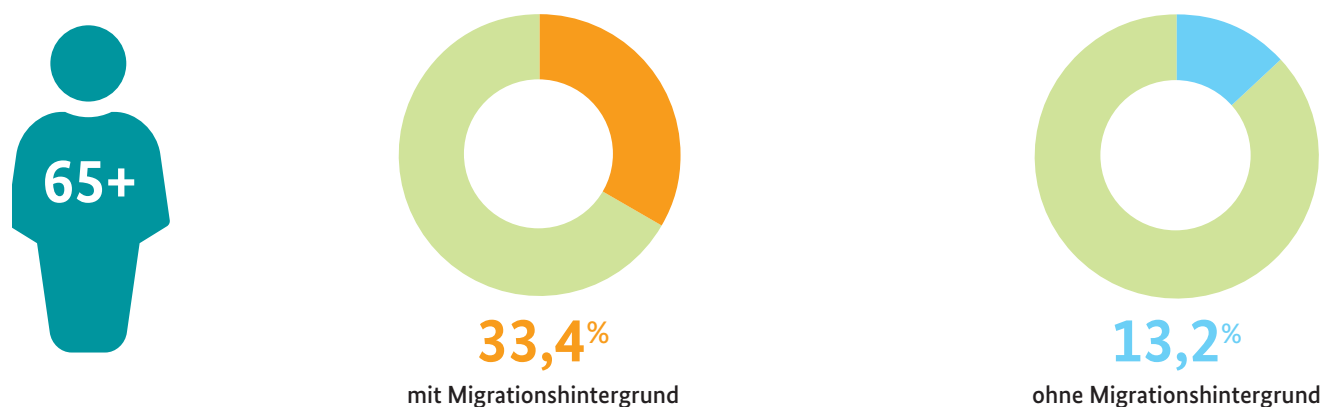
Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020, eigene Berechnungen

Es gibt zum Teil deutliche Unterschiede von Lebenslagen sowohl innerhalb als auch zwischen den verschiedenen Gruppen älterer Menschen mit Migrationshintergrund. Insgesamt gilt jedoch, dass sich das Zusammenwirken von alters- und migrationsspezifischen Faktoren in spezifischen Bedarfen und Bedürfnissen älterer zugewanderter Menschen niederschlägt.

Soziale Benachteiligungen und Risiken

Ältere zugewanderte Menschen verfügen im Vergleich zur älteren einheimischen Bevölkerung über durchschnittlich niedrigere Einkommen und weisen ein deutlich höheres Armutsrisiko auf. Die Armutsgefährdungsquote lag 2019 bei den 65-jährigen und älteren Migrantinnen und Migranten bei 33,4%. Sie war damit um das 2,5-fache höher als bei den Gleichaltrigen ohne Migrationshintergrund (13,2%).⁵

Abbildung: Armutsgefährdungsquote der 65-jährigen und älteren Bevölkerung, 2019



Auch die Wohnsituation älterer Migrantinnen und Migranten ist im Vergleich zur einheimischen älteren Bevölkerung im Durchschnitt ungünstiger. Sie leben häufiger in schlecht ausgestatteten und wenig altengerechten bzw. nicht barrierefreien Wohnungen sowie in sozial benachteiligten Stadtteilen. Ihre Wohnungen sind durchschnittlich kleiner und haben seltener einen Balkon, Garten oder eine Terrasse.

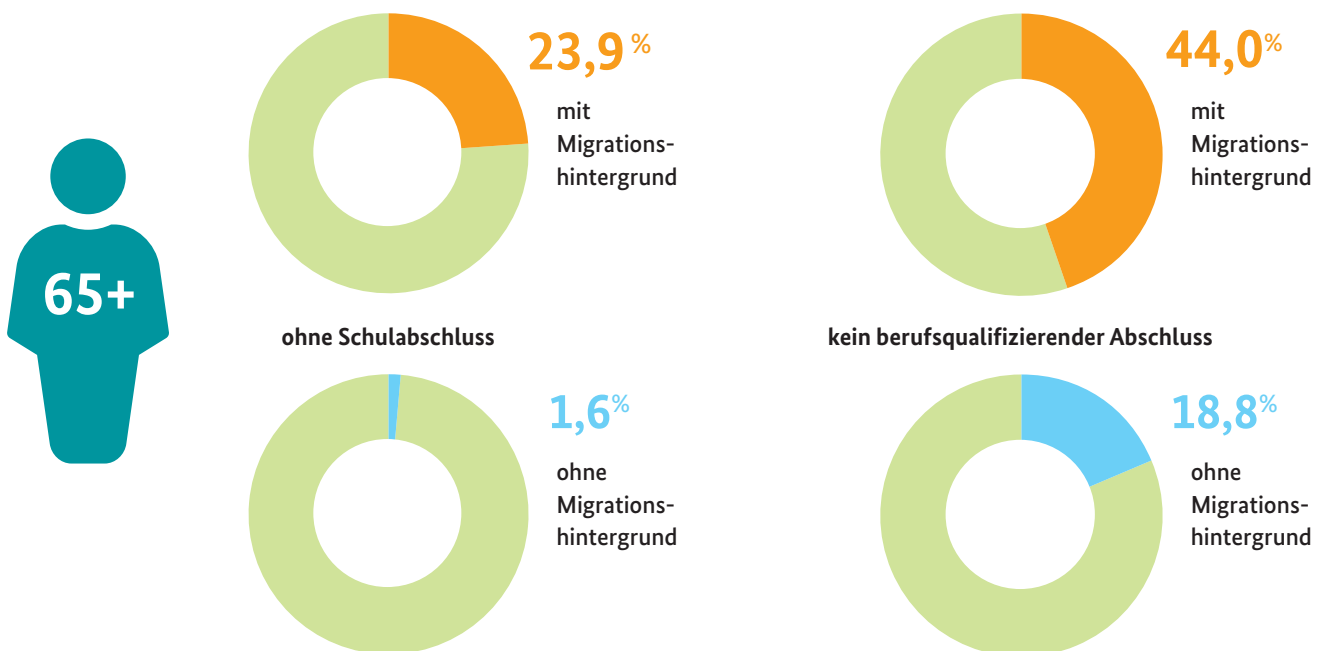
Zu berücksichtigen ist zudem, dass viele zugewanderte Ältere in ihren Herkunftsländern nur geringe Bildungschancen hatten und im Rahmen der Anwerbemaßnahmen der 1950er und 1960er Jahre hauptsächlich

⁵ Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020, eigene Berechnungen
www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/Downloads-Migration/migrationshintergrund-2010220197004.pdf?__blob=publicationFile

1. Einstieg und Hintergrundinformationen

Arbeitskräfte für Tätigkeiten mit niedrigen Qualifikationsanforderungen gesucht wurden. So haben die 65-Jährigen und Älteren mit Migrationshintergrund wesentlich häufiger keinen Schulabschluss (23,9 %) und/oder keinen berufsqualifizierenden Abschluss (44,0 %) als die Gleichaltrigen ohne Migrationshintergrund (1,6 % bzw. 18,8 %).⁶

Abbildung: 65-Jährige und Ältere ohne Schulabschluss oder ohne berufsqualifizierenden Abschluss nach Migrationshintergrund, 2019



Die Deutschkenntnisse sind bei einem erheblichen Teil der älteren zugewanderten Menschen eher gering. Mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben reduzieren sich die Kontakte zum deutschen Umfeld und infolgedessen nehmen die Sprachkenntnisse im Alter weiter ab.

→ Die Deutschkenntnisse sind bei einem erheblichen Teil der älteren zugewanderten Menschen eher gering.

Des Weiteren sind ältere Zugewanderte aufgrund vielfach ungünstiger Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie migrationspezifischer psychischer Belastungen in besonderem Maße von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen. Dies zeigt sich u. a. in einem früheren Auftreten von chronischen und Mehrfacherkrankungen. Ältere Menschen mit Migrationshintergrund bewerten ihren Gesundheitszustand im Durchschnitt auch subjektiv schlechter als gleichaltrige Einheimische.

⁶ Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020, eigene Berechnungen
https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/Downloads-Migration/migrationshintergrund-2010220197004.pdf?__blob=publicationFile

Potenziale und Ressourcen

Charakteristisch für die Lebenslagen älterer Menschen mit Migrationshintergrund sind aber nicht nur besondere Probleme und Risiken, sondern auch spezifische Ressourcen und Potenziale. Die heute älteren Eingewanderten wurden im Laufe ihrer Migrationsgeschichten mit vielfältigen Herausforderungen konfrontiert. In der Auseinandersetzung damit haben sie Fähigkeiten, Strategien und Strukturen entwickelt, die es ihnen ermöglichen, sich ein neues Leben in Deutschland aufzubauen. Um die oft schwierigen Bedingungen zu meistern, haben Angehörige der ersten Generation Strukturen migrantischer Selbstorganisation und Selbsthilfe aufgebaut und sind zum Teil bis heute dort aktiv.⁷ Migrantenorganisationen und ethnische Communities erfüllen für die inzwischen älteren Eingewanderten auch gegenwärtig noch wichtige Teilhabe- und Unterstützungsfunktionen.

➔ **Auch wenn die Sprach- und Bildungsressourcen der ersten Einwanderergeneration häufig gering sind, sollte nicht vernachlässigt werden, dass es durchaus ältere Migrantinnen und Migranten gibt, die über gute Deutschkenntnisse und höhere Bildungs- bzw. Berufsabschlüsse verfügen.**

Auch wenn die Sprach- und Bildungsressourcen der ersten Einwanderergeneration häufig gering sind, sollte nicht vernachlässigt werden, dass es durchaus ältere Migrantinnen und Migranten gibt, die über gute Deutschkenntnisse und höhere Bildungs- bzw. Berufsabschlüsse verfügen. Oft bringen sie ihre Kompetenzen als Vermittler und Multiplikatoren im Gemeinwesen ein und stellen somit wichtige Verbindungen zur deutschen Mehrheitsgesellschaft her.⁸ Modellprojekte und Praxiserfahrungen verweisen zudem auf ein insgesamt hohes informelles Engagement der älteren Migrantenbevölkerung im familiären und nachbarschaftlichen Umfeld.

Die Familie ist eine zentrale Ressource für viele ältere zugewanderte Menschen. Der intergenerationale Zusammenhalt und die Unterstützungsbereitschaft sind in Migrantenfamilien in der Regel groß und häufig findet ein intensiver Hilfeaustausch zwischen den Generationen statt.

Eine weitere migrationsspezifische Ressource stellt das Pendeln zwischen Herkunfts- und Aufnahmeland dar. Diese Form der aktiven Lebensgestaltung im Alter ermöglicht es zugewanderten älteren Menschen, Beziehungen zu beiden Ländern aufrechtzuerhalten und somit ihre Lebensqualität zu verbessern.

7 M. Alisch, M. May: Selbstorganisation und Selbsthilfe älterer Migranten, in: Aus Politik und Zeitgeschichte 4 - 5/2013

8 B. Rürup, B. Sentürk (Hrsg.): Mittenmang. Bürgerschaftliches Engagement – Zuwanderung – Alter. 20 Porträts, Bonn 2011.

Versorgungslage

Ältere Migrantinnen und Migranten profitieren hiervon jedoch in unterschiedlichem Maße. Insbesondere alleinstehende und sozial zurückgezogen lebende ältere Eingewanderte können kaum auf entsprechende Ressourcen, ethnisch-familiale Netzwerke und selbstorganisierte Hilfestrukturen zurückgreifen. Zudem geraten informelle Unterstützungssysteme bei umfassenden und komplexeren Hilfebedarfen in materieller, zeitlicher und fachlicher Hinsicht schnell an ihre Grenzen. Ältere Eingewanderte benötigen dann ebenso wie ältere Einheimische ergänzende professionelle Hilfen und öffentliche Unterstützungsangebote, die an ihren jeweiligen Bedürfnissen ausgerichtet sind.

Ältere zugewanderte Menschen haben jedoch häufig nur beschränkte Zugänge zu Leistungen und Angeboten des Sozial- und Gesundheitswesens. Diesbezüglich ist ein weites Spektrum von sprachlichen, kulturellen, sozialen, finanziellen, rechtlichen und strukturellen Hindernissen zu berücksichtigen. Nicht zuletzt die unzureichende Beachtung der z.T. spezifischen Bedürfnisse, Erfahrungshintergründe und Lebenslagen von Migrantinnen und Migranten ist eine wesentliche Ursache für die nach wie vor geringe Inanspruchnahme von Einrichtungen und Diensten der Regelversorgung, insbesondere im Bereich der Altenhilfe.

Insgesamt gehören ältere Migrantinnen und Migranten zu den sogenannten besonders vulnerablen Gruppen, da bei ihnen vermehrt mehrere Benachteiligungen und Beeinträchtigungen zusammen auftreten.

1.3 Migrantenorganisationen

In Deutschland gibt es viele Organisationen, die von Menschen mit Migrationshintergrund getragen werden. So vielfältig wie die Migrantengemeinschaften selbst, so bunt und umfassend sind auch die Migrantenorganisationen aufgestellt.

Als Migrantenorganisationen oder Migrantenselbstorganisationen werden in Deutschland Zusammenschlüsse bezeichnet, die überwiegend von Zugewanderten gegründet wurden und deren Mitgliederinnen und Mitglieder überwiegend Migrantinnen und Migranten sind. Entstanden sind sie im Laufe der über 60-jährigen Einwanderungsgeschichte der Bundesrepublik vor allem aus dem Bedürfnis heraus, die gesellschaftliche Teilhabe von zugewanderten Menschen zu erhöhen.⁹

➔ **Insgesamt gehören ältere Migrantinnen und Migranten zu den sogenannten besonders vulnerablen Gruppen, da bei ihnen vermehrt mehrere Benachteiligungen und Beeinträchtigungen zusammen auftreten.**

⁹ <https://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/158870/was-sind-migrantenselbstorganisationen>

➔ **Migrantenorganisationen engagieren sich im Jugendbereich ebenso wie in der Erwachsenenbildung, können sportlich aktiv sein oder die Sprachförderung im Fokus haben.**

Die als Migrantenorganisation betitelten Vereine, Verbände, Gruppen und Netzwerke weisen eine große Heterogenität mit Blick auf Aufgaben, Ziele, Größe und Organisationsgrad auf. Sie engagieren sich im Jugendbereich ebenso wie in der Erwachsenenbildung, können sportlich aktiv sein oder die Sprachförderung im Fokus haben. Manche Migrantenorganisationen sind stark auf ihr Herkunftsland fixiert, andere haben vielmehr die hiesige Gesellschaft im Blick. Immer mehr Organisationen sind inzwischen multikulturell geprägt.

Die meisten Migrantenorganisationen sind auf lokaler Ebene als Verein engagiert. Sie arbeiten in der Regel ehrenamtlich, der Anteil mit hauptamtlichem Personal nimmt aber zu. In einigen Kommunen und Regionen schließen sich Migrantenorganisationen zu lokalen Netzwerken (auch Verbände) zusammen und bekennen sich zu einem herkunfts- und kulturübergreifenden, säkularen, parteipolitisch neutralen, demokratischen Zusammenarbeiten. Darüber hinaus gibt es einige bundesweite Dachverbände.

Migrantenorganisationen und Seniorenarbeit

Für viele ältere Angehörige der ersten Generation waren die ethnischen Communities – neben den Familien – von Anfang an die zentralen Bezugssysteme. Allerdings sind nicht alle älteren Zugewanderten in Migrantenorganisationen eingebunden und manche haben auch nur geringe Bezüge zur jeweiligen Herkunftsgruppe. Häufig erfüllen die ethnischen Strukturen und Netzwerke jedoch wichtige Vermittlungs- und Brückenfunktionen. Migrantenorganisationen können als Vermittler fungieren und somit Zugänge zur deutschen Mehrheitsgesellschaft und zu den für eine selbstbestimmte Lebensführung im Alter erforderlichen allgemeinen Unterstützungsangeboten und Versorgungsleistungen schaffen. Inwieweit sie diese Funktion tatsächlich wahrnehmen (können), hängt u. a. vom Selbstverständnis, der primären Zielausrichtung, dem Vernetzungsgrad und den personellen Ressourcen der jeweiligen Migrantenorganisation ab.

Migrantenorganisationen sind in der Regel in mehreren Engagementfeldern aktiv. Die Bereiche Seniorenarbeit und Gesundheit werden von ihnen bislang relativ selten adressiert und spielen in ihren Aktivitäten eine eher untergeordnete Rolle. In einer aktuellen Untersuchung gaben knapp 10% bzw. 8% der Migrantenorganisationen an, dass die Seniorenarbeit bzw. der Bereich Gesundheit zu den fünf Aktivitätenfeldern gehört, in denen sie am häufigsten Angebote machen.¹⁰

¹⁰ Forschungsbereich beim Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR-Forschungsbereich) 2020: Vielfältig engagiert – breit vernetzt – partiell eingebunden? Migrantenorganisationen als gestaltende Kraft in der Gesellschaft, Berlin.

1. Einstieg und Hintergrundinformationen

Für eine effektive und nachhaltige Seniorenarbeit mangelt es den Migrantenorganisationen oft an den notwendigen finanziellen, personellen und räumlichen Ressourcen. Teilweise sind auch die Kenntnisse zu Fragen und Themen des Alter(n)s gering. Andererseits gibt es Migrantenorganisationen, die sich bereits seit Längerem mit den Herausforderungen des Älterwerdens befassen und konkrete Angebote für und mit älteren Migrantinnen und Migranten entwickeln.

Ein Beispiel hierfür ist u. a. die Alevitische Gemeinde Deutschland, die in den Gemeinden vor Ort vielfältige Veranstaltungen für ihre älteren Gemeindemitgliederinnen und -mitglieder, z. B. im Bereich Gesundheitswesen, durchführt und 2014 der BAGSO beigetreten ist, um die interkulturelle Sensibilisierung im Alten- und Pflegebereich verstärkt zu fördern.

Informationen zum Thema Migrantenorganisationen und weiterführende Links zu verschiedenen Zusammenschlüssen von Migrantinnen und Migranten sind der Anlage 3 zu entnehmen. Auf Möglichkeiten und Ansätze der Vernetzung und Zusammenarbeit mit Migrantenorganisationen im Bereich der Gesundheitsförderung älterer Migrantinnen und Migranten wird insbesondere in Kapitel 3 eingegangen.

1.4 Ausgangssituation in Kommunen

Trotz der inzwischen über 60-jährigen Einwanderungsgeschichte Deutschlands ist die Auseinandersetzung mit der Zielgruppe älterer Migrantinnen und Migranten auf kommunaler Ebene sehr unterschiedlich. Zwar gibt es bereits eine große Anzahl von Projekten und Handlungsansätzen bezogen auf ältere Migrantinnen und Migranten. Allerdings fehlt nach wie vor eine umfassende und systematische kultursensible Ausrichtung der Regelversorgung im Bereich der Altenhilfe.

In vielen Kommunen wird das Thema kultursensible Seniorenarbeit mehr oder weniger breit diskutiert und es werden zumindest punktuell Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung implementiert bzw. spezifische Angebote für die Zielgruppe älterer eingewanderter Menschen vorgehalten. Es gibt aber auch Kommunen, die diesbezüglich weitgehend am Anfang stehen und sich noch kaum mit der Thematik befassen haben.

➔ **Für eine effektive und nachhaltige Seniorenarbeit mangelt es den Migrantenorganisationen oft an den notwendigen finanziellen, personellen und räumlichen Ressourcen.**

Mit Blick auf die Gesundheitsförderung älterer Migrantinnen und Migranten stellt sich die Situation in vielen Kommunen wie folgt dar:¹¹

- Die Gesundheitsförderung älterer Migrantinnen und Migranten ist ein Thema an der Schnittstelle verschiedener kommunaler Aufgabenbereiche (Gesundheitsversorgung, Integrationsarbeit, Seniorenarbeit etc.). Es ist somit jeweils ein „Randthema“, das nicht zum „Hauptgeschäft“ bzw. zu den „Kernaufgaben“ gehört und für das entsprechend nur geringe Kapazitäten zur Verfügung stehen.
- Entsprechend sehen sich viele Akteurinnen und Akteure auf der kommunalen Ebene für das Thema der Gesundheitsförderung älterer Migrantinnen und Migranten „irgendwie ein bisschen zuständig, aber keiner so richtig“.
- Es gibt in der Regel keine klaren Zuständigkeiten und festen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner und insgesamt wenig Austausch und Zusammenarbeit zu diesem Thema zwischen Verantwortlichen und Mitarbeitenden aus den verschiedenen kommunalen Handlungsfeldern. Die fehlende Koordination und Abstimmung führt teilweise zu einer Konzentration von Angeboten in bestimmten Stadtteilen bzw. für bestimmte Teilgruppen älterer Migrantinnen und Migranten, während andere Stadtteile und Teilgruppen völlig unberücksichtigt bleiben.
- Ein wesentliches Problem wird zudem darin gesehen, dass die Bereitstellung und Finanzierung gesundheitsfördernder Angebote für ältere Migrantinnen und Migranten meist nur projektbezogen und zeitlich begrenzt möglich ist und damit die Nachhaltigkeit erheblich eingeschränkt ist.
- Problematisch ist auch, dass Krankenkassen die Entwicklung und Förderung von Präventionsmaßnahmen z.T. vor allem als Marketingstrategie betrachten. Unter dem Gesichtspunkt der Gewinnung neuer Kunden erscheint die Zielgruppe älterer Migrantinnen und Migranten für sie im Allgemeinen wenig attraktiv.
- Auch defizitorientierte Sichtweisen und negative Altersbilder spielen offenbar bei einigen Verantwortlichen nach wie vor eine Rolle, was sich u. a. darin zeigt, dass sie die Wirksamkeit von präventiven, gesundheitsfördernden Maßnahmen im Alter allgemein und bezogen auf die Gruppe der älteren Migrantinnen und Migranten im Besonderen in Frage stellen.

11 Olbermann, E. (2010). Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Praxisleitfaden, Dortmund 2010. www.ffg.tu-dortmund.de/cms/de/Projekte/Abgeschlossene_Projekte/2010/Gesundheitsfoerderung_und_Primaerpraevention/index.html

1. Einstieg und Hintergrundinformationen

Im Ergebnis führt dies oftmals zu einer strukturellen Unterversorgung im Bereich der Gesundheitsförderung für die Zielgruppe der älteren Menschen mit Migrationshintergrund.

Bislang ist die Gesundheitsförderung bei älteren Migrantinnen und Migranten ein wenig beachtetes Thema an der Schnittstelle verschiedener kommunaler Handlungsfelder.

Unklare Zuständigkeiten und unzureichende Kooperationen sowie eine nicht adäquate Finanzierungspraxis tragen mit dazu bei, dass das Angebot gesundheitsfördernder Maßnahmen für ältere Migrantinnen und Migranten gering ist bzw. nicht an ihre Lebenslagen und Bedürfnisse angepasst ist.

1.5 Grundlagen der Gesundheitsförderung älterer Menschen mit Migrationshintergrund

Der Gesundheitszustand ist ein entscheidender Faktor für ein selbstbestimmtes und aktives Leben im Alter. Gesundheitsförderung kann dazu beitragen, möglichst lange eine selbstständige Lebensführung zu ermöglichen und das Eintreten von Pflegebedürftigkeit sowie deren Verstärkung zu vermeiden bzw. hinauszuzögern. Es gibt hinreichend empirische Belege dafür, dass Gesundheitsförderung in allen Altersphasen möglich und bis ins hohe Alter wirksam ist. Für Gruppen mit hohen gesundheitlichen Risiken, zu denen auch ältere Menschen mit Migrationshintergrund gehören, stellt sich die Vorhaltung von gesundheitsförderlichen Angeboten mit besonderer Dringlichkeit.

Bei der Auseinandersetzung mit dem Thema der Gesundheitsförderung von älteren Menschen mit Migrationshintergrund sollten folgende grundlegende Konzepte und Ansätze berücksichtigt werden:

Ganzheitliches Gesundheitsverständnis

Von zentraler Bedeutung ist dabei der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geprägte Gesundheitsbegriff. Demnach bezeichnet Gesundheit „ein Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Behinde-

➔ **Der Gesundheitszustand ist ein entscheidender Faktor für ein selbstbestimmtes und aktives Leben im Alter.**

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

Ressourcenorientierung

Eine wesentliche Grundlage dieser weiter gefassten Betrachtung von Gesundheit und Gesundheitsförderung ist das Konzept der Salutogenese (= Entstehung von Gesundheit). Im Unterschied zum biomedizinischen Ansatz der Pathogenese (= Entstehung von Krankheit), der von der Frage ausgeht, „Was macht die Menschen krank?“, rückt der Ansatz der Salutogenese die Frage in den Vordergrund, „Was hält die Menschen gesund?“. Im salutogenetischen Modell markieren Gesundheit und Krankheit zwei Pole, zwischen denen der Mensch sich bewegt, ohne sie vollständig zu erreichen. Das heißt: Niemand ist völlig gesund und niemand ist völlig krank. Ob jemand stärker in Richtung des Gesundheitspols oder in Richtung des Krankheitspols geht, hängt einerseits von der Zahl und Qualität der auf ihn einwirkenden Risiken, andererseits von den persönlichen und sozialen Schutzfaktoren ab, über die ein Mensch verfügt und die es ihm ermöglichen, die Wirkung von Risiken abzumildern. Salutogenetische Ansätze setzen somit nicht bei den Risikofaktoren an, sondern versuchen die Schutzfaktoren (auch Ressourcen genannt) zu steigern. Gesundheitsförderung muss demnach in das gesamte infrastrukturelle, ökologische, soziale und gesellschaftliche Umfeld integriert sein.

Empowerment

Ein weiteres zentrales Konzept in der Gesundheitsförderung ist der Ansatz des „Empowerment“. Mit Empowerment bezeichnet man Strategien und Maßnahmen, die geeignet sind, das Maß an Selbstbestimmung und Autonomie im Leben der Menschen zu erhöhen und sie in die Lage zu versetzen, ihre Belange (wieder) eigenmächtig, selbstverantwortet und selbstbestimmt zu vertreten und zu gestalten. Empowerment bezeichnet dabei sowohl den Prozess der Selbstbemächtigung als auch die Befähigung und professionelle Unterstützung der Menschen, ihre Gestaltungsspielräume und Ressourcen wahrzunehmen, zu nutzen und zu erweitern.

➔ Zur Bedeutung der Gesundheitsförderung für älterer Menschen siehe <https://im-alter-inform.de/gesundheitsfoerderung/foerderung-der-gesundheit/gesundheitspolitische-ziele>

Kulturelle und religiöse Aspekte von Gesundheit und Gesundheitsverhalten

Auch ist zu berücksichtigen, dass sich kulturelle und religiöse Hintergründe auf die Sichtweisen auf Gesundheit und gesundheitsbezogenes Verhalten auswirken können. Subjektive Gesundheitsverständnisse entwickeln sich vor dem Hintergrund der persönlichen Biografie, des Selbst- und Weltverständnisses, der jeweiligen kulturellen Bezüge und etwaigen Zugehörigkeiten zu Glaubensgemeinschaften.

Kenntnisse kulturell-religiöser Unterschiede gehören zum Repertoire interkultureller Kompetenz und sind auch für den Bereich der Gesundheitsförderung bedeutsam.

In Betracht zu ziehen sind diesbezüglich vor allem Vorstellungen und Praktiken der traditionellen chinesischen bzw. asiatischen Medizin und Heilkunst (Qi Gong, Feng Shui, Ayurveda etc.) sowie animistische oder schamanische Traditionen. Hinzu kommen religiös belegte Speisevorschriften bzw. -tabus u. a. aus dem Judentum, dem Islam oder dem Hinduismus. Teilweise spielen bei Migrantinnen und Migranten aus eher säkularen Milieus und ländlichen Herkunftsregionen Naturheilverfahren und Heilkräuterkunde ebenfalls eine besondere Rolle, nicht zuletzt weil Angebote öffentlicher Gesundheitsversorgung kaum vorhanden oder erreichbar waren. Vor dem Hintergrund unterschiedlicher kultureller Gewohnheiten und Traditionen können Einstellungen und Verhaltensweisen im Hinblick auf Ernährung, Bewegung und den Konsum von Genussmitteln variieren.

Auch gibt es Unterschiede in den Ess- und Geselligkeitskulturen. Essen als Gemeinschaftserlebnis spielt bei vielen Migrantengruppen eine große Rolle. Kulturell-religiös geprägte Geschlechterrollen sind ebenfalls mit Blick auf gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen bedeutsam.

Kulturelle und religiöse Orientierungen, aber auch biografische Erfahrungen und persönliche Lebensumstände tragen schließlich dazu bei, ob Menschen z. B. eher fatalistische Vorstellungen haben oder der Überzeugung sind, die eigene Gesundheit beeinflussen zu können, ob sie eher ein biomedizinisches oder ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis aufweisen. Dies beeinflusst letztendlich auch, ob sie für Angebote der Gesundheitsförderung mehr oder weniger offen und zugänglich sind.

Gleichzeitig relativieren sich Unterschiede in gesundheitsbezogenen Vorstellungen von Einheimischen und Zugewanderten. So haben z. B. „östliche“ Behandlungslehren und Therapien Einzug in unseren Gesundheitsbetrieb gefunden und Thai Chi oder Yoga werden inzwischen von vielen Menschen in westlichen Kulturräumen praktiziert. Gleichzeitig setzen viele ältere Zugewanderte hohe Erwartungen in die Leistungsfähigkeit der westlich-akademischen Medizin und des deutschen Gesundheitswesens.

Insgesamt scheinen Unterschiede in der Gesundheit und im gesundheitlichen Verhalten stärker durch die sozioökonomische Lage als durch kulturelle oder religiöse Aspekte bedingt.

➔ **Kulturell-religiöse Orientierungen sollten im Bereich der Gesundheitsförderung berücksichtigt werden.**

Kulturell-religiöse Orientierungen sollten also im Bereich der Gesundheitsförderung berücksichtigt werden. Pauschalisierende Zuschreibungen sind jedoch zu vermeiden und werden der tatsächlichen Vielfalt von Ausprägungen gesundheitsbezogener Vorstellungen und Verhaltensweisen innerhalb der verschiedenen Migrantengruppen nicht gerecht.

2.

Zugangsbarrieren wahrnehmen und abbauen

Verantwortliche und Mitarbeitende von Kommunalverwaltungen und Organisationen des Sozial- und Gesundheitswesens stehen vielfach vor der Herausforderung, ältere Migrantinnen und Migranten mit Angeboten der Gesundheitsförderung zu erreichen. Dabei gilt es zunächst, sich mit den Gründen der aktuell geringen Inanspruchnahme auseinanderzusetzen. Zu berücksichtigen ist eine Vielzahl von Faktoren, die zum einen auf der Nachfrageseite, also der individuellen Ebene der älteren Migrantinnen und Migranten, und zum anderen auf der Angebotsseite, also der strukturellen Ebene der Träger und Versorgungssysteme, zu verorten sind.

Zugänge zu Angeboten und deren Nutzung werden vor allem durch folgende Faktoren eingeschränkt:

Hemmende Faktoren der Inanspruchnahme auf der Nachfrageseite

Sprachprobleme: Geringe Deutschkenntnisse, die zudem im Alter häufig weiter abnehmen, stellen für viele ältere Migrantinnen und Migranten ein zentrales Hindernis für die Inanspruchnahme von sozialen und gesundheitsbezogenen Angeboten dar. Selbst diejenigen, die über relativ gute Deutschkenntnisse verfügen, haben häufig die Befürchtung, sich nicht gut genug ausdrücken zu können.

Geringer Informationsstand: Ältere Migrantinnen und Migranten werden über allgemeine, meist schriftliche Informationswege und deutschsprachige Materialien weitaus seltener erreicht als einheimische Seniorinnen und Senioren. Sie sind in der Regel weniger über bestehende Angebote und Möglichkeiten der Gesundheitsförderung informiert.

Kulturell-religiös geprägte Geschlechterverhältnisse: In einigen Migrantengruppen spielen geschlechtsspezifische Normen oder religiöse Orientierungen eine besondere Rolle, die z. B. eine stärkere Geschlechtertrennung insbesondere im Bereich der außerfamiliären Kontakte und Aktivitäten vorsehen. Dadurch wird der Zugang zu nicht geschlechtsspezifisch ausgerichteten Angeboten der Gesundheitsförderung eingeschränkt.

Traditionelle Altersbilder: Vorstellungen, die Alter vor allem als Phase der Ruhe und des sozialen Rückzugs betrachten und nach denen gesundheitliche Abbauprozesse unbeeinflussbare Begleiterscheinungen des höheren Alters darstellen, die entsprechend hinzunehmen sind, können die Auseinandersetzung mit Möglichkeiten der Gesundheitsförderung einschränken.



Diskriminierungserfahrungen: Nicht selten haben ältere Zugewanderte seitens der deutschen Mehrheitsgesellschaft Ablehnung und Ausgrenzung erfahren. Dies kann zu einer allgemeinen Zurückhaltung gegenüber Angeboten, die mehrheitlich von einheimischen Älteren genutzt werden, führen. Erfahrungen mit Vorurteilen, rassistischen oder antisemitischen Haltungen können den Rückzug in die Familie und die eigene ethnische Community verstärken.

Skepsis und Berührungängste gegenüber deutschen Institutionen: Insbesondere Ältere mit Migrationshintergrund, die schlechte Erfahrungen mit Behörden und offiziellen Stellen gemacht haben, begegnen öffentlichen Angeboten generell mit einem gewissen Misstrauen. Verbunden damit sind Befürchtungen vor Kontrolle und Bevormundung oder sonstigen negativen Auswirkungen im Falle einer Nutzung von Angeboten.

Geringe finanzielle Spielräume: Viele ältere Migrantinnen und Migranten können sich Zuzahlungen zu Angeboten nicht leisten und gehen davon aus, dass bestimmte Angebote der Gesundheitsförderung für sie aus Kostengründen ohnehin nicht in Frage kommen. Auch die Scham, gegebenenfalls eingestehen zu müssen, anfallende Gebühren nicht zahlen zu können, kann zur Nicht-Inanspruchnahme beitragen.



Hemmende Faktoren der Inanspruchnahme auf der Anbieterseite

Unzureichende Kenntnisse sozialer und kultureller Hintergründe:

Mitarbeitende in der Seniorenarbeit und in anderen für die Gesundheitsförderung relevanten Bereichen wissen oft wenig über soziokulturelle Merkmale und deren unterschiedliche Ausprägungen bei Migrantinnen und Migranten aus verschiedenen Herkunftsländern.

Verständigungsprobleme: Kontakt und Austausch mit älteren Migrantinnen und Migranten werden beeinträchtigt durch sprachlich-kulturelle Verständigungsprobleme. Eine fehlende Sensibilität des Personals im Umgang mit Sprachschwierigkeiten führt dazu, dass eine Kommunikation auf Augenhöhe häufig nicht gewährleistet ist.

Ignoranz von Zugangsproblemen: Haltungen von Einrichtungen und Mitarbeitenden wie „wir behandeln alle gleich“ ignorieren soziokulturelle und lebenslagebedingte Zugangsbarrieren. Sie tragen damit zu deren Verfestigung bei und blockieren die Entwicklung diversitätsorientierter Maßnahmen.

2. Zugangsbarrieren wahrnehmen und abbauen

Überbetonung von kulturellen Unterschieden: Undifferenzierte Kulturverständnisse und generalisierte Zuschreibungen von kulturellen und religiösen Merkmalen zu Angehörigen bestimmter Gruppen sind ebenfalls ein Problem. Sie führen zu unzulässigen Verallgemeinerungen, verschärfen Grenzziehungen zwischen dem „Eigenen“ und dem „Fremden“ und verhindern den Blick auf das Individuum. Die damit einhergehende Erfahrung von älteren Migrantinnen und Migranten, nicht als Individuum, sondern primär als Angehörige einer „anderen“ Gruppe wahrgenommen zu werden, erhöht die Schwellen der Inanspruchnahme von Angeboten.

Defizitorientierte Sichtweisen: Die häufig einseitige Betrachtung von älteren Zugewanderten als Gruppe mit besonderen Belastungen und Problemen ist Ausdruck fehlender Wahrnehmung und Anerkennung ihrer Fähigkeiten, Kompetenzen, Ressourcen und Potenziale. Dies steht einem Miteinander auf Augenhöhe entgegen.

Befürchtungen von Mehraufwand und Überforderung: Anbieter schrecken mitunter davor zurück, ihr Angebot (stärker) interkulturell auszurichten bzw. gezielt (auch) ältere Menschen zu adressieren, da sie damit einen höheren Aufwand verbinden, den sie finanziell nicht abdecken können. Gleichzeitig steht oft kein ausreichend qualifiziertes Personal mit entsprechender interkultureller Kompetenz zur Verfügung.

Vorurteile und Fremdenfeindlichkeit: Schließlich tragen ablehnende und feindselige Haltung (Ausländerfeindlichkeit, Antisemitismus und Rassismus) gegenüber anderen Menschen oder Gruppen, die als fremd empfunden werden, dazu bei, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund Angebote nicht in Anspruch nehmen, nicht zuletzt um sich vor weiteren psychischen Belastungen und Verletzungen zu schützen.

Fehlende diversitätssensible Angebote: Infolge dieser Hemmnisse gibt es derzeit nicht genügend Angebote, die den Bedarfen und Bedürfnissen älterer Menschen mit Migrationshintergrund gerecht werden, was sich wiederum in niedrigen Nutzungsraten niederschlägt.

Insgesamt tragen die genannten Faktoren und Zugangsbarrieren dazu bei, dass sich ein hoher Bedarf im Bereich der Gesundheitsförderung bei älteren Migrantinnen und Migranten nicht in einer entsprechend starken Nachfrage bzw. Nutzung von gesundheitsfördernden Angeboten niederschlägt.

Wichtig ist, bestehende Barrieren der Inanspruchnahme nicht als individuelle Defizite oder Probleme, sondern als gesellschaftliche Herausforderungen zu betrachten, für die es Lösungen – vor allem auf der kommunalen Ebene – zu entwickeln gilt.

Wie dies konkret gelingen kann und was dabei zu beachten ist, wird in den folgenden Kapiteln verdeutlicht.



3.

Relevante Akteurinnen und Akteure vor Ort identifizieren und vernetzen

Wichtig ist es, in einem ersten Schritt relevante Akteurinnen und Akteure vor Ort zu identifizieren und zu vernetzen. Da mit der Gesundheitsförderung älterer Migrantinnen und Migranten Zuständigkeitsbereiche mehrerer kommunaler Handlungsfelder angesprochen sind, sollte von Anfang an ein integrierter Ansatz angestrebt werden. Konkret sollten Ansprechpersonen aus den Kernbereichen Alter, Gesundheit und Integration zusammengebracht werden. Darüber hinaus ist es sinnvoll, weitere Bereiche mit Bezügen zum Thema Gesundheitsförderung einzubeziehen, so insbesondere die Bereiche Sport und (Erwachsenen-)Bildung.

Aufbau eines sektorenübergreifenden lokalen Netzwerkes

Ziel ist es, ein sektorenübergreifendes Netzwerk mit Akteurinnen und Akteuren aus verschiedenen kommunalen Handlungsfeldern aufzubauen. Mit dem Fokus auf die Gesundheitsförderung älterer Menschen mit Migrationshintergrund kommen dabei vor allem folgende Fachbereiche mit ausgewählten Teilbereichen und Aufgaben in Betracht:

➔ Ziel ist es, ein sektorenübergreifendes Netzwerk mit Akteurinnen und Akteuren aus verschiedenen kommunalen Handlungsfeldern aufzubauen.

Altenhilfe

- Träger der gemeinwesenorientierten Seniorenarbeit
- Begegnungsstätten und Seniorentreffs
- Seniorenbüros oder andere Beratungs-, Vermittlungs- und Servicestellen für Seniorinnen und Senioren
- Kommunale Seniorenvertretungen und Seniorenbeauftragte

Integration

- Kommunale Integrationszentren und Integrationsagenturen
- Interkulturelle Begegnungs- und Bildungsstätten
- Migrant*innenorganisationen

- Dolmetscherdienste und Sprachmittler
- Ehrenamtliche Angebote, wie z. B. Integrationslotsen
- Kommunale Integrationsräte und Integrationsbeauftragte

Gesundheit

- Gesundheitsamt, insb. Bereich Kommunale Gesundheitsförderung
- Krankenkassen, Bereich Prävention und Gesundheitsförderung
- (muttersprachliche) Hausärztinnen und -ärzte mit Migrationshintergrund und einem hohen Anteil von älteren Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund
- Muttersprachliche Kursleiterinnen und Kursleiter sowie muttersprachliche Dozentinnen und Dozenten zur Gesundheitsförderung, insbesondere zu den Bereichen Bewegung und Ernährung
- Ehrenamtliche Angebote, wie z. B. interkulturelle Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren der Gesundheitsinitiative Deutschland MiMi¹² – Mit Migranten für Migranten und Gesundheitsbegleiterinnen¹³

¹² <http://mimi-gesundheit.de>

¹³ www.gz-ludgerushof.de/wp-content/uploads/2020/09/GZ-SPORK_Handbuch_03_FINAL.pdf

Sport

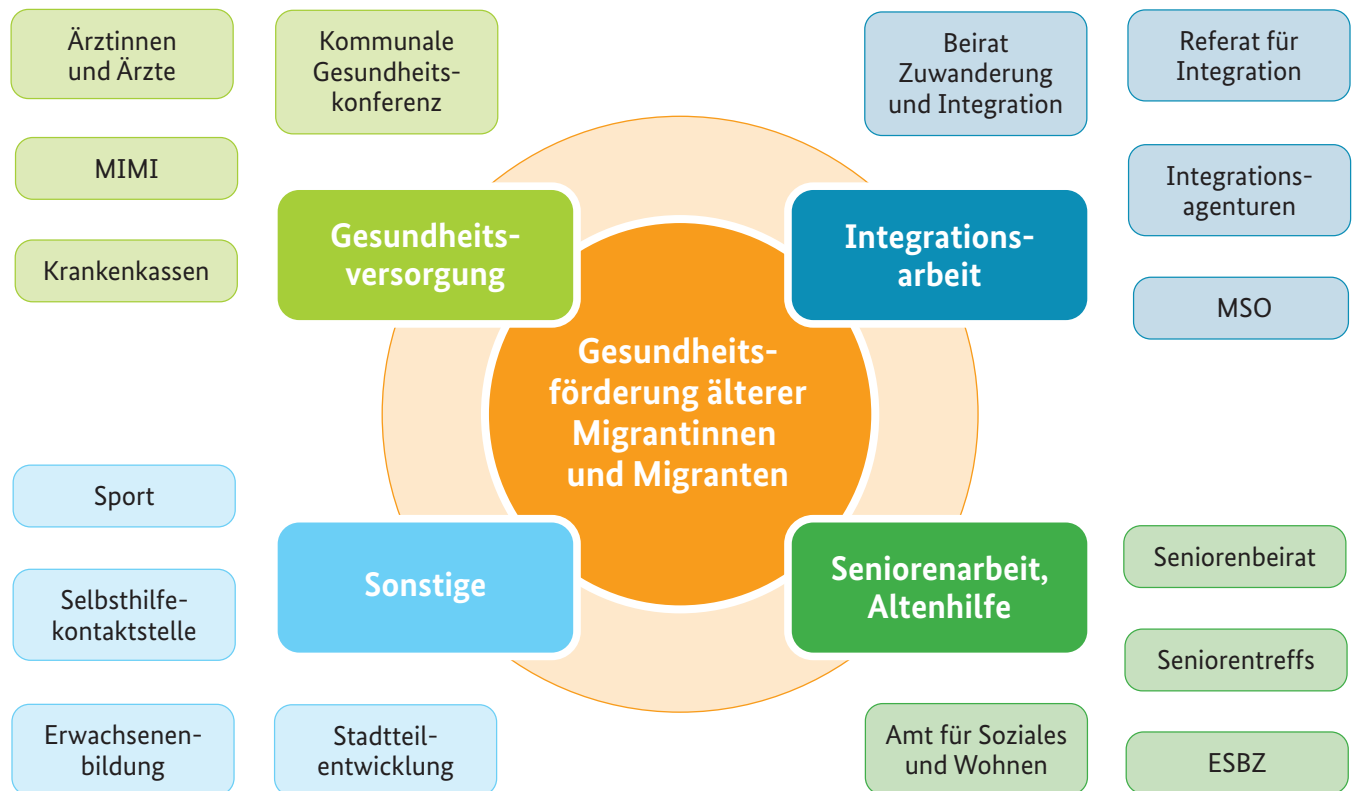
- Stadtsportbund
- Sportvereine
- Betreiber von Sportanlagen
(Schwimmbäder, Turn- und Gymnastikhallen)

Bildung

- Volkshochschulen
- Sonstige Bildungsstätten für Erwachsene

Angesichts der Heterogenität kommunaler Rahmenbedingungen und Strukturen ist diese Auflistung nicht als vollständig zu betrachten. Vielmehr ist jeweils vor Ort zu prüfen, welche Fachbereiche, Einrichtungen und Organisationen etc. vorhanden und relevant sind. Zudem sind konkrete Personen aus den verschiedenen Handlungsfeldern zu ermitteln, die als Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für potenzielle Kooperationen zur Gesundheitsförderung älterer Migrantinnen und Migranten zur Verfügung stehen. So entsteht ein Pool von potenziellen Kooperationen, auf den für die Entwicklung von konkreten Angeboten zurückgegriffen werden kann. Der sektorenübergreifende Ansatz ermöglicht es, z. B. im Rahmen von angebotsbezogenen Kooperationen, unterschiedliche Kompetenzen, Ressourcen und Strukturen zu nutzen. Damit wird eine gute Grundlage geschaffen, um passgenaue Angebote zu entwickeln und nachhaltig umzusetzen.

Abbildung: Akteurinnen und Akteure im Handlungsfeld Gesundheitsförderung älterer Migrantinnen und Migranten am Beispiel einer Kommune



MIMI: MIMI-Gesundheitsinitiative Deutschland (Mit Migranten für Migranten)

MSO = Migrantenselbsthilfeorganisationen

ESBZ = Erwachsenenbildungszentrum

Quelle: Olbermann 2010, Darstellung neu bearbeitet

Zusammenarbeit mit Migrant*innenorganisationen

Migrant*innenorganisationen kommt bei der Förderung der Teilhabe von Menschen mit Migrationshintergrund eine besondere Rolle zu (vgl. Kapitel 1). Sie sind kompetente Ansprechpartner in Integrationsfragen, weil sie eigene Migrationserfahrung mitbringen, die Communities kennen, Zugang zu Migrant*innen und Migranten haben und „auf Augenhöhe“ mit ihnen kommunizieren können.

Sie verfügen damit über Potenziale und Ressourcen, die auch für den Bereich der Gesundheitsförderung älterer Migrant*innen und Migranten von großer Bedeutung sind. Insbesondere bieten sie als lebensweltliche, geschützte soziale Räume eine Möglichkeit, Menschen mit Migrationshintergrund für Gesundheitsangebote zu sensibilisieren. Migrant*innenorganisationen sind entsprechend als wichtige Partner in lokale Netzwerke der Gesundheitsförderung einzubeziehen.

Damit dies gelingt, gilt es einige Aspekte zu berücksichtigen und passende Rahmenbedingungen zu schaffen. Um Instrumentalisierungen zu vermeiden und Migrant*innenorganisationen nachhaltig als Netzwerkpartner zu gewinnen, sollten sie nicht auf die Funktion der Ermöglichung von Zugängen zu älteren Migrant*innen und Migranten reduziert werden. Angemessener und letztendlich zielführender ist es, Kooperationen und Formen der Zusammenarbeit zu entwickeln, die einen Mehrwert für alle Beteiligten haben. Es geht also darum, Win-Win-Beziehungen herzustellen. Konkret kann dies durch materielle und immaterielle Anreize gewährleistet werden, wie z. B. Aufwandsentschädigungen oder Qualifizierungsangebote für ehrenamtlich Engagierte in Migrant*innenorganisationen.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass bei einigen Migrant*innenorganisationen eine zunehmende Professionalisierung stattfindet. Es gibt immer mehr Migrant*innenorganisationen, die über qualifiziertes hauptamtliches Personal verfügen und als Träger professioneller sozialer und gesundheitlicher Dienste agieren. Beim Aufbau lokaler Netzwerke der Gesundheitsförderung sollten Migrant*innenorganisationen entsprechend auch in der Rolle als verantwortliche Veranstalter von gesundheitsfördernden Maßnahmen für ältere Migrant*innen und Migranten wahrgenommen und angesprochen werden. Auch Tandem-Ansätze, in denen Migrant*innenorganisationen und andere Organisationen gleichberechtigt zusammenarbeiten, sollten als Zielorientierung der lokalen Vernetzung berücksichtigt werden.

➔ **Migrant*innenorganisationen kommt bei der Förderung der Teilhabe von Menschen mit Migrationshintergrund eine besondere Rolle zu.**

Akteurinnen und Akteure sensibilisieren und für Mitwirkung gewinnen

Da sich viele Akteurinnen und Akteure auf der kommunalen Ebene im Bereich der Seniorenarbeit, aber auch in anderen Handlungsfeldern, bislang kaum mit dem Thema Gesundheitsförderung älterer Migrantinnen und Migranten befasst haben (vgl. Kapitel 1, Ausgangslage Kommune) und vielfältige hemmende Faktoren, wie fehlende Kenntnisse, undifferenzierte Sichtweisen, diskriminierende Haltungen (vgl. Kapitel 2, Hemmnisse Nachfrageseite), einer adäquaten Wahrnehmung und Bearbeitung des Handlungsfeldes entgegenstehen, ist vielerorts Aufklärungs- und Sensibilisierungsarbeit zu leisten. Hierzu kommen verschiedene Möglichkeiten in Betracht:

- das Thema in relevanten Gremien und Netzwerken, wie z. B. Runde Tische zur Seniorenarbeit, kommunale Gesundheitskonferenzen, Sitzungen von Senioren- und Integrationsräten, platzieren und erörtern ggf. unter Einbeziehung externer Expertise;
- eine öffentliche themenbezogene Fachveranstaltung durchführen, in der Grundlagen vermittelt und ein sektorenübergreifender Austausch sowie eine vertiefende Auseinandersetzung ermöglicht werden;
- individuelle Ansprache von wichtigen Akteurinnen und Akteuren, die über andere Wege schwer erreichbar sind, wie z. B. ehrenamtliche Vorstände von Migrantenorganisationen, muttersprachliche Ärztinnen oder Ärzte und andere Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in Migrantengemeinschaften, u. a. geistliche Leitungen verschiedener Religionsgemeinschaften (Hodscha, Rabbiner, Lama etc.)

➔ **Ziel ist es, das Bewusstsein für die Relevanz und die positiven Effekte von Gesundheitsförderung für das Wohlbefinden und die Lebensqualität älterer Menschen mit Migrationshintergrund zu fördern.**

Ziel ist es, das Bewusstsein für die Relevanz und die positiven Effekte von Gesundheitsförderung für das Wohlbefinden und die Lebensqualität älterer Menschen mit Migrationshintergrund zu fördern. Akteurinnen und Akteure aus verschiedenen Zuständigkeitsbereichen und mit verschiedenen Bezügen zu zugewanderten Älteren sollen dadurch motiviert werden, die Initiierung und Umsetzung von gesundheitsfördernden Angeboten für Angehörige dieser Zielgruppe zu unterstützen.

Hierzu kann auf Erfahrungen verschiedener Projekte und Untersuchungen zurückgegriffen werden, die die Wirksamkeit von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen bei älteren Migrantinnen und Migranten untersucht haben. Die Ergebnisse verweisen auf ein weites Spektrum von Wirkungen auf unterschiedlichen Ebenen.¹⁴

¹⁴ Olbermann, E. (2010). Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Praxisleitfaden, Dortmund 2010. www.ffg.tu-dortmund.de/cms/de/Projekte/Abgeschlossene_Projekte/2010/Gesundheitsfoerderung_und_Primaerpraevention/index.html

4. Gesundheitsförderung für ältere Migrantinnen und Migranten initiieren

Ältere Migrantinnen und Migranten, die an entsprechenden Maßnahmen in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung teilgenommen haben, berichten von vielfältigen positiven Wirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden. Genannt wurden

- **Physische Effekte** (Verbesserung der Beweglichkeit, Verringerung oder Verschwinden von Schmerzen, Steigerung der Fitness etc.),
- **Psychische Effekte** (Entspannung und Stressabbau, Förderung von Selbstsicherheit und Selbstbewusstsein, Emotionale Stabilität etc.),
- **Soziale Effekte** (Erweiterung der sozialen Kontakte, Soziale Unterstützung, Aktivierung und soziale Teilhabe etc.) und
- **Lerneffekte** (im Hinblick auf Gesundheitswissen, Bewältigungsstrategien, Gesundheits- und Sozialverhalten etc.).

Die unterschiedlichen Wirkungen von gesundheitsfördernden Maßnahmen tragen letztendlich dazu bei, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder hinauszuzögern. Dies ist ein wichtiges Argument nicht zuletzt gegenüber Verantwortlichen und Entscheidungsträgerinnen und -trägern in Politik und Verwaltung, insbesondere wenn es darum geht, sie davon zu überzeugen, finanzielle und personelle Ressourcen für die Gesundheitsförderung älterer Zugewanderter zur Verfügung zu stellen.

Arbeitsgrundlage schaffen

Die Initiierung und Durchführung von Maßnahmen und Angeboten der Gesundheitsförderung für ältere Menschen mit Migrationshintergrund braucht eine tragfähige Arbeitsgrundlage – in struktureller und fachlich-inhaltlicher Hinsicht.

Wenn es darum gehen soll, nicht nur punktuell einzelne Maßnahmen zu realisieren, sondern eine bedarfsorientierte Gesundheitsförderung nachhaltig zu etablieren, ist es wichtig, dass sich die Fachabteilung Altenhilfe darauf verständigt, die Thematik für einen bestimmten Zeitraum als Schwerpunkt zu bearbeiten und dafür gezielt Personalkapazitäten

➔ **Die unterschiedlichen Wirkungen von gesundheitsfördernden Maßnahmen tragen letztendlich dazu bei, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder hinauszuzögern.**

einzusetzen. Abhängig von den jeweiligen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen (z. B. bisherige Aktivitäten und Erfahrungen, Umfang der Zielgruppe) kann es sinnvoll sein, die Schwerpunktsetzung von Anfang an weiter zu fassen, d.h. über die Gruppe der älteren Zugewanderten hinaus explizit auch andere Zielgruppen in besonderen Lebenslagen (z. B. Ältere mit geringem Einkommen) zu adressieren.

Für den weiteren Prozess gilt es Arbeits- und Kommunikationsstrukturen aufzubauen, die das Miteinander der Akteurinnen und Akteure im Sinne eines integrierten Ansatzes transparent und verlässlich regeln. Als vorteilhaft hat sich eine Struktur bestehend aus einer Steuerungsgruppe und einem erweiterten Unterstützterkreis erwiesen. Die Steuerungsgruppe sollte Personen aus den drei kommunalen Handlungsfeldern Alter, Integration und Gesundheit umfassen. Dadurch wird gewährleistet, dass unterschiedliche Kompetenzen und Bezüge zu verschiedenen Akteurskreisen zusammengeführt werden. Die Steuerungsgruppe übernimmt vor allem koordinierende, vernetzende und unterstützende Aufgaben. Sie ist zuständig für den Aufbau des Unterstützungskreises, die Vernetzung der Akteurinnen und Akteure, die Abstimmung und Unterstützung der Maßnahmenentwicklung. Die Mitgliederinnen und Mitglieder des Unterstützterkreises umfassen ein weites Spektrum von Institutionen (siehe Kapitel 3). Sie bringen Ideen, fachliche und materielle Ressourcen ein, initiieren Maßnahmen und beteiligen sich an der Umsetzung.

Neben der Entwicklung geeigneter Arbeitsstrukturen empfiehlt es sich, eine gemeinsame fachliche Grundlage für die Gesundheitsförderung älterer Migrantinnen und Migranten zu schaffen. Ziel sollte sein, dass die Akteurinnen und Akteure in den Kommunen ein gemeinsames Grundverständnis entwickeln. Hierzu gilt es, vorliegende Qualitätskriterien sowohl zur Gesundheitsförderung im Alter als auch zur interkulturellen Öffnung der Seniorenarbeit bzw. zur kultursensiblen Altenhilfe einzubeziehen. Den Akteurinnen und Akteuren vor Ort sollte die Gelegenheit geboten werden, sich damit auseinanderzusetzen und sich z. B. im Rahmen einer gemeinsamen Fachveranstaltung auf grundlegende Leitlinien zur Entwicklung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung mit älteren zugewanderten Menschen zu verständigen.

5.

Angebote planen und gestalten

Ausgangslage erfassen und Bedarfe analysieren

Um Angebote für ältere zugewanderte Menschen bedarfsgerecht zu entwickeln, ist zunächst eine Ist-Analyse erforderlich. Hierzu sollten zum einen aktuelle Daten zur Verteilung der älteren Bevölkerung im Stadtgebiet erfasst und ausgewertet werden. Zum anderen ist zu ermitteln, welche Angebote der Gesundheitsförderung es bereits gibt und von wem sie genutzt werden. Entsprechende Informationen sind über den Unterstützerkreis bzw. eine schriftliche Befragung lokaler Anbieter im Bereich der Gesundheitsförderung zu erheben. Auf der Grundlage der Bestandsanalyse können Lücken im Hinblick auf bestimmte Bereiche der Gesundheitsförderung (Bewegung, Ernährung etc.), die räumliche Verteilung von Angeboten und die Einbeziehung verschiedener Gruppen innerhalb der älteren Migrantenbevölkerung erfasst werden.

Darüber hinaus sollten Maßnahmen ergriffen werden, um Bedarfe der Gesundheitsförderung aus Sicht der örtlichen Bevölkerung mit Migrationshintergrund zu erheben. Hierzu eignen sich vor allem dialogorientierte Formate, wie z. B. Einzelgespräche mit Schlüsselpersonen oder wenig formalisierte Veranstaltungen mit kleinen Gesprächsrunden in ungezwungener Atmosphäre. Aber auch der Einsatz von einfach gestalteten Fragebögen in verschiedenen Sprachen kann ein probates Mittel sein, um Wünsche und Bedürfnisse zu gesundheitsfördernden Angeboten und zu diesbezüglichen Barrieren und Hindernissen zu erfassen. Voraussetzung ist, dass die Erhebung von Personen vor allem aus den verschiedenen Migrantengemeinschaften mit Zugängen zu älteren Migrantinnen und Migranten unterstützt wird (z. B. durch die Bewerbung der Befragung und das Verteilen und Einsammeln der Fragebögen).

Maßnahmen entwickeln und umsetzen

Bei der konkreten Konzeption und der praktischen Umsetzung sind eine Reihe von Faktoren zu berücksichtigen, um sicherzustellen, dass die Angebote von älteren Migrantinnen und Migranten wahrgenommen werden und wirksam sind.

➔ **Auf der Grundlage der Bestandsanalyse können Lücken im Hinblick auf bestimmte Bereiche der Gesundheitsförderung, die räumliche Verteilung von Angeboten und die Einbeziehung verschiedener Gruppen innerhalb der älteren Migrantenbevölkerung erfasst werden.**

Zugänge erschließen

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund sind mit herkömmlichen schriftlichen Formen der Bewerbung von Angeboten kaum zu erreichen. Klassische Öffentlichkeitsarbeit (z. B. über Flyer und Anzeigen) ist meist erfolglos.

Demgegenüber spielt die Mund-zu-Mund-Propaganda eine weitaus größere Rolle. Notwendig ist häufig eine persönliche muttersprachliche Ansprache durch vertraute Bezugspersonen.

➔ **Es sollte versucht werden, möglichst früh die Unterstützung von Schlüsselpersonen zu gewinnen.**

Es sollte daher versucht werden, möglichst früh die Unterstützung von Schlüsselpersonen zu gewinnen. Hierzu gehören vor allem zentrale Vertrauenspersonen in den Migrantencommunities, wie z. B. Vereinsvorstände von Migrantenorganisationen oder religiöse Führungspersönlichkeiten, aber auch Hauptamtliche und ehrenamtlich Engagierte mit Migrationshintergrund, die in der Integrationsarbeit oder im Gesundheitswesen tätig sind (wie z. B. Integrationslotsen, Integrationsbeauftragte, Mitwirkende in Integrationsräten, muttersprachliches Personal in Arztpraxen und Apotheken).

Darüber hinaus kann es hilfreich sein, informelle Bezugspersonen in Einrichtungen der ethnischen Infrastruktur (wie z. B. Lebensmittelläden, Friseurinnen und Friseure, Gastronomie) gezielt anzusprechen, um auf gesundheitsförderliche Projekte und Angebote aufmerksam zu machen.

Auch die Ansprache über die jüngere Generation ist ein geeigneter Weg, um ältere Migrantinnen und Migranten zu erreichen. Hierzu sollten Möglichkeiten der Kooperation mit Schulen und sonstigen Einrichtungen, die häufig von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund besucht werden, eruiert und genutzt werden.

Darüber hinaus sollten in der Öffentlichkeitsarbeit gezielt audio-visuelle Medien eingesetzt werden, so z. B. kurze Videos oder Podcasts in verschiedenen Sprachen.

Nicht zuletzt sollte versucht werden, muttersprachliche Medien (z. B. nationalitätenspezifische Zeitungen und Radiosendungen) für die Verbreitung von Information zur Gesundheitsförderung und zu konkreten Angeboten für die Zielgruppe älterer Menschen mit Migrationshintergrund einzubeziehen.

Passende Rahmenbedingungen gewährleisten

- Angesichts der häufig geringen finanziellen Spielräume älterer Menschen mit Migrationshintergrund sind kostengünstige bzw. kostenfreie Angebote eine notwendige Voraussetzung der Teilnahme. Auch eine Finanzierungspraxis, die auf Vorfinanzierung und Rückerstattung bei Nachweis einer regelmäßigen Teilnahme beruht, findet wenig Akzeptanz und ist für ältere Menschen mit Migrationshintergrund in der Regel nicht realisierbar.
- Es sollte zudem berücksichtigt werden, dass ältere Migrantinnen und Migranten vermehrt von Mobilitätseinschränkungen betroffen sind, da sie u. a. seltener über ein Auto verfügen oder häufig aufgrund von körperlichen Beeinträchtigungen keine längeren Wegstrecken zu Fuß bewältigen können. Angebote der Gesundheitsförderung sollten daher wohnortnah vorgehalten werden und in Einrichtungen, die gut mit dem ÖPNV zu erreichen sind.

Angebote bedürfnisorientiert gestalten

- Ältere Migrantinnen und Migranten haben meist ein großes Bedürfnis nach Begegnung und Austausch mit Angehörigen der eigenen Herkunftsgruppe. Vorliegende Studien und Untersuchungsergebnisse unterstreichen die Relevanz von Austauschmöglichkeiten und gemeinschaftlichen Aktivitäten in muttersprachlichen Settings. Diese können wesentlich zur Lebensqualität älterer Migrantinnen und Migranten beitragen, indem sie Gefühle der Sicherheit, Vertrautheit, Akzeptanz und Anerkennung vermitteln, aber auch wichtige Angebote für informelles Lernen und gegenseitige Unterstützung darstellen.

Zu berücksichtigen ist aber auch, dass es ältere Zugewanderte gibt, die nationalitäten- bzw. herkunftslandspezifische Angebote ablehnen und explizit „nationalitätengemischte“ Angebotsformen wünschen.

Generell sollten psychosoziale Aspekte bei der Entwicklung und Gestaltung von Angeboten der Gesundheitsförderung besondere Beachtung finden. Sie sollten entsprechend ganzheitlich ausgerichtet sein, d.h. neben spezifischen gesundheitsförderlichen Informationen und Aktivitäten sollte hinreichend Raum für Geselligkeit und informellen Austausch geboten werden.

- Wichtig ist die Zusammenarbeit mit Migrantenorganisationen und Begegnungszentren, in denen sich ältere Migrantinnen und Migranten regelmäßig treffen bzw. sich bereits Seniorengruppen gebildet haben. Die Andockung von gesundheitsfördernden Maßnahmen an regelmäßig stattfindende Treffen älterer zugewanderter Menschen erleichtert den Zugang und die Inanspruchnahme von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung. Der Gruppenzusammenhang fördert zudem die Kontinuität der Teilnahme an entsprechenden Maßnahmen. Erfahrungen zeigen, dass die Beteiligung ohne Gruppenanbindung unregelmäßiger und ein Abbruch wahrscheinlicher ist. Gegenseitige Motivation und Aktivierung durch eine vertraute Gruppe sind demnach förderliche Rahmenbedingungen, die es zu nutzen gilt.

Allerdings gilt es auch zu beachten, dass nicht alle älteren Migrantinnen und Migranten an dauerhaften Gruppenanbindungen interessiert sind. Daher sollte auch eine gelegentliche Teilnahme ermöglicht werden.

- Spezifische Angebote für Männer und Frauen können hilfreich sein (aufgrund kultureller Normen, anderer Interessen, Schamgefühle etc.) und sind teilweise eine notwendige Voraussetzung für die Teilnahme. Geschlechtsspezifische Angebote sind jedoch – auch bei den älteren Zugewanderten aus der Türkei bzw. muslimischen Glaubens – nicht immer erforderlich und gemeinsame Angebote von Frauen und Männern werden teilweise ebenfalls ausdrücklich gewünscht.
- In Migrantenfamilien und -communities ist die Differenzierung nach Lebensalter in der Alltags- und Freizeitgestaltung oft nicht so stark ausgeprägt. Daher sollte bei der Konzeption von bestimmten Angeboten (z. B. Schwimmkurse für Frauen oder Kochkurse zur gesunden Ernährung) auch stärker intergenerativ gedacht werden. Andererseits gibt es auch Angebote insbesondere im Bereich der Bewegung (z. B. Walking oder Fitness), die eher altershomogen ausgerichtet sein sollten. Gegenseitiges Verständnis und Unterstützung kann durch die Zugehörigkeit zur gleichen Altersgruppe begünstigt werden. Die Teilnehmenden fühlen sich unter Gleichaltrigen weniger unter Druck gesetzt und jeder kann sich entsprechend seiner Möglichkeiten beteiligen.
- Der Einsatz von muttersprachlichen Kurs- bzw. Übungsleitungen und Referierenden oder Sprachmittlerinnen und -mittlern ist häufig eine zentrale Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Angeboten. Zum einen erleichtert dies die Gewährleistung einer Vertrauensbasis. Zum anderen kann eine verständliche Vermittlung der Inhalte und damit auch die Wirksamkeit der Angebote eher sichergestellt werden.

- Ein überschaubarer Teilnehmerkreis bei Kursangeboten ist ebenfalls ein begünstigender Faktor. Kleine Gruppen ermöglichen eher ein persönliches Kennenlernen und das Gefühl der Vertrautheit.
- Angebote sollten zudem an die Fähigkeiten der älteren Teilnehmenden angepasst bzw. flexibel gestaltet werden, um Überforderungen zu vermeiden. Wichtig ist ein langsamer Einstieg, der genügend Zeit zum Eingewöhnen gibt, u. a. da z. B. Bewegungsübungen in Kursen für ältere Migrantinnen und Migranten häufig ungewohnt sind. Auch sollten die Teilnahmevoraussetzungen möglichst niedrig gehalten werden und flexible Lösungen gefunden werden. So sollte z. B. die Teilnahme an einem Schwimmkurs auch für Nichtschwimmerinnen und Nichtschwimmer ermöglicht werden, etwa durch Übungen im Nichtschwimmerbereich, Aquagymnastik etc.

Interkulturelle Öffnung von Einrichtungen

Neben der Entwicklung von Angeboten, die gezielt auf die Gruppe der älteren Migrantinnen und Migranten ausgerichtet sind und vor allem an bereits vertrauten Orten wie Migrant*innenorganisationen und Einrichtungen der Integrationsarbeit platziert werden, sollte die Zugänglichkeit von Angeboten der Gesundheitsförderung für ältere Menschen generell verbessert werden. Hierzu gehört, dass Träger und Anbieter entsprechender Maßnahmen für Mechanismen des Ausschlusses und spezifische Nutzungsbarrieren älterer zugewanderter Menschen sensibilisiert werden und für den Prozess der interkulturellen Öffnung durch entsprechende Qualifizierungs- und Begleitmaßnahmen unterstützt werden.

Zu Anbietern, wie z. B. Sportvereine, mit denen ältere Migrantinnen und Migranten keine Erfahrung haben und zu denen kaum Berührungspunkte bestehen, muss zunächst Vertrauen aufgebaut werden. Hierfür ist ein längerer Prozess einzuplanen. Zur Vermittlung ist die Mitwirkung von „Brückenbauerinnen und -bauern“, die selbst einen Migrationshintergrund haben und interkulturelle Kompetenzen besitzen, erforderlich. Sie begleiten den Prozess des Kennenlernens und des Beziehungsaufbaus. Parallel dazu arbeiten sie mit den Vereinen und unterstützen diese in der Gestaltung spezifischer Sport- und Gesundheitsangebote für Ältere mit Migrationshintergrund.

Betroffene systematisch einbeziehen

Nicht zuletzt ist die Beteiligung älterer Migrantinnen und Migranten bei der Konzeption und Umsetzung von Angeboten der Gesundheitsförderung von zentraler Bedeutung. Die Beteiligung der Zielgruppen an der Entwicklung von Interventionen bzw. an der Gestaltung gesundheitsförderlicher Settings ist ein wesentliches Element einer niedrighschwelligen und zielgruppenorientierten Arbeitsweise.

Hierzu können vor allem ältere Migrantinnen und Migranten angesprochen werden, die bereits in anderen Kontexten in und außerhalb von Migrant*innenorganisationen aktiv sind. Allerdings muss auch damit gerechnet werden, dass ältere Migrantinnen und Migranten mitunter zurückhaltend reagieren, wenn es darum geht Aufgaben bei der Gestaltung von Angeboten zu übernehmen. Gesundheitliche Beeinträchtigungen und niedrige formale Bildung können sich einschränkend auswirken. Teilweise fehlen auch das Selbstvertrauen und die Erfahrung in der Ausübung ehrenamtlicher Tätigkeiten.

Grundsätzlich sollte es darum gehen, die Ressourcen und Potenziale der älteren Migrantinnen und Migranten zu stärken und ihre Mitgestaltung im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zu unterstützen. Damit die partizipativen Potenziale in hohem Maße zur Entfaltung kommen können, sind Maßnahmen des Empowerments, z. B. spezielle Bildungsangebote für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren mit Migrationshintergrund wichtig.

Berücksichtigung der Heterogenität der Zielgruppe

Grundsätzlich gilt es bei der Entwicklung von Maßnahmen zu berücksichtigen, dass ältere Migrantinnen und Migranten eine sehr heterogene Gruppe sind und es erhebliche Unterschiede im Gesundheitsverhalten und den diesem zugrundeliegenden Lebensumständen, Erfahrungen, Bewertungen und Einstellungen gibt. Diese müssen bei der Entwicklung von Zugangsstrategien und bei der Gestaltung von gesundheitsfördernden Angeboten berücksichtigt werden. Insgesamt kann es daher auch keine Pauschallösung für die Erschließung von Zugängen und die Entwicklung bedarfsgerechter Angebote zur Gesundheitsförderung älterer Migrantinnen und Migranten geben. Vielmehr sind unterschiedliche Ansätze notwendig, die den jeweiligen individuellen und örtlichen Rahmenbedingungen Rechnung tragen.

Fördermöglichkeiten

In den Im Alter IN FORM-Qualitätsbausteinen sind Informationen zu möglichen Förderquellen für Maßnahmen bzw. Projekte zur Gestaltung von Angeboten zur Förderung der Gesundheit älterer Menschen erläutert. Diese Fördermöglichkeiten bestehen generell auch für ältere Menschen mit Migrationshintergrund. Darüber hinaus werden auf Bundes- und Landesebene von verschiedenen Ministerien, Institutionen und Organisationen auch spezielle Förderprogramme für Angebote für die Zielgruppe von Migrantinnen und Migranten aufgelegt. Sie sind auf den Internetseiten der entsprechenden Institutionen veröffentlicht. In der Anlage 4 sind einige Links zusammengestellt.



in FORM
Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung
und mehr Bewegung

bagso

Im Alter IN FORM Qualitätsbausteine

Wohlbefinden und Lebensqualität
älterer Menschen fördern – aber wie?

www.in-form.de
www.im-alter-inform.de

➔ **Im Alter IN FORM-**

Qualitätsbausteine:

[https://im-alter-inform.de/](https://im-alter-inform.de/fileadmin/user_upload/)

[fileadmin/user_upload/](https://im-alter-inform.de/fileadmin/user_upload/)

[9_Qualitätsbausteine/PDFs/](https://im-alter-inform.de/fileadmin/user_upload/)

[Qualitätsbausteine_web.pdf](https://im-alter-inform.de/fileadmin/user_upload/)

➔ **Zahlreiche weitere gute Praxisbeispiele zur Gesundheitsförderung älterer Menschen aus den Bereichen Ernährung, Bewegung und soziale Teilhabe werden unter folgendem Link vorgestellt. Davon richten sich einige speziell an ältere Migrantinnen und Migranten.**

<https://im-alter-inform.de/praxisbeispiele>

Gesundheitsförderung bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund: Praxisbeispiel DOSB-Projekt „Zugewandert und Geblieben (ZuG)“

Die Brandenburgische Sportjugend im Landessportbund Brandenburg e.V. war eine der vom Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) ausgewählten Mitgliedsorganisationen, die sich an der Umsetzung des Projektes „ZuG“ (Zugewandert und Geblieben) beteiligten. Das Projekt wurde im Zeitraum von Juni 2013 bis Juli 2016 vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert und richtete sich an Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund ab einem Alter von 60 Jahren. Ziel des Projektes war es, neue Zugangswege zu der Zielgruppe zu erarbeiten und zielgruppengerechte Sportangebote zu entwickeln. In der Praxis ging es darum, ältere Migrantinnen und Migranten an den organisierten Sport heranzuführen, ihnen den Zugang zu Sport und Gesundheitsangeboten zu ermöglichen und somit ein aktives gesellschaftliches Leben in Deutschland zu fördern.

Für das Projekt konnten fünf brandenburgische Sportvereine gewonnen werden: Einen weiteren wichtigen Ansatzpunkt stellten dabei sogenannte „Kümmerer“ oder „Brückenbauerinnen und -bauer“ dar, die möglichst selbst einen Migrationshintergrund und geeignete Sprachkenntnisse haben sollten. Wie es sich bereits erwies, wird dadurch ein besserer Kontakt zu der Zielgruppe erreicht und mehr Vertrauen seitens der älteren Menschen aufgebaut – gegenüber dem Projekt und dem System des organisierten Sports in Deutschland.

Jeder Verein gestaltete in Absprache mit den Seniorinnen und Senioren mindestens einen Kurs, wobei die Wünsche und Bedürfnisse der älteren Migrantinnen und Migranten sowie kulturelle Besonderheiten ihrer Herkunftsländer beachtet wurden.

Die Kurse hatten Gesundheitsförderungscharakter, zielten also darauf ab, mehr Beweglichkeit in den Alltag der Seniorinnen und Senioren zu bringen sowie die körperliche Aktivität zu fördern.

Im Rahmen des Projektes gelang es, circa 100 Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund für regelmäßiges und gesundheitsorientiertes Sporttreiben zu gewinnen.

Zahlreiche weitere gute Praxisbeispiele zur Gesundheitsförderung älterer Menschen aus den Bereichen Ernährung, Bewegung und soziale Teilhabe werden unter folgendem Link vorgestellt. Davon richten sich einige speziell an ältere Migrantinnen und Migranten.

<https://im-alter-inform.de/praxisbeispiele>

Anlagen

Anlage 1

Liste der Teilnehmenden des BAGSO „Im Alter IN FORM-Expertenworkshops“

Workshop: Im Alter IN FORM „Angebote zur Förderung der Gesundheit für Migrantinnen und Migranten attraktiv gestalten!“
25. Juni 2019, Kassel

1. **Nikos Athanassiadis**
Bundesarbeitsgemeinschaft der ImmigrantInnenverbände (BAGIV)
2. **Esther Kluba**
Kompetenzzentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe, Berlin
3. **Sabine Landau**
Deutscher Olympischer Sportbund
4. **Prof. Dr. habil. Michael May**
Fachbereich Sozialwesen der Fachhochschule Wiesbaden
5. **Dr. Elke Olbermann**
Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V.,
Institut für Gerontologie an der TU Dortmund
6. **Asli Peker Gaubert**
Volkssolidarität Bezirklicher Migrationsdienst, Berlin
7. **Natalie Schulz**
Hochschule Fulda – Universität of Applied Science
8. **Barbara Stupp**
BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V.
9. **Anne v. Laufenberg-Beermann**
BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V.
10. **Gabriella Zanier**
Caritasverband Frankfurt e.V.

Anlage 2

Links zum Thema Migrantenorganisationen Informationsquellen über Migrantenorganisationen

Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration

www.integrationsbeauftragte.de/ib-de

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge

www.bamf.de/DE/Themen/Integration/AkteureEhrenamtlicheInteressierte/Migrantenorganisationen/migrantenorganisationen-node.html

Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration

www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2020/11/SVR-FB_Studie_Migrantenorganisationen-in-Deutschland.pdf

Bundeszentrale für politische Bildung

www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration-ALT/56486/migrantenorganisationen

Wegweiser Bürgergesellschaft

www.buergergesellschaft.de/mitentscheiden/handlungsfelder-themen/migration-und-integration/migrantenorganisationen-und-vereine

Informationsquellen über Netzwerke von Migrantenorganisationen (Auswahl)

Bundesarbeitsgemeinschaft der Immigrantenverbände in Deutschland e.V.

<https://bagiv.de>

Bundesverband Netzwerke von Migrantenorganisationen e.V.

<http://bv-nemo.de>

Dachverband sächsischer Migrantenorganisationen e.V.

www.dsm-sachsen.de

Anlage 3

Literatur zum Thema

„Ältere Migrantinnen und Migranten“

Alisch, M. (2020). Alter(n) und Erfolg in der Einwanderungsgesellschaft, in: Genkova, P. & Riecken, A. (Hrsg.), Handbuch Migration und Erfolg. Psychologische und sozialwissenschaftliche Aspekte (S. 235-246), Wiesbaden: Springer

Baykara-Krumme, H.; Motel-Klingebiel, A.; Schimany, P. (2012). Viele Welten des Alterns: Ältere Migranten im alternden Deutschland, Wiesbaden.

Forschungsbereich beim Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR-Forschungsbereich) (2020).

Vielfältig engagiert – breit vernetzt – partiell eingebunden? Migrantenorganisationen als gestaltende Kraft in der Gesellschaft, Berlin.
www.svr-migration.de

Habermann, M.; **Stagge, M.** (2014). Ältere Migranten und Migrantinnen in der kommunalen Versorgung. Eine Studie zur Entwicklung und Umsetzung niedrigschwelliger Angebote und zum kommunalen Integrationsmonitoring, Gesundheitswesen, 76 - A66 DOI: 10.1055/s-0034-1386916
www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0034-1386916

Hoffmann, E.; **Romeu Gordo, L.** (2016). Lebenssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund, in: Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (Hrsg.), Datenreport 2016. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, Bonn, S. 64 - 73

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

May, M.; Alisch, A. (2013). AMIQUUS – Unter Freunden: Ältere Migrantinnen und Migranten in der Stadt. Opladen, Berlin, Toronto.

<https://books.google.de/books?hl=de&lr=&id=2CVpDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=%C3%A4ltere+Migranten+bedarfe&ots=VGSP5j99R9&sig=zIIge1Lej3C3R6OLdWMj-PEtC64#v=onepage&q=%C3%A4ltere%20Migranten%20bedarfe&f=false>

May, M. (2019). Zur Rekonstruktion von Nutzungsorientierungen sozialer Dienstleistungen im Bereich Gesundheit und Pflege älterer Zugewandelter. *Soz Passagen* 11 (1), S. 119–138. DOI: 10.1007/s12592-019-00314-4.

Olbermann, E. (2013). Das Alter wird bunter. Lebenslagen älterer Menschen mit Migrationshintergrund und Handlungsbedarfe für Politik und Gesellschaft. Friedrich-Ebert-Stiftung, August 2013.

<http://library.fes.de/pdf-files/wiso/10188.pdf>

Olbermann, E. (2010). Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Praxisleitfaden, Dortmund 2010.

www.ffg.tu-dortmund.de/cms/de/Projekte/Abgeschlossene_Projekte/2010/Gesundheitsfoerderung_und_Primaerpraevention/index.html

Schäfer, G.; Brinkmann, D.; Freericks, R.; Kart, M. (2015). Gestaltung und Wahrnehmung niedrigschwelliger Angebote für ältere Migranten im Stadtteil. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48, 426–433

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00391-015-0913-0>

Schenk, L.; Habermann, M. (2020). Migration und Alter. Berlin.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2019. Wiesbaden.

www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publicationen/Downloads-Migration/migrationshintergrund-2010220197004.pdf?__blob=publicationFile

Anlage 4

Links zu Portalen mit Förderprogrammen

1. **Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend**
www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/aeltere-menschen
2. **Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben – Bundesservicestelle „Aktion zusammen wachsen“**
www.aktion-zusammen-wachsen.de/startseite.html
3. **Bundesamt für Migration und Flüchtlinge**
www.bamf.de/DE/Themen/Integration/AkteureEhrenamtlicheInteressierte/EhrenamtlichesEngagement/ehrenamtlichesengagement-node.html
4. **Bundesamt für Migration und Flüchtlinge**
www.bamf.de/DE/Behoerde/Aufgaben/FoerderungIntegration/foerderungintegration-node.html
5. **Ehrenamtliches Engagement**
Das Bundesamt ist Partner des Ehrenamts im Integrationsbereich. Mit zahlreichen Angeboten und Projekten unterstützen wir Ihre Arbeit vor Ort.
www.bamf.de/DE/Themen/Integration/AkteureEhrenamtlicheInteressierte/EhrenamtlichesEngagement/ehrenamtlichesengagement-node.html
6. **Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (BMI) – Bundesprogramm Integration durch Sport**
www.integrationsbeauftragte.de/ib-de
7. **Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (BMI) Programm Zusammenhalt durch Teilhabe**
www.bmi.bund.de/DE/themen/heimat-integration/gesellschaftlicher-zusammenhalt/zusammenhalt-teilhabe/zusammenhalt-teilhabe-node.html
8. **Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration**
www.integrationsbeauftragte.de/ib-de/integrationsarbeit-in-den-bereichen/projektfoerderung

Impressum

Herausgeber

BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V.
Geschäftsstelle Im Alter IN FORM
Noeggerathstraße 49
53111 Bonn
E-Mail: inform@bagso.de
www.im-alter-inform.de

Förderung

Die vorliegende Handreichung wurde gefördert durch das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft im Kontext von IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages.

Konzept und Bearbeitung

Anne v. Laufenberg-Beermann,
BAGSO-Im Alter IN FORM Projektleiterin

Barbara Stupp,
BAGSO, Referentin für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Autorin

Dr. Elke Olbermann,
Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V.
Institut für Gerontologie an der TU Dortmund,
Wissenschaftliche Geschäftsführerin
Evinger Platz 13 | D-44339 Dortmund

Gestaltung und Satz

GDE | Kommunikation gestalten
www.gde.de

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Ernährung
und Landwirtschaft



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Über IN FORM: IN FORM ist Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Sie wurde 2008 vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) initiiert und ist seitdem bundesweit mit Projektpartnern in allen Lebensbereichen aktiv. Ziel ist, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Menschen dauerhaft zu verbessern. Weitere Informationen unter: www.in-form.de.