

# Projektbericht

## **BEMIG**

Betreuungs- und Pflegebedarf älterer MigrantInnen:  
Bedarfsabschätzung und Herausforderungen

# Betreuungs- und Pflegebedarf älterer MigrantInnen: Bedarfsabschätzung und Herausforderungen

## Projektbericht

Bernhard Perchinig, Katharina Schaur (AutorInnen)

Elisabeth Strasser (Projektkoordination)

---

Prepared by the International Centre for Migration Policy Development, Vienna - Austria

Funded by the European Integration Fund of the European Commission and the Federal Ministry for Europe, Integration and Foreign Affairs

International Centre for Migration Policy Development • October 2015

---

International Centre for Migration Policy Development (ICMPD)  
Gonzagagasse 1  
A-1010 Vienna  
Austria  
[www.icmpd.org](http://www.icmpd.org)

---

International Centre for Migration Policy Development  
Austria, 2015

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, copied or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording, or any information storage and retrieval system, without permission of the copyright owners.

This publication has been produced with the assistance of the European Integration Fund of the European Commission and the Federal Ministry for Europe, Integration and Foreign Affairs. The contents of this publication is the sole responsibility of ICMPD and can in no way be taken to reflect the views of the European Integration Fund, European Commission, or the Federal Ministry for Europe, Integration and Foreign Affairs.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Executive Summary</b> .....	<b>8</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>11</b>
<b>2 Literatur zur Lebenssituation älterer MigrantInnen aus der Perspektive des Betreuungs- und Pflegebedarfs</b> .....	<b>12</b>
2.1 Demografische Aspekte .....	12
2.2 Sozioökonomische Aspekte.....	13
2.3 Gesundheitssituation .....	14
2.4 Innerinstitutioneller Anpassungsbedarf .....	16
<b>3 Zur Abschätzung des Pflege- und Betreuungsbedarfs älterer MigrantInnen in den Jahren 2020 und 2025</b> .....	<b>17</b>
3.1 Einleitende Bemerkungen .....	17
3.2 Der Zugang zum Pflegegeld als Annäherungswert für die Abschätzung des Pflege- und Betreuungsbedarfs.....	17
3.2.1 Rechtliche Rahmenbedingungen .....	17
3.2.2 Das Pflegegeld .....	19
3.3 Datenmaterial zur Nutzung des Pflegegelds.....	19
3.3.1 Wesentliche demografische Aspekte der Pflegegeldnutzung .....	19
3.3.2 Zur Demografie der zugewanderten Bevölkerung im Alter von über 60 Jahren <sup>23</sup>	
3.4 Grobabschätzung des Pflegegeldbezugs durch im Ausland geborene Personen.....	24
3.5 Zusammenfassung .....	29
<b>4 Hauptergebnisse ExpertInnenbefragung</b> .....	<b>30</b>
4.1 Methodologie.....	30
4.2 Betreuung und Pflege älterer MigrantInnen als Thema der Institution .	30

4.2.1	Aufbau von Verantwortungsstrukturen bei PflegedienstanbieterInnen und in der Verwaltung.....	30
4.2.2	Vermittlung der Information über die eigenen Angebote .....	33
<b>4.3</b>	<b>Wesentliche Herausforderungen im Pflegebereich aus der Sicht der Institution.....</b>	<b>36</b>
4.3.1	Rechtliche und ökonomische Zugangshürden.....	36
4.3.2	Herausforderungen im mobilen Bereich .....	38
4.3.2.1	<i>Spannungsfeld Familie – externe PflegerInnen</i> .....	38
4.3.2.2	<i>Kontinuität des Pflegepersonals</i> .....	40
4.3.2.3	<i>Sprachmatching</i> .....	41
4.3.2.4	<i>Geschlechtszugehörigkeit der PflegerInnen</i> .....	44
4.3.2.5	<i>Religionsbezogene Aspekte</i> .....	45
4.3.3	Herausforderungen im stationären Bereich.....	46
4.3.3.1	<i>Image stationärer Einrichtungen</i> .....	47
4.3.3.2	<i>Sprachmatching</i> .....	49
4.3.3.3	<i>Geschlechtszugehörigkeit des Pflegepersonals</i> .....	52
4.3.3.4	<i>Religiöse und kulturelle Aspekte</i> .....	53
4.3.3.5	<i>Diskriminierung und Fremdenfeindlichkeit</i> .....	56
4.3.4	Palliativmedizin .....	56
<b>5</b>	<b>Hauptergebnisse Fokusgruppen.....</b>	<b>58</b>
<b>5.1</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>58</b>
5.1.1	Fokusgruppen: Theorie und Methode .....	58
5.1.2	Organisation und Durchführung der Fokusgruppen .....	59
<b>5.2</b>	<b>Hürden im Zugang zu institutionalisierten Pflegeangeboten.....</b>	<b>61</b>
5.2.1	Mangelnde Informationen .....	61
5.2.1.1	<i>Wie suchen TeilnehmerInnen nach Informationen? Norm der Pflege zuhause</i> 62	
5.2.1.2	<i>Tabu des Thematisierens stationärer Pflege</i> .....	62
5.2.1.3	<i>Informationen erst im Ernstfall suchen</i> .....	62
5.2.1.4	<i>Rolle von sozialen Netzwerken: NachbarInnen und FreundInnen</i> .....	63
5.2.1.5	<i>Hilfreiche Stellen: (Haus-)ÄrztInnen und Krankenhäuser</i> .....	63
5.2.2	Sprachprobleme als Hürde .....	64
5.2.3	Erfahrungen mit Ämtern als Hürde.....	65
5.2.3.1	<i>Erfahrungen der Erniedrigung</i> .....	65
5.2.3.2	<i>Wahrnehmung von bedrohlichen Interaktionen mit Ämtern</i> .....	66
5.2.3.3	<i>Amtsarzt</i> .....	66
5.2.3.4	<i>Vorbehalte: „Informationen werden versteckt“</i> .....	67
5.2.4	Finanzielle Aspekte.....	68
5.2.4.1	<i>Prekäre finanzielle Ausgangslage von TeilnehmerInnen</i> .....	68

5.2.4.2	<i>Pflegegeld als willkommene, aber zu geringe Unterstützung</i> .....	69
5.2.4.3	<i>Finanzierung von stationärer Pflege: „Heime“ als unerschwinglich</i> .....	69
5.2.4.4	<i>Finanzierung von mobiler/teilstationärer Pflege</i> .....	69
5.2.4.5	<i>Thema Haushaltseinkommen: Genderspezifische Problemlagen</i> .....	70
<b>5.3</b>	<b>Erwartungen und Ängste</b> .....	<b>71</b>
5.3.1	Pflege zuhause durch Angehörige: Ideal und Realität.....	71
5.3.1.1	<i>Erwartungen der Eltern und Erwartungen an sich selbst</i> .....	72
5.3.1.2	<i>Eigene Wünsche und Erwartungen an die Kinder</i> .....	74
5.3.2	Stationäre Angebote: „im Heim sein“ .....	78
5.3.2.1	<i>Ablehnung stationärer Einrichtungen</i> .....	78
5.3.2.2	<i>Erwartungen bezüglich der Pflegekräfte</i> .....	80
5.3.2.3	<i>Kulturelle und religiöse Akzeptanz im „Heim“</i> .....	82
5.3.2.4	<i>Exkurs: Religiös/Ethnisch/Kulturell definierte Angebote</i> .....	83
5.3.3	Mobile und Teilstationäre Angebote: Unbekannt, aber interessant.....	83
5.3.3.1	<i>Interesse an mobilen Angeboten: Möglichkeit, zuhause zu bleiben</i> .....	84
5.3.3.2	<i>Erwartungen bezüglich der Pflegekräfte</i> .....	85
5.3.3.3	<i>Erwartungen bezüglich der Rahmenbedingungen</i> .....	85
<b>5.4</b>	<b>Rückkehrwünsche von TeilnehmerInnen und Pflege von Angehörigen im Herkunftsland</b> .....	<b>88</b>
5.4.1	Pro: Sehnsucht nach dem Herkunftsland .....	88
5.4.2	Pro: Finanzielle Sorgen.....	88
5.4.3	Contra: Qualität der pflegerischen Versorgung .....	89
5.4.4	Contra: Nächste Angehörige leben im Zielland .....	89
5.4.5	Pflege von Angehörigen im Herkunftsland .....	90
5.4.5.1	<i>Pflegearrangements im Herkunftsland</i> .....	90
5.4.5.2	<i>Pflege und Betreuung durch NachbarInnen</i> .....	90
5.4.5.3	<i>Mobile Pflege im Herkunftsland</i> .....	91
5.4.5.4	<i>Rückreise ins Herkunftsland</i> .....	91
5.4.5.5	<i>Angehörige aus Herkunftsland holen: Scheitern an Rahmenbedingungen</i> .	91
<b>5.5</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>92</b>
<b>6</b>	<b>Hauptergebnisse – Zusammenfassung</b> .....	<b>96</b>
<b>7</b>	<b>Empfehlungen und Handlungsoptionen</b> .....	<b>98</b>
<b>7.1</b>	<b>Informationsaustausch und Koordination zwischen den Bundesländern</b> .....	<b>98</b>
<b>7.2</b>	<b>Informationsvermittlung gegenüber der Zielgruppe</b> .....	<b>99</b>

<b>7.3</b>	<b>Einbindung von MigrantInnen in die Entwicklung von Pflegeangeboten</b>	<b>99</b>
<b>7.4</b>	<b>Entwicklung von Standards für kultursensible Pflege .....</b>	<b>100</b>
<b>7.5</b>	<b>Flexibilisierung der Pflegearrangements.....</b>	<b>101</b>
	<b>Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>102</b>
	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>103</b>
	<b>Anhang 1: Liste der ExpertInneninterviews.....</b>	<b>105</b>

# Executive Summary

Das vorliegende Forschungsprojekt widmete sich der Fragestellung des Zugangs von älteren MigrantInnen zu den in Österreich vorhandenen Pflegeangeboten und den mit der wachsenden Zahl älterer MigrantInnen verbundenen Herausforderungen für das österreichische Pflegesystem.

Dabei standen die folgenden Fragen im Vordergrund:

- Zu erwartender Pflegebedarf älterer MigrantInnen in den nächsten 5 – 10 Jahren.
- Erwartungen von MigrantInnen in Bezug auf die Betreuung im Alter, unter besonderer Berücksichtigung familiärer und außerfamiliärer Pflege.
- Kenntnis und Nutzung von mobilen, teilstationären und stationären Betreuungsangeboten, auch im Palliativbereich.
- Soziokulturelle Vielfalt als Herausforderung für die Anbieter – Diskurse, Strategien, praktische Lösungen.
- Die Rolle religiös oder ethnisch definierter Betreuungsangebote für die Erfüllung des Pflegebedarfs älterer MigrantInnen heute und in der Zukunft.

Das Projekt beruhte auf einer Literaturanalyse, der Analyse der vorhandenen Daten zur Abschätzung des Pflegebedarfs, sowie auf 30 Interviews mit ExpertInnen aus den Bereichen Pflegeadministration auf der Landes- und Gemeindeebene, Pflegeanbietern, Dachverbänden im Pflegebereich, NGOs im Bereich Alter und Migration, Palliativmedizin, sowie ExpertInnen aus der Pflege- sowie der Integrationsforschung. Diese Interviews dienten der Gewinnung der institutionellen Perspektiven zu den mit der wachsenden Zahl älterer MigrantInnen verbundenen Herausforderungen für das Pflegesystem und die –anbieter.

Die Perspektive der MigrantInnen wurde durch 8 Fokusgruppengespräche mit MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien, der Türkei und den Philippinen erfasst. Die Organisation der Gespräche erfolgte mit Unterstützung von Partnerorganisationen aus dem Gesundheits- und Migrationsbereich. Mit Ausnahme der Gruppe der MigrantInnen aus den Philippinen wurden die Gespräche geschlechtergetrennt durchgeführt, um geschlechtsrollenbedingte Verzerrung bei diesem doch sehr persönlichen Thema zu vermeiden. Alle Gespräche fanden in der Erstsprache der TeilnehmerInnen (PhilippinInnen: Englisch) statt, wurden audiovisuelle aufgezeichnet und inhaltlich zusammengefasst und analysiert.

Folgende Hauptergebnisse lassen sich zusammenfassen:

## 1.) Pflegeabschätzung

Die vorliegenden Daten über Pflegegeldbezug und die Nutzung der Pflegeangebote enthalten keine migrationsspezifischen Informationen. Eine Abschätzung des Pflege- und Betreuungsbedarfs von älteren MigrantInnen ist somit nur rudimentär in Form einer mit einer Vielzahl von Vorbehalten behafteten Grobabschätzung möglich ist.

Vergleicht man unter Berücksichtigung des o.a. Caveats die Daten aus der Bevölkerungsevidenz mit den Daten zur Pflegegeldnutzung, lassen sich für das Jahr 2020 insgesamt rund 26.000 PflegegeldberzieherInnen in der Gruppe der 60-79 Jährigen und rund 32.000 BezieherInnen in der Gruppe der Über 80 Jährigen im Ausland Geborenen erwarten, für das Jahr 2025 lauten die entsprechenden Zahlen rund 29.000 bzw. rund 42.000 Personen. Zwischen 2013 und 2025 steigt die Zahl der pflegeldbeziehenden Personen mit Auslandsgeburtsort somit um rund 47%.

Dieser Grobabschätzung zufolge werden im Jahr 2020 etwa 30.000 pflegegeldbeziehenden Personen mit Auslandsgeburtsort keine externen Angebote in Anspruch nehmen, und etwa 16.600 mobile und etwa 9.200 stationäre Angebote nutzen. Bis zum Jahr 2025 werden diese Werte auf etwa 37.500 Personen in häuslicher Betreuung und etwa 20.500 mobil bzw. etwa 11.300 stationär betreute Personen steigen.

Aus den bestehenden Daten ist weder eine genauere regionale noch eine herkunftgruppenbezogene Abschätzung möglich. Diese könnte von Statistik Austria unter Heranziehung der vorhandenen demografischen Modelle einfach errechnet werden. Es ist daher anzuregen, Statistik Austria mit der Entwicklung einer derartigen Abschätzung zu beauftragen.

## 2.) Die Wahrnehmung der Pflegeeinrichtungen

- Die Thematik Alter und Migration wird von allen befragten Einrichtungen als wesentliche Herausforderung begriffen und insbesondere in Weiterbildungsmaßnahmen behandelt.
- Der kleinere Teil der Einrichtungen hat interne Diversitätsmanagementprozesse entwickelt, die auch das Thema Pflegedienste umfassen. Bei den meisten Einrichtungen stehen ad-hoc-Lösungen im Vordergrund.
- Mehrsprachiges Informationsmaterial ist nur bei wenigen Einrichtungen vorhanden, aufsuchende, zielgruppengerichtete Informationsarbeit findet sich kaum.
- Gemeinsamer Anknüpfungspunkt der meisten Einrichtungen ist ein personenzentriertes Pflegeverständnis, für das Migration ein Element unter mehreren für die Entwicklung einer professionellen Pflegebeziehung ist. Eigene Angebote für MigrantInnen werden von den meisten Einrichtungen abgelehnt.
- Die Bedeutung kultursensibler Angebote wird unterschiedlich bewertet, unabhängig von der Bewertung experimentieren jedoch die meisten Anbieter mit Formen kultursensibler Pflege.
- Vor allem im stationären Bereich stoßen kultursensible Angebote oft auf organisatorische Grenzen.
- Die Aufsplitterung der Kompetenzen im Bereich der Pflegeangebote auf die Bundesländer erschwert die Entwicklung gemeinsamer Zugänge und Standards.
- Eine stärkere Sensibilität der Angebote für die Bedürfnisse von MigrantInnen wird von allen Anbietern und ExpertInnen gewünscht, es bestehen jedoch starke Zweifel an ihrer Realisierbarkeit angesichts bestehender Sparvorgaben.
- Die wachsende Zahl von Demenzerkrankungen wird als besondere Herausforderung angesehen: Der mit Demenz oft einhergehende Verlust der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit betrifft zuvorderst später im Leben erlernte Sprachen; daher wird es in Zukunft vermehrten Bedarf nach MitarbeiterInnen mit Erstsprachkenntnissen der PatientInnen geben.

- Das geringe Interesse türkischer MigrantInnen an Pflegeberufen wurde mehrfach als Problem für die Zukunft thematisiert.

### 3.) Die Wahrnehmung der MigrantInnen

- Der Informationsstand von MigrantInnen zum Thema ist oft niedrig und wird durch Informationsweitergabe in der peer-group geprägt, beim Zugang zu Informationen der Pflegeanbieter ist die Information durch Verwandte und Freunde dominant.
- Den meisten GesprächsteilnehmerInnen ist nur die Institution „Pflegeheim“ bekannt, dieses wird zumeist negativ wahrgenommen, wobei die negative Wahrnehmung oft auf dem Image dieser Einrichtungen im Herkunftsland beruht.
- Mobile und teilstationäre Pflegeangebote sind kaum bekannt, es gibt jedoch eine positive Grundeinstellung gegenüber diesen, da sie einen möglichst langen Verbleib in der eigenen Wohnung ermöglichen.
- Das Thema „familiäre Pflege“ wird ambivalent wahrgenommen: Einerseits dominiert der Wunsch, in der Familie gepflegt zu werden, andererseits ist den meisten Befragten bewusst, dass heute eine Pflege im Familienverband meist faktisch nicht möglich ist. Da dieses Thema weder von MigrantInnenvereinen noch von anderen Organisationen bearbeitet wird, wird es meist verdrängt.
- Negative Erfahrungen mit Behörden und öffentlichen Stellen führten oft zu einer Ablehnung öffentlicher Pflegeangebote.
- Sowohl bei mobilen wie bei stationären Angeboten besteht der deutliche Wunsch, in der eigenen Erstsprache kommunizieren zu können. Ebenso erwünscht sind der eigenen Tradition folgenden Ernährungsangebote und eine Berücksichtigung der jeweiligen Alltagskultur.
- Vor allem im stationären Bereich besteht die Angst, aufgrund schlechter Deutschkenntnisse keinen sozialen Anschluss zu finden; darauf sollten die Anbieter durch proaktive Maßnahmen reagieren.
- Zu religions- bzw. ethnisch spezifischen Angeboten besteht eine ambivalente Haltung: Während diese von einem Teil der Befragten als wünschenswert angesehen wurden, da sie sich dann eher angenommen fühlen würden, lehnte eine anderer Teil diese ab, da sie die Möglichkeit sozialer Kontakte einschränken würden.

# 1 Einleitung

Wenn auch MigrantInnen im Schnitt deutlich jünger sind als die in Österreich geborene Bevölkerung, ist der Anteil von MigrantInnen im Pensionsalter im Steigen begriffen. Anfang 2012 betrug der Anteil von über 65-Jährigen an der im Ausland geborenen Bevölkerung rund 14% oder rund 189.100 Personen (im Vergleich zu 18% bei der im Inland geborenen Bevölkerung), bei Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien betrug der Anteil rund 11% (oder knapp unter 42.000 Personen), bei in der Türkei geborenen Bevölkerung machten über 65-jährige 5% aus (oder knapp unter 8.000 Personen) (Statistik Austria 2013, 29). Die Alterung der migrantischen Bevölkerung wirft eine Reihe von Fragen hinsichtlich der Gesundheit bzw. der Gesundheitsversorgung von MigrantInnen im Alter sowie damit einhergehendem Pflegebedarf und –angebot und dessen Weiterentwicklung auf:

- 1.) Quantitative Abschätzung der Niederlassung und Formen transnationaler Haushaltsführung und (temporärer) Rückkehr
- 2.) Pflegebedarf in Bezug auf mobile Pflegedienstleistungen und stationäre Pflege, Zugangsmöglichkeiten und Zugangshürden
- 3.) Zielgruppenspezifischer Adaptionbedarf des bestehenden Angebots und Chancen für die Entwicklung neuer Angebote im Spannungsfeld von „mainstreaming“ und zielgruppenspezifischer Institutionen.

Das vorliegende Forschungsprojekt nähert sich diesen Fragen in Form einer explorativen Studie, die auf einer Datenanalyse sowie Fokusgruppengesprächen mit betroffenen MigrantInnen und ExpertInnengesprächen mit VertreterInnen von Pflegeanbietern, der Sozialverwaltung, Beratungs- und Betreuungseinrichtungen sowie aus den Pflege- und Sozialwissenschaften beruht.

Demgemäß gliedert sich der Bericht in eine kurze Darstellung der Literatur zur Lebenssituation älterer MigrantInnen aus der Perspektive des Betreuungs- und Pflegedarfs, eine Abschätzung des Pflegebedarfs auf der Basis der vorhandenen demografischen Date, sowie in die Darstellung der Hauptergebnisse der ExpertInnenbefragung bzw. der Fokusgruppengespräche. Das Schlusskapitel fasst die Ergebnisse zusammen und entwickelt entsprechende Handlungsempfehlungen.

## **2 Literatur zur Lebenssituation älterer MigrantInnen aus der Perspektive des Betreuungs- und Pflegebedarfs**

Wenn auch MigrantInnen im Schnitt deutlich jünger sind als die in Österreich geborene Bevölkerung, ist der Anteil von MigrantInnen im Pensionsalter im Steigen begriffen. Anfang 2012 betrug der Anteil von über 65-Jährigen an der im Ausland geborenen Bevölkerung rund 14% oder rund 189.100 Personen (im Vergleich zu 18% bei der im Inland geborenen Bevölkerung), bei Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien betrug der Anteil rund 11% (oder knapp unter 42.000 Personen), bei in der Türkei geborenen Bevölkerung machten über 65-Jährige 5% aus (oder knapp unter 8.000 Personen) (Statistik Austria 2013, 29). Die Alterung der migrantischen Bevölkerung wirft eine Reihe von Fragen hinsichtlich der Gesundheit bzw. der Gesundheitsversorgung von MigrantInnen im Alter sowie damit einhergehendem Pflegebedarf und -angebot und dessen Weiterentwicklung auf.

### **2.1 Demografische Aspekte**

Migration ist auch heute noch individuell oft als temporärer Aufenthalt im Zielland intendiert, der spätestens mit der Pensionierung endet. Mit dem Ende der Erwerbstätigkeit fällt für viele MigrantInnen die ursprüngliche Migrationsursache weg, ein weiterer Verbleib in Österreich wird daher in Frage gestellt. Wie verschiedene Studien (Ilić et al. 2007, 33ff., Reinprecht 2006, 143ff. ) zeigen, bleibt bei älteren MigrantInnen oft die Rückkehrabsicht bestehen. In der auf Wien bezogenen Studie von Reinprecht äußerten nur ein Drittel der befragten älteren MigrantInnen eine Bleibeabsicht in Österreich, ein Fünftel wollte ins Herkunftsland zurückkehren, und ein weiteres Fünftel war unentschlossen. Für den restlichen Teil der Befragten war die Vorstellung, zwischen dem ehemaligem Heimatland und Österreich zu pendeln, eine Möglichkeit (Reinprecht, 2006, 133). Generell war bei den Befragten eine Tendenz festzustellen, die Entscheidung über Rückkehr oder Verbleib aufzuschieben, was auch auf die Bereitschaft, sich bewusst auf die Lebensphase Alter vorzubereiten, verminderte.

Wie eine Studie von Schimany (2007, 111ff.) für Deutschland zeigt, ist jedoch auch die Rückkehr ins Herkunftsland oft temporär und reicht von mehreren Monaten bis zu mehreren Jahren. Im höheren Alter oder bei schwereren gesundheitlichen Problemen erfolgt oft eine Rückkehr nach Deutschland, bzw. gibt es verschiedene Formen transnationaler Lebensführung mit aneinandergereihten mehrmonatigen Aufenthaltsphasen im Herkunftsland bzw. in Deutschland.

Für Österreich liegen außer der zitierten Arbeit von Reinprecht (1999, 2005, 2006) keine Studien über die Verbleibswahrscheinlichkeit von MigrantInnen im Pensionsalter in Österreich, über die Dauer der Rückkehr ins Herkunftsland und einer Wiederansiedelung in Österreich oder über Formen transnationaler Haushaltsführung vor. Aus biografischen Darstellungen und journalistischen Berichten ist jedoch bekannt, dass vor allem EinwanderInnen aus dem Raum des ehemaligen Jugoslawien oft über Grund- und

Immobilienbesitz in ihrem Herkunftsland verfügen und diesen auch zumindest temporär nutzen. Sowohl die geografische Nähe wie die erleichterten Einreisebedingungen erlauben für diesen Raum (im Gegensatz zur Türkei und den Philippinen) relativ einfach eine transnationale Haushaltsführung. Die Rückkehrwünsche bzw. transnationale Lebensführung der im Rahmen von BEMIG befragten MigrantInnen werden in Abschnitt 5.4 erörtert.

## 2.2 Sozioökonomische Aspekte

Die Möglichkeit, im Alter ein selbstbestimmtes Leben weiterzuführen, wird, neben den medizinischen Aspekten, wesentlich durch die sozioökonomischen Rahmenbedingungen mitbestimmt. Von besonderer Bedeutung sind dabei die Wohnqualität und die Qualität der Wohnumgebung, die Einkommensverhältnisse und die Haushaltsstruktur.

Ältere Menschen verbringen bis zu vier Fünftel ihrer Zeit in ihren Wohnungen und bei Einschränkung der Mobilität kann die Wohnung sogar zum alleinigen Lebensmittelpunkt werden. Die Wohnqualität und die Ausstattung der Wohnung sind somit ein wichtiges Kriterium für das Fortführen eines selbstbestimmten Lebens. In diesem Zusammenhang kommen auch der Wohnumgebung und der Struktur der Wohnviertel eine besondere Bedeutung zu. MigrantInnen leben häufig in segregierten Stadtteilen, die oft zusätzlich von schlechterem Lebensstandard bzw. minderwertig ausgestatteten Wohnungen geprägt sind. Oft ist auch das Angebot an mobilen und/oder institutionalisierten Pflegeleistungen in diesen Bezirken schlechter als in sozial besser gestellten Vierteln (Kohlbacher & Reeger 2007). Die Versorgung mit mobiler wie institutioneller Pflege wird oft also auch durch die Sozialstruktur der Wohnviertel mitbestimmt.

Weitere entscheidende Einflussfaktoren sind das Haushaltseinkommen und Armutsrisiko. Ein Vergleich des Haushaltseinkommens der österreichischen Wohnbevölkerung zeigt deutliche Unterschiede zwischen ImmigrantInnen und ÖsterreicherInnen (BMI 2013, 65). Das erhöhte Armutsrisiko der älteren MigrantInnen ist laut Förster und Heizmann (2007, 294ff.) weitgehend vom niedrigeren Erwerbseinkommen während der Erwerbsphase bestimmt. Reinprecht weist darauf hin, nur ein Fünftel der MigrantInnen im Pensionsalter über eine reguläre Alterspension in Höhe zumindest des Ausgleichrichtlagenzusatzes verfügen (Reinprecht 2007, 214). Auch deutsche Untersuchungen zeigen ein deutlich niedrigeres Einkommensniveau und eine erhöhte Armutsgefährdung zugewanderter SeniorInnen, wobei vor allem MigrantInnen aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien über die niedrigsten Nettoeinkommen verfügen (Schopf & Naegele, 2004, 387).

Der Betreuungsbedarf von MigrantInnen wird wesentlich von der Einkommenssituation, der rechtlichen Stellung, der Wohnsituation, der Gesundheitslage und der Altersplanung bestimmt (Kremla 2004, 47). Das Einkommen und die rechtliche Situation sind wesentliche Bestimmungsfaktoren für eine Rückkehr ins Herkunftsland bzw. den Verbleib in Österreich, die Wohnsituation beeinflusst die soziale Stellung und den Hilfebedarf für das Aufrechterhalten von Mobilität, wenn z.B. kein Lift vorhanden ist. Der Gesundheitszustand beeinflusst schließlich zentral den Grad der benötigten Unterstützung im Alltag.

## 2.3 Gesundheitssituation

Empirische Daten zu älteren MigrantInnen zeigen, dass MigrantInnen eine deutlich schlechtere Gesundheitssituation aufweisen als die vergleichbare nicht zugewanderte Bevölkerung, wobei dies insbesondere auf ehemalige ArbeitsmigrantInnen aus der Türkei und Jugoslawien zutrifft. Gravierende Unterschiede gibt es aber auch bei psychosozialen Indikatoren (z.B. Einsamkeit, Depression, allgemeine Lebenszufriedenheit) (Reinprecht 1999, 59).

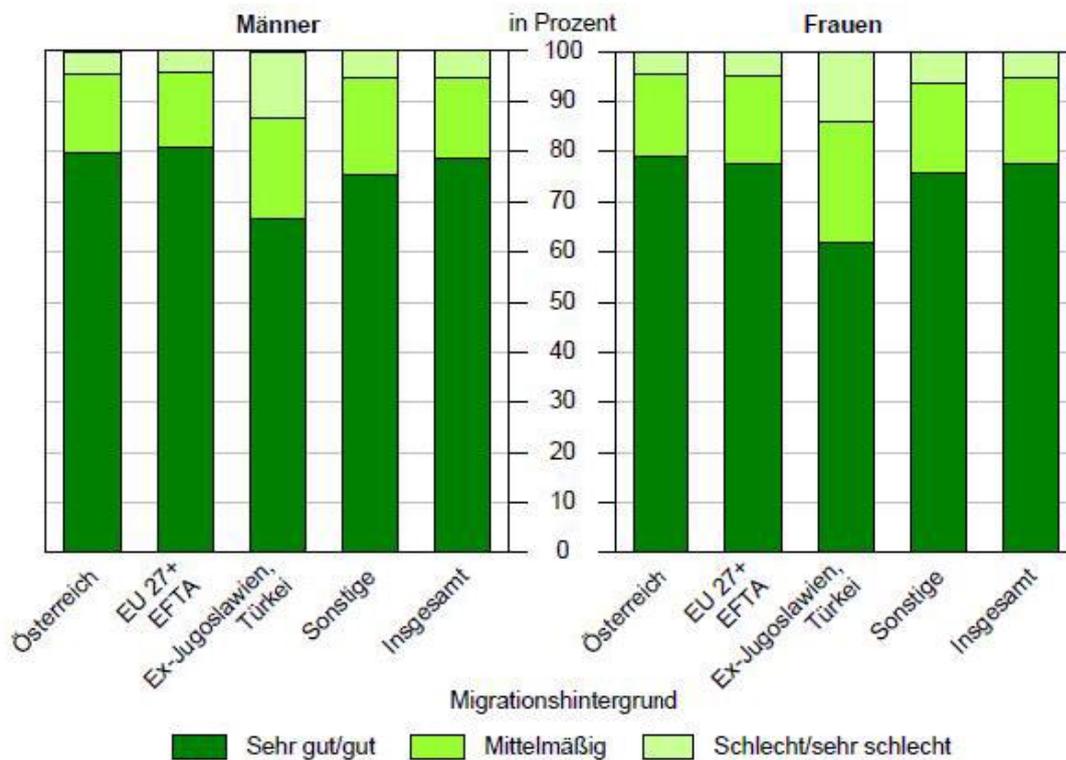
Diese Daten stehen nur auf den ersten Blick im Widerspruch zu dem in der Literatur häufig beschriebenen „healthy migrants effect“ (Kohls 2008): Die Gruppe der MigrantInnen ist im Durchschnitt zwar zumeist jünger als die Bevölkerung des Ziellandes und weist somit eine geringere Krankheitsbelastung auf, die meist belastende Berufs- und Lebenssituation führt in Verbindung mit einer geringeren Inanspruchnahme von vorsorgemedizinischen Leistungen aber besonders bei unqualifizierten bzw. niedrig qualifizierten ArbeitsmigrantInnen zu einer deutlich schlechteren Gesundheitssituation im höheren Alter.

Hierbei zeigen sich allerdings in Österreich deutliche Unterschiede nach Herkunftsregion: Auswertungen der Gesundheitsbefragung (Statistik Austria 2007) zeigen erhebliche Differenzen in der gesundheitlichen Situation der 50-jährigen Bevölkerung: So fühlten sich Personen, die aus den „alten“ EU-Ländern nach Österreich einwanderten, im Schnitt gesünder als Angehörige der alteingesessenen österreichischen Bevölkerung (Mittelwert 2,2 im Vergleich zu 2,4 auf einer 5-stufigen Skala von sehr gut bis sehr schlecht), während Angehörige der Arbeitsmigration deutlich niedrigere Werte aufweisen (Mittelwert von 2,9 beziehungsweise 3); die Werte für Personen aus den neuen EU-Mitgliedsländern entsprachen in etwa jenen der alteingesessenen österreichischen Bevölkerung.

Deutlich schlechter war die gesundheitliche Selbsteinschätzung von MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei: Nur rund 2/3 der befragten Männer und knapp über 60 Prozent der befragten Frauen schätzten ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ ein, während der entsprechende Vergleichswert bei den alteingesessenen Männern und Frauen etwa 80% betrug (Statistik Österreich 2007, S.82):

Weiters dokumentieren die Daten eine unterschiedliche Belastung durch chronische Erkrankungen: So geben 74 Prozent der MigrantInnen aus der Türkei und 60 Prozent jener aus dem ehemaligen Jugoslawien an, unter einer chronischen Krankheit zu leiden, im Unterschied zu 48 Prozent der Zuwanderer aus den EU-Ländern und 57 Prozent der Befragten aus der autochthonen Bevölkerung (a.a.O.). Eine Befragung zur Lebensqualität in Wien (Stadtentwicklung und Stadtplanung Wien 2007) kommt zu einem ähnlichen Befund und weist bei den MigrantInnen aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien eine um zehn Prozentpunkte niedrigere Bewertung der eigenen Gesundheit aus als bei der vergleichbaren nicht zugewanderten Bevölkerung.

Abbildung 1: Gesundheitszustand nach Migrationshintergrund und Geschlecht, 2006/2007



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; Subjektiver Gesundheitszustand nach Migrationshintergrund und Geschlecht.

Auf der Basis einer Analyse der Daten der Gesundheitsbefragung weist Reinprecht (2010, 73ff.) darauf hin, dass der Erhalt von Gesundheit nicht durch die Erfahrung der Migration selbst, sondern primär durch die Klassenlage und die Gegebenheiten der sozialen Ungleichheitsordnung eine Einschränkung erfährt:

*Je nach Grad der Exponiertheit und Ungeschützttheit variiert der Gesundheitsstatus sowie deren Folgen, insbesondere für den Prozess des Alterns: Je ungeschützter die Arbeits- und Lebenssituation, desto früher setzt das Älterwerden ein, umso größer das Risiko von (objektiver und subjektiver) Alltagsbeeinträchtigung und vorzeitiger Mortalität.(...) Eine Folge der instabilen und prekären Lage manifestiert sich auch im Empfinden, nicht ausreichend abgesichert zu sein. Unsicherheit bezieht sich hier nicht nur auf die Ausstattung mit finanziellen, sozialen und kulturellen Ressourcen, sondern insbesondere auf die subtil wirkenden Mechanismen der sozialen Schließung, die auch nach Wegfall sozialrechtlich diskriminierender Zugangsregelungen dafür sorgen, dass Angebote und Leistungen im Gesundheitssystem nicht nach Bedarf genutzt werden (können). (Reinprecht 2010, 73ff.)*

## 2.4 Innerinstitutioneller Anpassungsbedarf

Die Ergebnisse bisheriger Forschungsberichte aus Österreich, Deutschland und der Schweiz weisen auf eine geringe Inanspruchnahme vor allem der Angebote der mobilen und stationären Altenbetreuung durch MigrantInnen hin. Nach Reinprecht (1999, 69) können Migranten zwar noch immer häufiger als Österreicher auf Betreuung von Familienmitgliedern zurückgreifen, allerdings verändern sich auch ihre Familienstrukturen. Im Zuge der Migration hat sich die Großfamilie oft zur Kleinfamilie verändert und dadurch sind auch die traditionellen Rollen und die gegenseitige Unterstützung nicht mehr so wie früher vorhanden (Zwicklhuber, 2003, 53). Auch erwartet nur ein Teil der älteren MigrantInnen, von ihren Kindern betreut zu werden (Kremla 2004, 81). In den Untersuchungen von Kremla und Reinprecht zeigte sich aber auch, dass unter den in Österreich lebenden Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien nur geringe Kenntnisse über verschiedene Pflege- und Betreuungsformen vorhanden sind. Der gesamte Bereich der mobilen Unterstützungsleistungen als Alternative bzw. Ergänzung zur familiären Betreuung ist nur eingeschränkt bekannt (Kremla, 2004, 81; Reinprecht, 2005, 70). Dazu tritt die im Zuge des Migrationsprozess oft hinausgeschobene Auseinandersetzung mit dem Alter als Lebensphase und eine daher oft mangelnde Vorbereitung auf potentielle Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit. Vor diesem Hintergrund muss man von einer gravierenden Unterversorgung von MigrantInnen in Hinsicht auf Pflegeleistungen ausgehen.

Neben den sozioökonomischen Zugangshürden nennen die vorliegenden Studien vor allem die Aspekte der Sprache und der Religion als relevante Faktoren, die eine außerfamiliäre Betreuung erschweren. Aufgrund der oft fehlenden Deutschkenntnisse unter den MigrantInnen fordern ExpertInnen daher einen Ausbau muttersprachlicher Angebote und der kultur- und religionssensiblen mobilen Betreuungsangebote (Kremla 2004, 89); Reinprecht 2005, 71).

## **3 Zur Abschätzung des Pflege- und Betreuungsbedarfs älterer MigrantInnen in den Jahren 2020 und 2025**

### **3.1 Einleitende Bemerkungen**

Eine Abschätzung des Pflegebedarfs älterer MigrantInnen in den Jahren 2020 und 2025 bräuchte eine Informationsgrundlage über die Anteile pflegebedürftiger Personen pro Alterskohorte, aufgeschlüsselt nach Geburtsland und Intensität der Pflegebedürftigkeit. Derartige Daten liegen auch für die nicht zugewanderte Bevölkerung nicht vor, allerdings stehen die Daten über die Inanspruchnahme von Pflegegeld und die Nutzung verschiedener Betreuungsformen durch die Pflegegeldbeziehenden zur Verfügung, letzteres jedoch nicht nach Pflegegeldstufen.

### **3.2 Der Zugang zum Pflegegeld als Annäherungswert für die Abschätzung des Pflege- und Betreuungsbedarfs**

#### **3.2.1 Rechtliche Rahmenbedingungen**

Es kann davon ausgegangen werden, dass der überwiegende Teil der pflege- und betreuungsbedürftigen Personen Pflegegeld zur (teilweisen) Abdeckung der Pflegekosten bezieht und damit die Zahl der Pflegegeld Beziehenden mit Wohnsitz Österreich im Wesentlichen der Zahl der in Österreich lebenden betreuungs- und pflegebedürftigen Personen entspricht. Da unter bestimmten Bedingungen Pflegegeld auch ins EWR-Ausland überwiesen werden kann, die Daten über die Inanspruchnahme von Betreuung jedoch alle PflegegeldbezieherInnen umfasst, ist hier eine gewisse Unschärfe nicht zu vermeiden.

Gemäß Bundespflegegeldgesetz (BPGG, BG BGBl. 110/1993 i.d.F. BG BGBl. 12/2015) sind der gewöhnliche Aufenthalt in Österreich (bzw. unter bestimmten Umständen in einem Mitgliedsstaat des EWR), Pflegebedürftigkeit sowie ein voraussichtlich zumindest sechs Monate andauernder ständiger Betreuungs- und Pflegeaufwand von mehr als 65 Stunden monatlich Grundvoraussetzung für den Pflegegeldbezug. Das Vorliegen und der Grad von Pflegebedürftigkeit wird durch eine medizinisch-pflegerische Begutachtung festgestellt.

Der § 3 BPGG definiert den anspruchsberechtigten Personenkreis aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht als im Wesentlichen alle Personen mit Anspruch auf eine Pensionsleistung oder pensionsähnliche Leistung aufgrund eines Anlassfalls nach österreichischem Sozialversicherungsrecht. Es kann also davon ausgegangen werden, dass alle in Österreich dauerhaft ansässigen Personen, die selbst eine Alterspension oder

sonstige pensionsähnliche Einkommensersatzleistung beziehen, Anspruch auf Pflegegeld haben.

Der § 3a (1) BPGG erweitert diesen Anspruch auf alle österreichischen StaatsbürgerInnen ohne Anspruch auf eine Pensionsleistung. Damit haben auch BezieherInnen der Mindestsicherung Anspruch auf Pflegegeld.

Der § 3a (2) stellt folgende Gruppen ausländischer Staatsangehöriger mit österreichischen StaatsbürgerInnen gemäß § 3a (1) gleich:

*(2) Den österreichischen Staatsbürgern sind gleichgestellt:*

- 1. Fremde, die nicht unter eine der folgenden Ziffern fallen, insoweit sich eine Gleichstellung aus Staatsverträgen oder Unionsrecht ergibt, oder*
- 2. Fremde, denen gemäß § 3 des Asylgesetzes 2005, BGBl. I Nr. 100/2005, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 38/2011, Asyl gewährt wurde, oder*
- 3. Personen, die über ein unionsrechtliches Aufenthaltsrecht gemäß §§ 15a und 15b des Fremdenpolizeigesetzes 2005 (FPG), BGBl. I Nr. 100/2005, oder gemäß §§ 51 bis 54a und 57 des Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetzes (NAG), BGBl. I Nr. 100/2005, verfügen, oder*
- 4. Personen, die über einen Aufenthaltstitel*
  - a) „Blaue Karte EU“ gemäß § 42 NAG,*
  - b) „Daueraufenthalt-EG“ gemäß § 45 NAG,*
  - c) „Daueraufenthalt-Familienangehöriger“ gemäß § 48 NAG,*
  - d) „Familienangehöriger“ gemäß § 47 Abs. 2 NAG oder*
  - e) gemäß § 49 NAG verfügen.*

Damit sind sowohl anerkannte Konventionsflüchtlinge sowie alle ausländischen Staatsangehörigen mit einem legalen Daueraufenthaltsstatus zum Zugang zum Pflegegeld berechtigt, auch wenn sie keine Pensions- oder ähnliche Einkommensersatzleistung gemäß § 3 beziehen.

Der § 3a (3) schließt explizit folgende Gruppen vom Zugang zum Pflegegeld aus:

*(3) Keinen Anspruch auf Pflegegeld gemäß Abs. 1 haben insbesondere*

- 1. Personen, die gemäß § 3 Abs. 3 und 4 in den anspruchsberechtigten Personenkreis nach § 3 Abs. 1 einbezogen werden können, aber noch nicht einbezogen worden sind,*
- 2. nicht erwerbstätige EWR-Bürger, Schweizer Staatsangehörige und deren Angehörige jeweils in den ersten drei Monaten ihres Aufenthaltes,*
- 3. Personen während ihres visumsfreien oder visumpflichtigen Aufenthaltes im Inland,*
- 4. Personen, die nur ein vorübergehendes Aufenthaltsrecht gemäß § 13 Abs. 1 des Asylgesetzes 2005, BGBl. I Nr. 100/2005, haben.*

Damit werden AsylwerberInnen sowie Personen, die über keinen dauerhaften Aufenthaltstitel und keinen „gewöhnlichen Aufenthalt“ verfügen, vom Zugang zum Pflegegeld ausgeschlossen.

Aufgrund der relativ weit gefassten Bestimmungen über den Zugang zum Pflegegeld kann davon ausgegangen werden, dass nur ein kleiner Teil der in Österreich lebenden Drittstaatsangehörigen mit Pflegebedarf keinen Zugang zum Pflegegeld haben. Dabei handelt es sich vor allem um AsylwerberInnen während des laufenden Asylverfahrens bzw.

Personen mit einem Duldungsstatus bzw. um pflegebedürftige Angehörige von hier ansässigen Drittstaatsangehörigen, die keinen selbst entsprechenden Aufenthaltstitel erlangen konnten. Diese Gruppe wird hier nicht weiter berücksichtigt.

### **3.2.2 Das Pflegegeld**

Das Pflegegeld ist eine einkommensunabhängige Leistung, die zwölfmal jährlich gebührt und monatlich ausbezahlt wird. Die Höhe ist (Stand 1.1.2015) – abhängig vom jeweils erforderlichen Pflegeaufwand – in sieben Stufen unterteilt:

- Stufe 1 (Pflegeaufwand über 65 Stunden) – EUR 154,20
- Stufe 2 (Pflegeaufwand über 95 Stunden) – EUR 284,30
- Stufe 3 (Pflegeaufwand über 120 Stunden) – EUR 442,90
- Stufe 4 (Pflegeaufwand über 160 Stunden) – EUR 664,30
- Stufe 5 (über 180 Stunden + dauernde Bereitschaft) – EUR 902,30
- Stufe 6 (über 180 Stunden + unkoordinierte Betreuung) – EUR 1.260,00
- Stufe 7 (über 180 Stunden + Bewegungsunfähigkeit) – EUR 1.655,80

Für Pflegebedürftige mit schweren Behinderungen werden Zuschläge ausbezahlt. Hochgradig Sehbehinderte und Rollstuhlfahrer werden zumindest in Stufe 3 eingestuft, zumindest Stufe 4 gilt für Blinde sowie Rollstuhlfahrer, wenn zusätzlich eine Stuhl- oder Harninkontinenz beziehungsweise eine Blasen- oder Mastdarmlähmung vorliegt, und zumindest Stufe 5 für Taubblinde beziehungsweise Rollstuhlfahrer mit deutlichem Ausfall von Funktionen der oberen Extremität(en), das heißt, wenn zum Transfer in und aus dem (technisch adaptierten) Rollstuhl auf Grund der Behinderung im Bereich der oberen Extremität(en) die Hilfe einer anderen Person notwendig ist.

## **3.3 Datenmaterial zur Nutzung des Pflegegelds**

Der Sozialbericht des BMASK 2013-2014 (BMASK 2014b) und die Pflegevorsorgeberichte 2011-2013 (BMASK 2012, 2013, 2014a) enthalten die aktuellsten Zahlen zur Nutzung des Pflegegeldes. Diese bilden die Grundlagen für die Abschätzung des Pflege- und Betreuungsbedarfs für ältere MigrantInnen. Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass die medizinisch-pflegerischen Einstufungsvoraussetzungen für die Einstufung in die verschiedenen Pflegegeldstufen im Jahr 2015 geändert wurden. Die Auswirkungen dieser Änderungen auf die Zahlen der Pflegegeldbeziehenden können hier nicht abgeschätzt werden, mögliche Effekte der im Jahr 2015 vorgenommenen Änderungen werden daher hier nicht berücksichtigt.

### **3.3.1 Wesentliche demografische Aspekte der Pflegegeldnutzung**

Gemäß der Daten des Sozialberichts 2013-2014 bezogen per Stand 1.8.2014 insgesamt 454.843 Personen Pflegegeld. Die folgende Tabelle zeigt die Aufteilung der BezieherInnen nach Geschlecht und Pflegegeldstufe:

Tabelle 1: PflegegeldbezieherInnen nach Geschlecht und Pflegestufe per 1.8.2014

	Frauen	Männer	Gesamt	Anteil (%)
Stufe 1	71.305	34.301	105.606	23,22
Stufe 2	83.353	46.714	130.067	28,60
Stufe 3	50.721	28.308	79.029	17,38
Stufe 4	41.099	22.968	64.067	14,09
Stufe 5	31.992	15.358	47.350	10,41
Stufe 6	11.584	7.523	19.107	4,20
Stufe 7	6.210	3.407	9.617	2,11
<b>Gesamt</b>	<b>296.264</b>	<b>158.579</b>	<b>454.843</b>	<b>100,00</b>

Quelle: BMASK 2014b, 150.

Wie die Tabelle zeigt, sind etwa zwei Drittel der PflegegeldbezieherInnen (65,14%) Frauen. Mehr als die Hälfte der PflegegeldbezieherInnen beziehen Pflegegeld der Stufen 1 und 2, und etwa ein Drittel (31,46%) Pflegegeld der Stufen 3 und 4. Pflegegeld der Stufen 5-7 wird von etwa einem Sechstel aller Pflegegeldbeziehenden in Anspruch genommen. Die anteilmäßige Zuordnung weist kaum geschlechtsbezogene Unterschiede auf.

Der Österreichische Pflegevorsorgebericht 2012 gibt einen Überblick über die Verteilung des Pflegegeldbezugs auf Altersgruppen, Pflegegeldstufen und die mit Hilfe des Pflegegelds (mit)finanzierten Betreuungsformen sowie die Dynamik des Pflegegeldbezugs seit 199.

Per 31.12.2013 bezogen 9,32% der Bevölkerung im Alter zwischen 61 und 80 Jahren und 59,77% der über 80-Jährigen Pflegegeld. (BMASK 2014a, 82). Die Altersverteilung aller Pflegegeldbeziehenden zeigt, dass der überwiegende Teil der Pflegegeldbeziehenden diesen beiden Altersgruppen angehört.

Tabelle 2: Anteile der verschiedenen Altersgruppen am Pflegegeldbezug

	Frauen (%)	Männer (%)	Gesamt (%)
0-20	1,87	5,18	3,02
21-40	2,86	7,08	4,32
41-60	8,10	16,25	10,92
61-80	29,34	36,52	31,83
81 +	57,82	34,96	49,90
<i>Anteil &gt; 60</i>	<i>87,16</i>	<i>71,49</i>	<i>81,73</i>

Quelle: BMASK: Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2013, 74f.

Wie die Tabelle zeigt, sind 87,16% der pflegegeldbeziehenden Frauen und 71,49% der pflegegeldbeziehenden Männer über 60 Jahre alt. Während bei den Frauen deutlich mehr als die Hälfte der Pflegegeldbeziehenden über 80 Jahre alt sind, erreichen nur etwas mehr als ein Drittel der pflegegeldbeziehenden Männer dieses Alter (34,96%). Dafür ist der Anteil der pflegegeldbeziehenden Männer in der Altersgruppe 61-80 deutlich höher als bei den

pflegegeldbeziehenden Frauen. Da es sich bei dem Projekt um eine Abschätzung des Betreuungs- und Pflegebedarfs im Alter handelt, werden für die weiteren Berechnungen nur die Referenzwerte der über 60-Jährigen herangezogen.

Die Aufteilung nach Alter, Geschlecht und Pflegestufen zeigt deutlich höhere Anteile von über 80-Jährigen BezieherInnen in den Stufen 4 und 5 im Vergleich zu den Stufen 1-3, während in den höchsten Stufen 6-7 die Anteile der jüngeren Altersgruppen deutlich höher sind als in den mittleren Stufen.

Tabelle 3: Anteile der Pflegegeldstufen nach Alter 2013 (%)

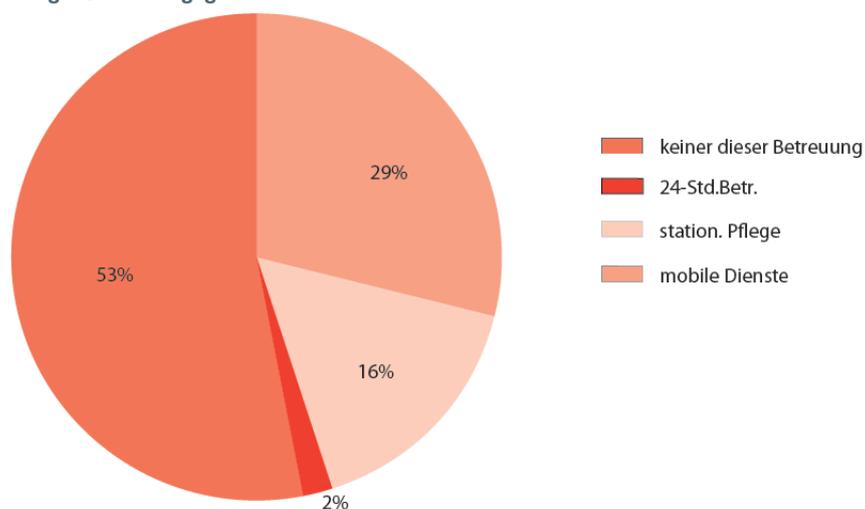
Anteile nach Stufe und Alter	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Gesamt
0-20	2,80	2,56	3,51	2,46	2,12	6,69	8,79	3,02
21-40	4,03	3,99	4,26	3,71	3,34	9,36	11,57	4,32
41-60	14,03	11,38	9,64	8,65	7,48	10,55	13,66	10,92
61-80	40,20	33,75	29,39	26,20	24,47	23,30	23,64	31,83
81 +	38,94	48,31	53,21	58,98	62,59	50,11	42,34	49,90

Quelle: BMASK: Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2013, 77f.

Der Österreichische Pflegevorsorgebericht 2011 (BMASK 2012) war der letzte Bericht, der auf Basis der Daten für 2010 über eine Aufteilung der Nutzung des Pflegegeldbezugs informierte. Demgemäß nutzten 53% aller Pflegegeldbeziehenden weder stationäre noch mobile Pflegedienstleistungen, 29% nahmen mobile Dienste in Anspruch, und 16% nutzten stationäre Dienste. Die 24h-Pflege bildete mit 2% das Schlusslicht.

Abbildung 2: Nutzung der Pflegeangebote durch PflegegeldbezieherInnen

Anteil der mobil bzw. stationär betreuten Personen und der Personen mit 24-h-Betreuung an den gesamten PflegegeldbezieherInnen 2010



Quelle: BMASK: Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2011, S.21

Weitere Aufschlüsselungen der in Anspruch genommenen Dienstleistungen nach Pflegegeldstufen, Geschlecht oder Alter sind den Österreichischen Pflegevorsorgeberichten leider nicht zu entnehmen. Es wäre wünschenswert, beim zuständigen BMASK eine detailliertere und regelmäßige Auswertung dieser Daten anzuregen.

Der Fonds Soziales Wien, der im Bundesland Wien zuständig für alle Pflegeangelegenheiten ist, informiert in seinem Leistungsbericht für das Jahr 2013 auch über die Pflegegeldstufen seiner KundInnen im Pflegebereich.

Tabelle 4: Pflegegeldstufen der KundInnen der verschiedenen Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen des Fonds Soziales Wien, Anteilswerte (%)

%	Kein Pflegegeld	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7
Heimhilfe	13,70	17,00	25,50	20,20	15,80	6,10	1,20	0,40
Hauskrankenpflege	6,80	8,90	18,50	21,40	24,80	14,40	2,90	2,50
Medizinische Hauskrankenpflege	21,60	11,10	19,70	18,10	16,30	9,50	2,30	1,40
Besuchsdienst	7,50	14,20	25,80	23,10	20,10	7,40	1,40	0,50
Essen auf Rädern	4,30	10,30	26,20	24,40	23,90	8,30	1,90	0,70
Tageszentren für SeniorInnen	4,80	9,00	23,50	25,00	21,60	10,30	4,90	0,90
Betreutes Wohnen	22,50	20,00	31,70	16,80	7,40	1,30	0,20	0,00
Wohn-und Pflegeheime	0,30	0,30	2,20	12,40	26,80	35,30	16,70	5,90
Pflegeheime mit 24h ärztlicher Betreuung	1,00	0,40	3,40	15,80	25,90	31,90	12,40	9,00

Quelle: FSW, Leistungsbericht 2013, 11ff.

Wie die Tabelle zeigt, bezieht der Großteil der BewohnerInnen von stationären Wohn- und Pflegeheimen zumindest Pflegegeld der Stufe 4, ein kleiner Teil zumindest Stufe 3. BewohnerInnen von Einrichtungen des betreuten Wohnens beziehen größtenteils zumindest Pflegegeld der Pflegestufe 3; allerdings finden sich hier auch größere Anteile von BewohnerInnen mit Pflegestufe 2. Bei mobilen Angeboten überwiegen Einstufungen bis zur Stufe 3, wobei vor allem bei der mobilen Hauskrankenpflege, aber auch in anderen Bereichen, eine größere Streuung über die verschiedenen Stufen zu beobachten ist. Gesamt gesehen kann jedoch festgehalten werden, dass der größte Teil der PflegegeldbezieherInnen der Stufen 4-7 stationäre Einrichtungen nutzen.

### 3.3.2 Zur Demografie der zugewanderten Bevölkerung im Alter von über 60 Jahren

Statistik Österreich bietet über statcube Zugriff auf Teile des Datenbestands des Bevölkerungsregisters und erlaubt eigene Auswertungen auf Basis dieser Datensätze. In Bezug auf Migration sind hier vor allem die Datensätze zur Bevölkerung nach Alter, Geschlecht und Geburtsland relevant, die eine genaue Aufschlüsselung der Altersgruppen nach Geburtsland und Geschlecht erlauben. Die Daten der Bevölkerungsprognosen erlauben keine vergleichbar tiefgehende Aufschlüsselung, hier stellt Statistik Austria nur Daten nach breiten Altersgruppen und in Bezug auf die Variable „Geburt in Österreich“ bzw. „Geburt außerhalb Österreichs“ zur Verfügung; eine Abschätzung der detaillierten Geburtslandgruppen ist nicht möglich.

Eine Vorausschätzung der Anteile der verschiedenen Herkunftsgruppen nach breiten Altersgruppen in den Jahren 2020 und 2025 ist daher direkt aus dem Datensatz nicht ableitbar. Die aktuell vorhandenen Anteilswerte der verschiedenen Herkunftsgruppen nach Alter und Geschlecht können keineswegs direkt auf die Prognosewerte übertragen werden, da sich insbesondere in den höheren Altersgruppen in den letzten Jahren deutliche Verschiebungen ergeben haben. Es wäre jedoch wissenschaftlich höchst unseriös, diese Veränderungen linear fortzuschreiben. Eine fundierte Prognose der Alterskohortenzusammensetzung nach Geburtsland in den Jahren 2020 und 2025 bedürfte einer demografischen Hochrechnung unter Nutzung des Datenbestandes des Populationsregisters, die hier nicht geleistet werden kann. Gemäß Kytir (2009, 58) wäre eine derartige Berechnung aufgrund des Datenbestandes möglich, wurde aber bisher nicht durchgeführt.

Ohne Zugriff auf die Bevölkerungsevidenz ist eine Berechnung jedoch nicht seriös möglich. Hier kann nur eine Darstellung der Altersgruppen nach dem Kriterium „Geburt in Österreich“ oder „Geburt außerhalb Österreichs“ erfolgen, eine weitergehende Detaillierung nach regionaler Herkunft kann mangels Zugriff auf die Daten der Bevölkerungsevidenz nicht geleistet werden.

Tabelle 5: Zahl der über 60-Jährigen nach Geburtsland per 1.1.des Jahres 2020 und 2025

-		2014			2020			2025		
Alter		Inland	Ausland	Anteil Auslandsgeborener	Inland	Ausland	Anteil Auslandsgeborener	Inland	Ausland	Anteil Auslandsgeborener
				%			%			%
	männlich	637.465	105.155	14,16	710.485	124.453	14,91	784.236	142.693	15,39
<b>60-79</b>	weiblich	732.998	124.921	14,56	802.277	150.614	15,81	866.416	169.745	16,38
	gesamt	1.370.463	230.076	14,37	1.512.762	275.067	15,39	1.650.652	312.438	15,92
	männlich	130.245	14.328	9,91	158.632	19.400	10,90	199.136	26.561	11,77
<b>80+</b>	weiblich	251.132	30.467	10,82	266.566	33.678	11,22	311.565	43.018	12,13
	gesamt	381.377	44.795	10,51	425.198	53.078	11,10	510.701	69.579	11,99

Quelle: Statistik Austria, Bevölkerungsprognose, Hauptvariante, statcube

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, werden im Jahr 2020 etwa 15,4% der 60- bis 79-Jährigen und etwa 11,10% der über 80-Jährigen einen Geburtsort im Ausland haben, bis zum Jahr 2025 werden diese Anteile leicht weiter ansteigen. Die Gesamtzahl der im Ausland Geborenen in der Altersgruppe 60-79 wird zwischen 2014 und 2020 um 19,6% und zwischen 2020 und 2025 um weitere 13,6% steigen. Der Anstieg in der Altersgruppe 80+ wird bis 2020 18,5% und zwischen 2020 und 2025 gut ein Drittel (31,9%) betragen.

### 3.4 Grobabschätzung des Pflegegeldbezugs durch im Ausland geborene Personen

Es gibt zurzeit keine Daten über die Nutzung des Pflegegelds bzw. konkreter Pflegeangebote nach Geburtsland oder Staatsbürgerschaft. Wie mehrere interviewte ExpertInnen bestätigten, werden diese Daten nirgends erhoben, da sie für die Abwicklung des Pflegegeldzugangs und der Vermittlung eines Pflegeangebotes irrelevant seien, und die AnbieterInnen bzw. die Versorgung mit Pflegedienstleistung administrierenden Stellen nur Daten erheben dürften, die sie für die medizinische Betreuung und die Abrechnung des Pflegegeldes und anderer Unterstützungen benötigten. Einige Anbieter wiesen auch darauf hin, dass gerade im mobilen Bereich der Aufbau einer Vertrauensbeziehung eine zentrale Voraussetzung für einen positiv erlebten Pflegealltag sei, und daher ein bürokratisches „Abfragen“ biografischer Daten vermieden werde, um nicht den Eindruck entstehen zu lassen, dass die Pflegeanbieter behördliche Erhebungen durchführen würden.

In Bezug auf die aktuelle Nutzung ihrer Angebote durch MigrantInnen verwiesen alle befragten Einrichtungen darauf hin, dass sie informell aufgrund der Erstgespräche wüssten, welche Sprachen ihre KlientInnen sprechen würden und welcher Herkunftsgruppe sie

angehören würden. Diese Informationen würden jedoch nicht zentral gesammelt, aber sehr wohl bei der Organisation der Pflege berücksichtigt, wenn dies möglich sei. Die meisten befragten Einrichtungen verwiesen auf eine sehr niedrige Nutzung im stationären Bereich. Dies sei einerseits auf mangelndes Wissen, aber stärker noch auch auf das schlechte Image von stationärer Betreuung in den Herkunftsländern zurückzuführen, das auf die hiesigen Einrichtungen übertragen würde – für die meisten migrantischen Familien käme die Unterbringung älterer Familienangehöriger im Pflegeheim einem „Abschieben“ gleich und würde weitgehend abgelehnt und in der Praxis durch innerfamiliäre Pflegearrangements vermieden.

Im mobilen Bereich gebe es auch eine niedrige, aber in den letzten Jahren merkbar steigende Nutzung der Angebote. Am besten bekannt sei das Pflegegeld, hier liege eine weitgehend ähnliche Zugangshäufigkeit wie bei NichtmigrantInnen vor, das Pflegegeld würde jedoch hauptsächlich für Pflege in der Familie genutzt. Die Ergebnisse aus den Fokusgruppen des BEMIG-Projekts scheinen diese Aussagen zu bestätigen (s. Kapitel 5). Allerdings kann diese Erhebung nicht als repräsentativ angesehen werden; valide, repräsentative Daten zu diesem Thema fehlen daher nach wie vor.

Eine exakte Prognose der Zahl der Pflegegeldbeziehenden mit Auslandsgeburtsort ist mit den zur Zeit zur Verfügung stehenden Daten nicht möglich. Die unten präsentierte Grobschätzung stützt sich auf zwei Annahmen, deren Validität erst zu überprüfen wäre:

1. Annahme: Die Inanspruchnahmehäufigkeit von Pflegegeld von Personen mit Auslandsgeburtsort unterscheidet sich nicht von der Inanspruchnahmehäufigkeit des Durchschnitts der jeweiligen Alterskohorte.
2. Annahme: Die Inanspruchnahmehäufigkeit von Pflegegeld in den Jahren 2020 und 2025 entspricht der Inanspruchnahmehäufigkeit im Jahr 2013.

Beide Annahmen sind unter Berücksichtigung der Befragungsergebnisse mit entsprechender Vorsicht zu betrachten:

- a) Auch wenn es, wie oben dargestellt, kaum rechtliche und faktische Zugangshürden zum Pflegegeld für im Ausland geborene Personen gibt, lassen die dichten Hinweise auf ein im Verhältnis schlechtes Wissen um das österreichische Pflegesystem doch vermuten, dass die Inanspruchnahmewahrscheinlichkeit von MigrantInnen niedriger ist als die im Durchschnitt der Bevölkerung. Die unten präsentierten Zahlen wären in diesem Sinn als Höchstwerte einzuschätzen.
- b) Seit der Einführung des Pflegegelds im Jahr 1986 kam es zu einem starken Anstieg der Inanspruchnahme. Allerdings ist es aufgrund grundlegender Änderungen der Organisation des Pflegegeldbezugs nicht möglich, die Daten direkt zu vergleichen: Im Jahr 2012 wurden alle bisherigen Landespflegegeldbezüge in das Bundespflegegeld überführt, dadurch kam es zwischen 2012 und 2013 zu einem Anstieg um 79.961 BezieherInnen (+ 21,54%). Gesamt gesehen, stieg zwischen 1993 bis 2013 die Zahl der PflegegeldbezieherInnen des Bundes von 258.888 auf 451.159 Personen (+ 74,27%), wobei die (technische) Überführung der LandespflegegeldbezieherInnen in den Bundespflegegeldbezug 41,59% dieses Anstiegs ausmacht. Unter Berücksichtigung dieser Berechnungsänderung ergab sich ein Anstieg um 43,38% zwischen 1993 und 2013 (BMASK 2014a, 78). Welchen Verlauf die Entwicklung der PflegegeldbezieherInnen in Zukunft nehmen wird, kann auch gerade angesichts der Änderungen der Bezugsvoraussetzungen 2015 nicht

abgeschätzt werden, ein weiterer deutlicher Anstieg ist jedoch angesichts der demografischen Entwicklung mit Sicherheit anzunehmen. Diese Annahme lässt die unten präsentierten Zahlen eher als Niedrigstwerte erscheinen.

Überträgt man unter Berücksichtigung der oben angeführten Einschränkungen die vorhandenen Daten des Pflegegeldbezugs aus dem Sozialbericht 2011, demgemäß 9,32% der über 60-jährigen und 59,77% der über 80-jährigen Bevölkerung Pflegegeld beziehen, auf die oben präsentierten Daten, so ergibt sich unter den o.a. Annahmen folgendes Bild:

Tabelle 6: Abschätzung der Zahl der PflegegeldbezieherInnen über 60 mit Auslandsgeburtsort

Alter	2013			2020			2025		
	Inlands-geburtsort	Auslands-geburtsort	Anteil Auslands-geburtsort	Inlands-geburtsort	Auslands-geburtsort	Anteil Auslands-geburtsort	Inlands-geburtsort	Auslands-geburtsort	Anteil Auslands-geburtsort
60-79	127.727	21.443	14,37	140.989	25.636	15,39	153.841	29.119	15,92
Veränderung zum Vorwert (%)				10,38	19,55		9,12	13,59	
80 +	227.949	26.774	10,51	254.141	31.725	11,10	305.246	41.587	11,99
Veränderung zum Vorwert (%)				11,49	18,49		20,11	31,09	
Summe 60 +	355.676	48.217	11,94	395.140	57.381	12,68	459.096	70.720	13,35
Veränderung zum Vorwert (%)				11,10	19,00		16,19	23,25	

Quelle: Eigene Berechnungen nach BMASK 2014a, 77f. und Statistik Austria, Bevölkerungsprognose, statcube

Wie die Tabelle zeigt, wird unter Berücksichtigung der o.a. Prognoseannahmen die Gesamtzahl der PflegegeldbezieherInnen mit Auslandsgeburtsort bis zum Jahr 2020 im Vergleich zu 2013 um 9.144 Personen zunehmen (+18,97%), und dann vom Jahr 2020 bis 2025 um weitere 13.345 Personen (+23,27%). Zwischen 2013 und 2025 kommt es zu einem weiteren Anstieg um 22.489 Personen. Der Anteil von Personen mit Auslandsgeburtsort an den Pflegegeldbeziehenden insgesamt steigt zwischen 2014 und 2020 leicht von 11,94% auf 12,68%, und zwischen 2020 und 2025 von 12,68% auf 13,35%.

Auffällig sind die deutlich höheren Anstiege bei den älteren und hochaltrigen Personen mit Auslandsgeburtsort vor allem bis 2020. Zwischen 2020 und 2025 sind die Wachstumsraten in beiden großen Altersgruppen zwar noch immer bei den im Ausland Geborenen höher als bei den im Inland Geborenen, die Unterschiede sind jedoch nicht mehr so deutlich ausgeprägt.

Wie oben gezeigt, sind für die Einschätzung des Pflegebedarfs selbst nicht nur die Zahlen der PflegegeldbezieherInnen, sondern auch die Aufteilung auf die verschiedenen Pflegegeldstufen wichtig, da diese einen Hinweis auf die Nutzung von mobilen, teilstationären und stationären Angeboten geben kann. Wie die Daten des FSW zeigen, nutzen die überwiegende Mehrheit der Wiener PflegegeldbezieherInnen ab Stufe 4

stationäre Angebote, die unteren Stufen verteilen sich auf mobile und teilstationäre Angebote. Diese Daten lassen sich jedoch aufgrund der Spezifika der Großstadtsituation Wiens nicht linear auf die gesamtösterreichische Situation übertragen.

Die öffentlich zugängliche Bevölkerungsprognose der Statistik Austria erlaubt eine Aufschlüsselung nach Geschlecht und Altersgruppen in 5-Jahres-Schritten (50-64, 65-69 usw.). Die Daten des Pflegevorsorgeberichts stellen im Alter ab 60 die nur zwei zusammengefassten Altersgruppen 61-80 und 81 + dar. Die gewählten Kategoriegrenzen von Statistik Österreich und dem BMASK stimmen somit nicht exakt überein, sondern unterscheiden sich um ein Jahr. Da ein kostenfreier Zugang zu der Bevölkerungsprognose nach Alter in Jahresschritten nicht möglich ist, ist auch keine exakte Berechnung des Anteils der Pflegegeldbeziehenden nach Altersgruppe möglich. Es wäre im Sinne der Verwaltungsvereinfachung und Sparsamkeit der Öffentlichen Verwaltung dringend anzuregen, eine gemeinsame, für alle öffentlichen Stellen verbindliche Altersgruppenfestlegung für Statistiken zu verordnen, um die Daten unterschiedlicher Ministerien vergleichbar zu machen.

In weiterer Folge wird dennoch eine Grobabschätzung durchgeführt, indem die Altersgruppen 60-79 und 80+ aus der Bevölkerungsprognose mit den Altersgruppen 61-80 bzw. 81 + aus dem Pflegevorsorgebericht verglichen wird. Die dabei entstehende Unschärfe ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Ebenso zu berücksichtigen ist, dass diese Grobschätzung davon ausgeht, dass die im Jahr 2013 anzutreffende Verteilung der PflegegeldbezieherInnen auf die Pflegegeldstufen unverändert bleibt, was angesichts der Änderung der Zugangsvoraussetzungen im Jahr 2015 nicht zu erwarten ist, da die meisten ExpertInnen eine Erschwernis des Zugangs zum Pflegegeld bis zur Stufe 3 erwarten.

Ebenso wird hier angenommen, dass bei der Verteilung auf die Pflegegeldstufen keine Unterschiede nach Geburtsort zu erwarten sind. Dieser Annahme widerspricht die in der Literatur vielfach beschriebene im Verhältnis frühe Multimorbidität, insbesondere der in der Phase der „Gastarbeit“ zugewanderten MigrantInnen; es gibt jedoch keine Daten, die hier eine detailliertere Abschätzung zulassen würde.

Tabelle 7: Aufteilung der zu erwartenden PflegegeldbezieherInnen mit Auslandsgeburtsort auf Pflegegeldstufen 2020

Alter	Jahr	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufen 1-3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Stufen 4-7	Summe
61-80	2020	7.493	7.882	4.101	<b>19.475</b>	2.969	2.013	782	397	<b>6.161</b>	25.636
	2025	8.510	8.952	4.658	<b>22.121</b>	3.372	2.287	888	451	<b>6.998</b>	29.119
81 +	2020	5.375	9.375	6.089	<b>20.838</b>	5.437	3.733	1.324	393	<b>10.887</b>	31.725
	2025	7.045	12.289	7.981	<b>27.316</b>	7.128	4.893	1.735	515	<b>14.271</b>	41.587

Quelle: Eigene Berechnungen nach BMASK 2014a, 77f. und Statistik Austria, Bevölkerungsprognose, statcube

Wie die Tabelle zeigt, werden gemäß dieser Berechnung im Jahr 2020 etwa 20.000 61- bis 80-jährige PflegegeldbezieherInnen mit Auslandsgeburtsort Pflegegeld der Stufen 1-3 beziehen, und etwa 6.200 Pflegegeld ab Stufe 4. Bei den über 81-Jährigen werden etwa 21.000 PflegegeldbezieherInnen der Stufen 1-3 und etwa 11.000 BezieherInnen der Stufen ab 4 prognostiziert.

Für das Jahr 2025 zeigt die Berechnung einen deutlichen Anstieg der 61- bis 80-jährigen PflegegeldbezieherInnen auf rund 22.000 Personen für die Stufen 1-3 und rund 7.000 Personen für die Stufen ab 4, bei den ab 81-Jährigen steigt die Zahl der Pflegegeldbeziehenden der Stufen 1-3 deutlich auf rund 27.000 und bei den Pflegegeldstufen ab 4 auf rund 14.000 Personen.

Wie bereits dargestellt, informiert der Pflegevorsorgebericht 2011 (BMASK 2012) über die Nutzung stationärer, teilstationärer und mobiler Angebote durch die PflegegeldbezieherInnen; der Tätigkeitsbericht des FSW von 2013 enthält eine Aufteilung der Nutzung der verschiedenen Angebote auf Pflegestufen. Demgemäß wurden im Jahr 2011 53% aller PflegegeldbezieherInnen ohne Inanspruchnahme professioneller Pflegeangebote betreut, 29% nutzten mobile Pflegedienste, 16% stationäre Einrichtungen und 2% Formen der 24 Stunden-Betreuung, die jedoch entsprechend der Studienergebnisse dieses Projektes bei migrantischen Haushalten keine Rolle spielt. Überträgt man diese Daten auf die hochgerechnete Zahl der PflegegeldbezieherInnen 2020 und 2025, ergibt sich folgende Verteilung. Auch hier ist als Einschränkung anzumerken, dass es sich dabei um eine Übertragung vom Inanspruchnahmeverhalten der Gesamtbevölkerung auf die Gruppe der im Ausland Geborenen handelt und keine etwaigen migrationspezifischen Unterschiede bzw. Verhaltensänderungen im Zeitverlauf berücksichtigt werden konnten.

Tabelle 8: Abschätzung der Nutzung verschiedener Betreuungsangebote durch PflegegeldbezieherInnen mit Auslandsgeburtsort 2020 und 2025

	Keine externe Betreuung	Mobile Dienste	Stationäre Dienste
2020	30.401	16.635	9.178
2025	37.474	20.505	11.313

Quelle: Eigene Berechnungen nach BMASK 2014a, 77f. und Statistik Austria, Bevölkerungsprognose, statcube

Dieser Abschätzung zufolge werden im Jahr 2020 etwa 30.000 pflegegeldbeziehenden Personen keine externen Angebote in Anspruch nehmen, etwa 16.600 mobile und etwa 9.200 stationäre Dienste. Bis zum Jahr 2025 werden diese Werte auf etwa 37.500 Personen in häuslicher Betreuung und etwa 20.500 mobil und etwa 11.300 stationär betreute Personen steigen.

Es soll hier jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass die Darstellung der Nutzung der verschiedenen Angebote keine Aufschlüsselung nach Geschlecht oder Alter enthält und daher keine weitergehende Detaillierung möglich ist. Es ist auch nicht ratsam, die detaillierte Aufteilung der Nutzung von Pflegeangeboten in Wien auf die Daten für ganz Österreich zu übertragen – die Pflegesituation in der Großstadt Wien ist mit der Situation in kleineren Städten bzw. Flächenbundesländern nicht direkt vergleichbar.

### 3.5 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass aufgrund des mangelnden Datenmaterials eine Abschätzung des Pflege- und Betreuungsbedarfs von älteren MigrantInnen nur rudimentär in Form einer mit einer Vielzahl von Kautelen behafteten Grobabschätzung möglich ist.

Gemäß der Bevölkerungsprognose von Statistik Austria werden im Jahr 2020 in Österreich insgesamt rund 25.600 im Ausland geborenen Personen im Alter von 60 bis 79 Jahren und rund 32.000 über 80-Jährige mit Auslandsgeburtsort leben. Im Jahr 2025 steigen diese Werte auf etwa 29.000 bei den 60- bis 79-Jährigen und rund 42.000 bei den über 80-Jährigen. Eine Aufschlüsselung nach Herkunftsregionen ist zur Zeit nicht verfügbar.

Unter der – mit weitreichenden Einschränkungen – behafteten Annahme einer gegenüber 2013 generell unveränderten Inanspruchnahme des Pflegegeldes und einem gegenüber den Daten von 2011 vergleichbaren Inanspruchnahmeverhalten, ergeben sich daraus die folgende Schätzung des zu erwartenden Pflegegeldbezugs. Vergleicht man unter Berücksichtigung der o.a. Einschränkungen die Daten aus der Bevölkerungsevidenz mit den Daten zur Pflegegeldnutzung, lassen sich für das Jahr 2020 insgesamt rund 26.000 PflegegeldbezieherInnen in der Gruppe der 60- bis 79-Jährigen und rund 32.000 BezieherInnen in der Gruppe der über 80-Jährigen erwarten, für das Jahr 2025 lauten die entsprechenden Zahlen rund 29.000 bzw. rund 42.000 Personen. Zwischen 2013 und 2025 steigt die Zahl der pflegeldbeziehenden Personen mit Auslandsgeburtsort somit um rund 47%.

Wie bereits dargestellt, informiert der Pflegevorsorgebericht 2011 (BMASK 2012) über die Nutzung stationärer, teilstationärer und mobiler Angebot durch die PflegegeldbezieherInnen. Demgemäß wurden im Jahr 2011 53% aller PflegegeldbezieherInnen ohne Inanspruchnahme professioneller Pflegeangebote betreut, 29% nutzten mobile Pflegedienste, 16% stationäre Einrichtungen und 2% Formen der 24 Stunden-Betreuung, die jedoch entsprechend der Studienergebnisse dieses Projektes bei migrantischen Haushalten keine Rolle spielt. Eine Übertragung dieser Daten auf die hochgerechnete Zahl der PflegegeldbezieherInnen 2020 und 2025 ist mit einer Reihe von im Bericht detailliert ausgeführten Kautelen behaftet, allerdings die einzige Möglichkeit, mittels der vorliegenden Daten eine Abschätzung vorzunehmen.

Dieser Grobabschätzung zufolge werden im Jahr 2020 etwa 30.000 pflegegeldbeziehende Personen keine externen Angebote in Anspruch nehmen, etwa 16.600 mobile und etwa 9.200 stationäre Dienste. Bis zum Jahr 2025 werden diese Werte auf etwa 37.500 Personen in häuslicher Betreuung und etwa 20.500 mobil, bzw. etwa 11.300 stationär betreute Personen, steigen.

## 4 Hauptergebnisse ExpertInnenbefragung

### 4.1 Methodologie

Es wurden insgesamt 30 leitfadengestützte Interviews mit ausgewählten ExpertInnen aus für Gesundheit und Migration relevanten Bereichen, wie Anbieter von Pflege und Betreuung, Interessensvertretungen, Beratungsstellen, MitarbeiterInnen relevanter Pilotprojekte, universitäre ExpertInnen, sowie öffentliche Einrichtungen, geführt. Da die Studie die jeweilige Situation in zwei ausgewählten österreichischen Bundesländern untersuchen wollte, wurden 25 Interviews in Wien (wobei hier nicht alle als wienspezifisch gewertet werden können; auch bundesweite Institutionen wurden inkludiert) und fünf Interviews in Oberösterreich geführt. Eine Liste der interviewten Stellen findet sich in Anhang 1. Die Interviews folgten dem im Anhang abgedruckten Interviewleitfaden und dauerten zwischen 45 Minuten und 2 Stunden.

### 4.2 Betreuung und Pflege älterer MigrantInnen als Thema der Institution

#### 4.2.1 Aufbau von Verantwortungsstrukturen bei PflegedienstanbieterInnen und in der Verwaltung

Die befragten ExpertInnen aus der Verwaltung wie aus dem Bereich der PflegeanbieterInnen wiesen übereinstimmend darauf hin, dass in ihren Institutionen das Thema Migration wachsende Bedeutung bekommen habe. Der erste Anknüpfungspunkt sei jedoch nicht auf der Seite der KlientInnen, sondern auf der Seite der MitarbeiterInnen gelegen. Die wachsende Zahl von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund sei 2004 ein Anlass für mehrere Anbieterorganisationen gewesen, in einem von der EU geförderten EQUAL-Projekt das Thema Diversität zu behandeln und Diversitätsbeauftragte einzusetzen, berichtete ein Manager einer großen Betreuungseinrichtung. Allerdings sei die weitere Umsetzung stark von der jeweiligen Einrichtung und dem Bundesland abhängig, eine bundesweite Koordination fehle weitgehend:

*„Im Pflegebereich ist es natürlich auch so: Recht viele Mitarbeiter in der mobilen Pflege und Betreuung haben selber einen Migrationshintergrund. Also rein faktisch, ich weiß es nicht, bewegt sich's aber wahrscheinlich (bei) mehr als 50 Prozent. (...) Wir haben uns auch beteiligt an einem Projekt, das hieß „Diversity and Care“, das war ein EQUAL Projekt von 2004 bis 2007, und man hat sich ja damals im Rahmen dieses Projektes überlegt, ja, wie kann man verschiedene Begleitmaßnahmen setzen, wegen der Ausbildung von MigrantInnen. Es ist dann*

*ein Handbuch vom Roten Kreuz, die da Partner waren, dabei rausgegeben worden. Man hat Diversitätsbeauftragte in den beteiligten Organisationen – also bei der Caritas, Hilfswerk, Rotes Kreuz und Volkshilfe eingesetzt. Allerdings ist es immer von der jeweiligen Organisation abhängig, wie es umgesetzt wird, auch nach Bundesland gibt es Unterschiede, weil das Ländersache ist und es keine Koordination auf Bundesebene gibt.“*

Eine ähnliche Wahrnehmung fand sich auch bei anderen GesprächspartnerInnen aus den Betreuungseinrichtungen – das Thema sei seit gut zehn Jahren als relevant erkannt, und die verschiedenen Einrichtungen hätten darauf auch reagiert: Anfangs vor allem durch interkulturelle Weiterbildungsmaßnahmen, oder durch die Entwicklung von Leitbildern, nun gebe es einen stärkeren Trend, den Migrationshintergrund, und hier vor allem die Sprachkenntnisse der MitarbeiterInnen zu erfassen, da diese zunehmend als Ressource für den Pflegealltag gesehen würden. Allerdings würden nur wenige größere Einrichtungen einen umfassenden Diversitätszugang verfolgen, die meisten Einrichtungen versuchten, mit ad-hoc Lösungen das Auslangen zu finden.

Wie eine Diversitätsbeauftragung eines großen Anbieters von stationären Pflegeplätzen in Wien schildert, führte in ihrer Einrichtung erst eine Erhebung der Sprachkenntnisse der MitarbeiterInnen zur Befassung mit MigrantInnen als potentielle KundInnen:

*„Ich habe im Oktober 2012 hier begonnen und in meinem ersten Gespräch mit meiner Geschäftsführerin habe ich das zum Thema gemacht. Damals haben wir das aktiv überhaupt nicht betrieben. Und Sie hat den Zugang gehabt: jeder Mensch, der die Kriterien erfüllt, kann bei uns kommen, also auch (jeder) Mensch mit Migrationshintergrund. Ein Jahr später habe ich den Auftrag gekriegt zu einem großen Projekt, Sprachenvielfalt, wo ich dann erhoben habe, bei den Mitarbeiterinnen, den Migrationshintergrund, die erste Sprache, die erste Kultur, die Traditionen, die Sie kennen, ob Sie diese Traditionen in der Arbeit verwenden und wie hilfreich sie sind und ob sie bereit sind, diese Traditionen weiterzugehen. Und im Dezember hat die Geschäftsleitung beschlossen, dass wir jetzt aktiv Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien bewerben werden. Also auch mit Werbeoffensive, nach außen gehen, in Serbisch, Kroatisch, Bosnisch. In die Medien gehen, in die Fernseher. Dass wir Frühstücksaktionen machen, wo wir spezielle die Leute einladen, dass wir schauen: Wo sind die meisten Menschen mit Migrationshintergrund, mit diesem Migrationshintergrund und in welchen Häusern machen wir dann die Schauhäuser? Das ist jetzt eigentlich, erst seit Dezember. Aber so langsam, langsam, wie soll ich sagen, habe ich die Leute bereit dazu gemacht. Ja. Und bei den Mitarbeitern mit Migrationshintergrund ist das schon lange Thema. Weil dort haben wir ja ungefähr 53 Prozent Menschen mit Migrationshintergrund.“*

Mehrere Gesprächspartner betonten in diesem Zusammenhang die Schwierigkeit, migrationsbezogene Daten bei den (potentiellen) KundInnen zu erfassen. Die bestehenden Datensätze über die zu betreuenden Personen würden weder Informationen über die Staatsbürgerschaft noch über das Geburtsland oder die Erstsprache enthalten, sondern vor allem pflegerelevante Informationen. Seitens der Anbieter strebe man ein vertrauensvolles, auf die individuellen Bedürfnisse eingehendes Pflegeverhältnis an, damit verbiete sich auch ein „Ausfragen“ der KundInnen in einem Bereich, der eng mit der eigenen Geschichte und Identität verbunden sei, was andererseits aber auch längerfristiges Planen schwer mache – so gebe es praktisch nirgends einen Überblick über die Zahl und die Herkunft der älteren

MigrantInnen im eigenen Einzugsbereich, und auch die Informationen über die eigenen KlientInnen kämen von den BetreuerInnen und würden eher unsystematisch erfasst.

Ein großer Pflegeanbieter, der sich dem Thema in Form eines Diversitätsprozesses stellte, sieht das Fehlen von Daten über die Migrationsbiografien der KlientInnen als eine wesentliche Herausforderung – die vorhandenen Staatsbürgerschaftsdaten würden nicht ausreichen, um einen guten Überblick zu gewinnen, dennoch gebe es klare Hinweise, dass MigrantInnen das Angebot unterdurchschnittlich nutzen würden:

*„Das Thema beschäftigt uns durchaus seit einigen Jahren. Wir haben einen großen internen Diversitätsprozess hinter uns, wo wir uns mit Diversität in unterschiedlichen Themenstellungen beschäftigt haben. Gerade in der Pflege ist es ja augenscheinlich, dass wir eine hochgradige Diversität unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern haben. Was ja sozusagen ein Wahnsinnspotential und auch eine Kompetenz einer Organisation ist und da kommt dann natürlich auch die Folgefrage: Wie können wir die gut einsetzen? Und damit sind wir beim Thema kultursensibler Pflege. Wobei dann, – wir wissen es leider statistisch nicht wirklich, also wir können nicht sagen "So viel Leute betreuen wir mit Migrationshintergrund und so viel ohne", weil wir da allein Staatsbürgerschaftsdaten haben – und die sind oft nicht komplett – oder wir haben oft Eintragungen von Geburtsorten, was irgendwie schwierig ist. Aber wir haben uns das einmal angeschaut: Aktuell haben wir den Eindruck, dass unser Pflegeangebot unterdurchschnittlich von MigrantInnen in Anspruch genommen wird. (...) Und auf der anderen Seite haben wir das Wissen, dass es wahrscheinlich die stärkste wachsende Gruppe unter den Hochaltrigen in der Stadt ist.“*

Auf der Verwaltungsebene berichteten sowohl die Gesprächspartner in Wien wie in Linz über regelmäßige verwaltungsinterne Gesprächsforen zum Thema Diversität und Pflege. In Wien organisiert das SeniorInnenbüro der Stadt Wien ein „Diversitätsforum“, an dem die großen Pflegedienstanbieter, die Krankenanstalten sowie der für die Zuteilung der Pflegeplätze bzw. Mobilangebote und die Abrechnung der Pflegeleistungen zuständige „Fonds Soziales Wien“ (FSW), teilnehmen. Im Land Oberösterreich gibt es regelmäßige thematische Treffen der Sozialabteilung des Landes mit den Pflegedienstleistern, bei denen auch das Thema Migration und Pflege besprochen wird. Sowohl bei den Gesprächen in Linz wie in Wien zeigte sich, dass die Verwaltungseinrichtungen den zu erwartenden Anstieg der Nachfrage nach Pflegediensten durch MigrantInnen als wesentliches Planungsthema wahrnahmen.

Von VertreterInnen beider Bundesländer wurde allerdings auch auf das Fehlen einer bundesländerübergreifenden Koordination in diesem Bereich hingewiesen, wodurch die Länder gezwungen seien, „selbst das Rad neunmal neu zu erfinden“, wie ein Gesprächspartner aus einer Landesverwaltung festhielt. Dadurch, dass der Bund zwar für das Pflegegeld und die Ausbildung der Pflegeberufe zuständig sei, die Länder jedoch für die konkrete Ausgestaltung der Pflegeangebote, gebe es neun unterschiedliche Strukturen, Landesgesetze und Angebote, was dazu führe, dass Pflegebedürftige von Bundesland zu Bundesland unterschiedliche Leistungen bekämen, was auf Unverständnis stoße, so eine Gesprächspartnerin aus einem Dachverband von Pflegeeinrichtungen:

*„Naja, eben unser Problem ist ja, dass es neun verschiedene Landesgesetzgebungen gibt und da einfach die Strukturen dermaßen unterschiedliche sind – sowohl von der finanziellen Ausstattung, als auch von der personellen Ausstattung und so weiter und so fort, und auch die gesetzlichen*

*Vorgaben sind ganz unterschiedlich, von sehr, sehr groben Vorgaben in den entsprechenden Heimgesetzen, bis zu relativ gut und klar deklariert, wie die Struktur und wie der Ergebnisstandard sein sollte, also das, ja, macht es für uns mitunter nicht wirklich leicht. Das ist einfach auch einer der großen Kritikpunkte vom Rechnungshof, dass einfach die Strukturen innerhalb von Österreich einfach nicht vergleichbar sind. Also ich kann nicht Niederösterreich mit Oberösterreich vergleichen, weil wir einfach merken: Ich kann nicht sagen, was ist besser? Weil die Personalsituation dermaßen unterschiedlich ist. Wir können es nicht wirklich gut erklären, warum zum Beispiel (im) Burgenland über den Daumen zirka 40 Prozent weniger Pflegepersonal zum Einsatz kommt als in Wien. Das ist natürlich schwer zu argumentieren, weil schließlich und endlich irgendwann einmal der Bewohner fragt: Warum bekomme ich so viel weniger, obwohl ich die gleiche Pflegestufe habe, nicht, also das spiegelt sich dann natürlich auch in den Tarifen der Pflegeheime nieder, aber, ja das ist dann halt etwas, das der Pflegebedürftige schlussendlich nicht nachvollziehen kann.“*

## **4.2.2 Vermittlung der Information über die eigenen Angebote**

Die befragten Pflegeeinrichtungen versuchen in unterschiedlicher Weise, MigrantInnen über ihr Angebot zu informieren, wobei bei den meisten Einrichtungen schriftliches Informationsmaterial – entweder in gedruckter Form oder auf einer Webseite – im Vordergrund steht. Die meisten großen Einrichtungen verfügen über schriftliches Material in den Sprachen der großen ZuwanderlInnengruppen, bei kleineren Einrichtungen liegt das Informationsmaterial meist nur in Deutsch vor. Alle befragten Einrichtungen betonten die Bedeutung mehrsprachigen Informationsmaterials – einerseits zur Sicherstellung einer möglichst umfassenden Informationsweitergabe in einem komplexen und belastenden Bereich für Menschen, die oft nur schlecht Deutsch sprechen würden, andererseits als Möglichkeiten einer ersten Kontaktaufnahme, wie es ein Mitarbeiter des FSW schildert:

*„Speziell der Bereich in der Pflege ist sehr gut aufgestellt. Das haben wir den allgemeinen Pflegefolder, der in mehreren Sprachen, auch Englisch, aber dann auch für alle jugoslawischen Sprachen, Türkisch und so weiter, aufliegen. Um da eben diese erste Barriere schon überbrücken zu können, sozusagen einfach einmal zu lesen, was es denn überhaupt im Angebot des FSW für alle Wienerinnen und Wiener gibt. (...) Mit diesen Foldern und mit diesem Auftritt auf der Homepage, in der Öffentlichkeit, soll schon einmal eine erste Barriere – ohne dass ich überhaupt schon einmal einen Kontakt haben muss, Angst zu haben, mit jemand zu sprechen – gebrochen werden.“*

Auch wenn mehrsprachiges Informationsmaterial begrüßenswert sei, so reiche es allein jedoch nicht aus, hielten mehrere Gesprächspartner fest. Gerade ältere Menschen mit Migrationshintergrund hätten oft wenig Erfahrung im Umgang mit schriftlichem Material, und auch das Internet sei als Informationsmedium wenig gebräuchlich. Da das Thema Alter und Pflege mit einer Vielzahl sozialer, finanzieller und familiärer Fragestellungen verwoben sei, und es nur wenig Wissen um die verschiedenen Angebote gebe, sei gerade beim Kontakt mit älteren MigrantInnen ein persönlicher Zugang ausschlaggebend, schriftliche Informationen seien in Zusammenhang mit persönlichen Gesprächen als

Hintergrundmaterial sinnvoll und hilfreich, reichten aber nicht aus, stellte eine MitarbeiterIn einer Sozialeinrichtung fest:

*„Die Menschen sind einfach auf einem Informationsstand, die wissen nicht, was ist ein Pflegewohnhaus, was ist eine betreute Seniorenwohngemeinschaft, welche Leistungen bekomme ich wenn ich quasi eine Heimhilfe habe, oder was macht eine diplomierte Schwester. Also das an die Menschen zu bringen, und leicht verständlich, das ist einfach ganz wichtig. (...) Es gibt die normalen Broschüren, also diese Grundbroschüre. Und trotzdem kommt man natürlich in einem Gespräch ganz anders auf die Problemlagen, wir haben auch gemerkt dass es da so viele komplexe Problemlagen gibt bei den älteren ZuwanderInnen, dass das nicht so klar ist, was brauchen die jetzt, da reicht die Broschüre nicht.“*

Der zentrale Weg zur Information sei in der Praxis noch immer das persönliche Gespräch mit Bekannten oder Nachbarn. Es sei daher nötig, Anlaufstellen und Beratung in der Muttersprache der älteren MigrantInnen anzubieten, schilderte eine Mitarbeiterin einer großen Sozialeinrichtung:

*„Die meisten wissen nicht, was es alles gibt, dafür brauchen sie eine Fachberatung. Sie kommen und fragen "ja, die Nachbarin hat das und das bekommen, würde ich das auch so bekommen", aber für sie kommt das nicht infrage. Dann tun wir gemeinsam halt mal besprechen, was die Situation ist, was für die Person passt, oder überhaupt infrage kommt und dann verstehen sie schon. Die Sprache spielt natürlich eine große Rolle, in Deutsch können sie das gar nicht ausdrücken und verstehen, und sie fühlen sich auch nicht wohl, das muss eine Beratung in der Muttersprache sein.“*

Aufsuchende Informationsarbeit ist ein von nur wenigen Einrichtungen gewählter Weg, Zugang zu der Zielgruppe zu gewinnen. Hintergrund dieses Zugangs ist die Überlegung, dass MigrantInnen einerseits oft nur über einen niedrigen Wissensstand über das Funktionieren des medizinisch – pflegerischen Systems verfügen, und andererseits vor allem im Pensionsalter die im Erwerbsleben bestehenden Anknüpfungspunkte in die Mehrheitsgesellschaft oft verloren gehen, wodurch es zu einem verstärkten Rückzug in die eigene Herkunftsgruppe kommen kann.

Um diesen doppelten Ausschluss vom Informationszugang entgegenzuwirken, richtete die „Volkshilfe Österreich“ in Wien und Oberösterreich das Projekte „Mimi – Mit MigrantInnen für MigrantInnen“ ein, in dem MigrantInnen zu GesundheitslotsInnen ausgebildet werden, die nach dem Modell der „Tupperware-Partys“ in migrantischen Haushalten Treffen zum Thema Gesundheit organisieren, wobei das Thema Pflege und Alter regelmäßig behandelt werden. Anfangs habe man versucht, mit MigrantInnenvereinen zusammenzuarbeiten, doch dann schnell festgestellt, dass diese nur eine kleine Zielgruppe erreichen würden, da die Vereine politisch und sozial auf bestimmte Gruppen festgelegt und oft auch stark männlich dominiert seien. Der Zugang über sozial engagierte MigrantInnen und deren Netzwerke habe sich als sinnvoller herausgestellt. Entsprechend den Erfahrungen einer Koordinatorin dieses Projektes sei vor allem die Tatsache, dass die GesundheitslotsInnen selbst MigrantInnen seien und die Muttersprache der Zielgruppe sprechen, sowie die „inoffizielle“ und vertrauensschaffende Atmosphäre des Treffens in einer Privatwohnung wesentliche Faktoren, die Zielgruppe zu erreichen und die im Vergleich zum Herkunftsland unterschiedlichen Konzepte zu besprechen:

*„Genau, das Mimi-Projekt. Das Anliegen ist es, dass die MigrantInnen-Gruppen erreicht werden in Österreich, die aus welchen Gründen auch immer eigentlich aus dem Gesundheitssystem ein bisschen rausfallen oder da nicht wirklich reinkommen, weil es ist dann die erste Generation, die zugewandert ist und das waren ja hauptsächlich ArbeitsmigrantInnen und die haben halt einfach das Umfeld nicht gehabt, dass sie sich den Zugang finden zum Gesundheitssystem. (...) Ich kann natürlich nicht für alle sprechen, das ist einfach aus meiner Erfahrung heraus – die kulturellen Unterschiede sind halt einfach insofern, dass zum Beispiel Einrichtungen, wie Altersheime in den südlichen Ländern nicht so gibt, dort ist das eigentlich erst jetzt ein bisschen im Kommen, und wenn, dann haben sie keinen guten Ruf. Normalerweise pflegt man dann die Personen eigentlich zuhause, also die Eltern, Großeltern sind dann eigentlich zuhause, das heißt bei den Kindern, bei den angeheirateten Kindern oder so. In Österreich, da ist das nicht möglich, da hat man nicht so eine riesengroße Familie zuhause, auch die zugewanderten Personen, dann muss man halt Altersheime oder solche Pflegeeinrichtungen in Erwägung ziehen und da stehen dann viele MigrantInnen dann oftmals, ich glaube vor ein bisschen so persönlichen Grenzen, weil das etwas Neues ist und oft kennen die das da gar nicht – ok, da gibt's was und wie schaut das überhaupt aus. Darüber kann man dann in Ruhe reden, weil es eine familiäre Atmosphäre ist, anders als auf einem Amt, weil man die gleiche Sprache spricht, und den Hintergrund kennt, und deshalb auch besser angenommen wird.“*

Ein weiterer, von mehreren InterviewpartnerInnen angesprochener Aspekt betraf den Aufbau von Vertrauen gegenüber der Beratungsstelle bzw. dem PflegedienstanbieterInnen. Viele MigrantInnen hätten im Lauf ihres Lebens wiederholt Diskriminierungserfahrungen beim Kontakt mit öffentlichen Stellen und Behörden gemacht und hätten daher oft wenig Vertrauen zu öffentlichen Einrichtungen. Da Fragen der Pflege und Betreuung im Alter eine sehr persönliche und intime Dimension hätten, und Menschen unabhängig von ihrer Migrationserfahrung die Auseinandersetzung damit oft als Belastung erlebten, sei es besonders, Vertrauen herzustellen und zu pflegen. Dazu sei es hilfreich, wenn die Vortragenden selbst aus der entsprechenden Zielgruppe kämen, und die Veranstaltung aufsuchend an einem Treffpunkt der jeweiligen Zielgruppe stattfindend, erzählte eine Mitarbeiterin einer Beratungsstelle in Linz:

*„Gerade bei den kultursensiblen Pflegeinformationen hat sich das auch gezeigt: Wenn du jemanden hast als Referenten, sage ich jetzt einmal, der das Vertrauen der Community genießt, dann funktioniert das auch. (...) Es hängt damit zusammen: Wann biete ich es an, wo biete ich es an und wer macht das. Also wir haben zum Beispiel einen türkischen Pfleger gehabt. Das war dann am Freitag nachmittag in einer Moschee. Das hat super gepasst, weil der hat – erstens einmal haben wir keinen Dolmetscher gebraucht, das ist natürlich bei solchen Themen auch ganz wichtig. Der kommt aus dem Bereich und hat die Leute gekannt, also das war eine gute Veranstaltung einfach, also das merkt du einfach – es muss irgendwer sein, der das Vertrauen hat und also das kann nur über solche Gate-Keeper, sage ich jetzt einfach einmal, funktionieren, dass da der Zugang einfach, also über die MigrantInnenvereine und so geht es. (...). Also ich glaube, dass du wirklich über die Vereine gehen musst und über gewisse Schlüsselpersonen, die den Infobedarf da einfach abdecken.“*

Ein spezifisches, aber erst teilweise für die Informationsvermittlung an ältere MigrantInnen genutztes Modell fand sich in Wien. Der auf Bezirksebene organisierte „Kontaktbesuchsdienst“ kontaktiert über 65-Jährige BezirksbewohnerInnen und informiert diese im Rahmen eines Hausbesuchs über die verschiedenen Angebote der Stadt Wien für SeniorInnen. Allerdings wurden bis vor kurzem nur BewohnerInnen mit österreichischer Staatsbürgerschaft aufgesucht, und es gab keine bzw. kaum Ansprechpersonen mit anderen Sprachkenntnissen als Deutsch. Laut dem Interview mit den GesprächspartnerInnen des Fonds Soziales Wien ist eine Umgestaltung des Kontaktbesuchsdienstes geplant, insbesondere soll die Beschränkung auf Personen mit österreichischer Staatsangehörigkeit fallen, das Alter für die Kontaktaufnahme auf 70 erhöht werden und ein Pool von Kontaktpersonen mit Sprachkenntnissen in den Hauptherkunftssprachen der EinwanderInnen aufgebaut werden. Damit sollte in Zukunft sichergestellt werden, dass alle SeniorInnen adäquat über die vorhandenen Angebote informiert werden.

## **4.3 Wesentliche Herausforderungen im Pflegebereich aus der Sicht der Institution**

### **4.3.1 Rechtliche und ökonomische Zugangshürden**

Da die meisten älteren MigrantInnen in Österreich entweder eingebürgert sind oder über einen langfristigen Aufenthaltstitel verfügen, der sie im Sozialbereich rechtlich mit StaatsbürgerInnen gleichstellt, nannten die Befragten nur selten rechtliche Hürden beim Zugang zu den Pflegeangeboten als relevante Hürde. Aufgrund der rechtlichen Voraussetzung einer zumindest sechsmonatigen Hauptmeldung in Österreich betrafen diese Hürden vor allem ältere MigrantInnen, die sich temporär in Österreich bei ihren Kindern aufhielten und pflegebedürftig würden.

Allerdings führe der Bezug von Pflegegeld nicht automatisch auch zur Möglichkeit, eine Pflegeleistung in Anspruch nehmen zu können, hielten mehrere InterviewpartnerInnen fest. Während – nicht zuletzt aufgrund der bewussten Zurückdrängung stationärer Pflege zugunsten mobiler und teilstationärer Betreuung – im stationären Bereich in Oberösterreich und Wien ausreichend Pflegeplätze vorhanden seien, gebe es im mobilen Bereich öfters Engpässe. Da in Österreich kein Rechtsanspruch auf mobile Betreuung bestehe, hätten hier die durchsetzungsstärkeren KlientInnen – meist sozial besser gestellte Alteingesessene – bessere Karten, auf einer Warteliste nach vorn zu kommen.

Zentral seien im Bereich der mobilen Pflege jedoch ökonomische Zugangshürden, stellten die GesprächspartnerInnen unisono fest. Während im stationären Bereich das Land den Differenzbetrag zwischen dem Einkommen und dem Pflegegeld des/r zu Pflegenden und den Kosten übernehme, decke das Pflegegeld im mobilen Bereich oft nur einen Teil des tatsächlichen Bedarfs ab, die von der gepflegten Person zu leistenden Kostenbeiträge seien sehr hoch und nicht in allen Bundesländern nach Einkommen gestaffelt. Da die meisten älteren MigrantInnen nur über eine niedrige Pension verfügten, würden sie oft mobile Pflegeangebote in einem geringeren Ausmaß als nötig nutzen. Dies gelte insbesondere

auch für teilstationäre Angebote, etwa den Tageszentren, für die auch ein – einkommensabhängiger – Zuschuss zu zahlen sei. Dazu kämen auch noch die relativ hohen Kostenanteile für Pflege- und Hilfsmaterialien, die vom Pflegegeld nicht abgedeckt würden. In Verbindung mit dem komplexen Antragsprozedere für den Kostenersatz, führe dies oft zu einer Nichtinanspruchnahme professioneller Pflegedienstleistungen, schilderte eine Befragte aus der Sozialverwaltung, die sich hier mehr Verständnis der Verwaltungsbehörden wünschte:

*„Also ich weiß von einzelnen Situationen, dass es wirklich gescheitert ist, weil das finanziell nicht möglich war. Oder auch, dass man gesagt hat "Okay, der Selbstkostenbeitrag ist zum selber zahlen, aber da wäre halt ein bessere Wohlbefinden“ – doch das ist dann familiär abgelehnt worden oder dann hat's die Person doch nicht beantragt. Und da glaube ich aber auch dann öfters, vielleicht scheitert es auch weil dann die Antragsform für die Unterstützung, für die Übernahme der Kosten, noch eine Hürde ist. Ich denke, es ist ja auch noch nicht bei uns so selbstverständlich, die Anträge überall abzugeben und dann eine adäquate Antwort zu kriegen. Und da habe ich schon öfters auch den Eindruck, dass auch bei diesen Schaltstellen, ja, noch manche Lernprozesse notwendig wären, das Ganze einfacher zu machen.“*

Besonders problematisch seien die ökonomischen Hürden dort, wo sinnvolle zusätzliche Therapieangebote von den Kassen nicht bezahlt würden, stellte ein anderer Interviewpartner fest. Dadurch käme es im Endeffekt zu einem schlimmeren Verlauf der Grundkrankheiten, und damit zu einer – vermeidbaren – früheren Einweisung in stationäre Betreuung:

*„Also Zusatztherapien oder so, das können sie ja gleich vergessen. Ergotherapie, Physiotherapie – es kommt immer wieder auf die Erkrankung drauf an – oder Gedächtnistraining bei Demenzerkrankten, das sind ja Ausgaben, die sie da nicht tätigen können, weil die von der Krankenkasse nicht bezahlt werden. Wenn es in einem Familienverbund ist und dann ist halt wer da, der dann die Übungen macht zum Beispiel, ja, weil die kriegen sie ja auch mit vom Krankenhaus mit, dann ist es besser, aber es ist halt unterschiedlich, wer niemand hat, der die Übungen mit ihm macht, muss dann halt früher ins Heim – obwohl man ja genau das verhindern will.“*

Ökonomische Hürden und Wissenshürden würden oft interagieren, so eine andere InterviewpartnerIn: Potentielle KlientInnen würden zu wenig genau über die Kostenbeiträge für einzelne Leistungen informiert werden, aber nicht wissen, dass es dafür bei niedrigem Einkommen Ersatz gebe, und deshalb die Leistung dann gar nicht in Anspruch nehmen. Zudem seien auch familiensoziologische Aspekte zu berücksichtigen – das Pflegegeld werde auch als Teil des Familieneinkommens gewertet, auch dies könne zur Nichtinanspruchnahme von Leistungen führen. Aus diesem Grund sei eine ganzheitliche Betrachtung jedes Einzelfalls mit einer sehr genauen Beratung in der Muttersprache nötig:

*„Ich weiß jetzt zu wenig genau, welche Kosten auf mich zukommen, wenn ich eine mobile Hauskrankenpflege haben will. Ich habe zwar mein Pflegegeld – aber habe ich damit mein Auslangen? Das weiß ich natürlich nicht, ob das reicht. Also ich denke einmal, wenn – es ist wahrscheinlich schwieriger für Menschen, die einfach ohnehin weniger haben, ja, weil natürlich dann auch, möglicherweise vor allem familiensoziologisch betrachtet, auch ein bisschen der Druck da ist: Naja, die Oma kriegt jetzt ein Geld vom Staat, aber sie soll nicht alles ausgeben oder so, ja. Es braucht ja die Familie. Also das mögen Hürden sein, die sich einfach auch aus dem*

*familiensoziologischen Aspekt auch noch einmal ergeben, ja, und aus dem Sozialökonomischen: Generell sind das halt eher Menschen, die an der Mindestpension kleben. Das macht alles sicher schwierig. Aber ich glaube, die Haupthürde liegt schon am Wissen. Am fehlenden Wissen über die Angebote. Wie sie funktionieren. Wie man an die herankommt. Wie das läuft. Das ist glaube ich das Wesentliche, weil es keine mündlich tradierte Erfahrung gibt und niemand holt sich die Infos, ja, oder kann sie sich holen, aufgrund sprachlicher Barrieren ist das nach wie vor schwierig zum Abholen. Deshalb sollte man sehr viel Zeit in die Beratung im Einzelfall investieren, und das geschieht oft nicht.“*

## **4.3.2 Herausforderungen im mobilen Bereich**

### **4.3.2.1 Spannungsfeld Familie – externe PflegerInnen**

Im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung werden drei Dienstleistungen unterschieden: Mobile Heimhilfe umfasst die Hilfe bei der Haushaltsführung, die Pflegehilfe – Unterstützung bei der Körperpflege und einfachen paramedizinischen Tätigkeiten (Tabletteneinnahme, Fiebermessen etc.) im eigenen Haushalt durch geschulte SozialbetreuerInnen aus dem Bereich Altenarbeit bzw. Pflegehilfe; sowie die Haus- bzw. Heimkrankenpflege durch diplomierte KrankenpflegerInnen bzw. ÄrztInnen (ausgebildetem medizinischen Personal vorbehaltenen Tätigkeiten, wie z.B. intravenöse Injektionen, Setzen eines Katheters etc.)<sup>1</sup> Diese Leistungen werden je nach Bedarf abgerufen und von unterschiedlichen Personen ausgeführt, der Großteil der hier diskutierten Aspekte bezieht sich nicht auf die medizinische Pflege, sondern die Heim- und Pflegehilfe.

Die mobile Pflege in der Wohnung des/r zu Pflegenden stellt, unabhängig von der Migrationssituation, diesen und sein/ihr Familiensystem vor eine Reihe von Herausforderungen: Die Wohnung als privater Raum, über den die BewohnerInnen frei verfügen können, wird einer oder mehreren familienfremden Person/en geöffnet, diese übernehmen Tätigkeiten, die der/die BewohnerIn zuvor selbst durchgeführt hat, und machen diesem/r damit klar, Autonomie verloren zu haben. Dadurch würde sich die traditionelle Rolle des Fremden umkehren, meinte ein Mitarbeiter eines großen Pflegeanbieters. Es sei daher nötig, einen Zugang zur Person zu finden, dann könnte sich die Situation positiv entwickeln:

*„Im mobilen Bereich ist es so, dass die Familie da ist, als erster – die wollen keinen Fremden drinnen haben. Und es ist ein Eindringen in die Privatsphäre, das darf man wirklich nicht unterschätzen. Auch die Tätigkeiten nicht. Es ist nicht angenehm, wenn man wen am Klo oder Duschen tut und dann ist man auf einmal nackt vor einer fremden Person. (...) Normal ist es ja so: Bei mir zu Hause ist der Fremde der Gast und ich bin der Chef und sage, wie es gemacht wird, und jetzt wird das umgedreht, die fremde Person sagt, wo es lang geht, und da geht das gar nicht, ja. Das haben wir aber auch bei der österreichischen Bevölkerung – aber, wenn man einen Zugang findet zu den Personen, dann, also das kann dann kippen, dann werden Sie heiß geliebt.“*

Bei Pflegefällen mit Migrationshintergrund seien die innerfamiliären Verpflichtungen zur Pflege in der Familie noch stärker ausgeprägt, die Rollenvorstellungen änderten sich erst in

---

<sup>1</sup> Die 24h-Pflege durch im Haushalt lebende Pflegepersonen spielt für MigrantInnen praktisch keine Rolle und wird daher hier nicht berücksichtigt.

den letzten Jahren, beobachtete eine Managerin eines großen Pflegeanbieters. Grund dafür seien jedoch nicht kulturelle Unterschiede, sondern der soziale Wandel auch bei den Familien der MigrantInnen, wo jetzt die Berufstätigkeit beider Partner zur Norm würde:

*„Nachdem wir hauptsächlich im mobilen Hospiz-Bereich Migranten als Kunden haben, also, ist es einmal meine Einschätzung, dass ich sage, erst wenn sie wirklich nicht mehr weiter wissen, lassen sie jemand Fremden ins Haus lässt. Also ich muss sagen, bei meinem Opa war das das Gleiche. Meine Oma hat erst, wie es wirklich nicht mehr anders gegangen ist, das mobile Hospiz hereingelassen. Vorher waren mobile Pflegedienste ein absolutes No-Go. Also ich weiß nicht, ob man das wirklich auf die Religion oder auf den Background zurückführen kann: Wenn ein familiäres System da ist und es funktioniert irgendwie, dann schaut man, dass es irgendwie so weitergeht, bis dass es halt wirklich nicht mehr geht. Die Herausforderung, glaube ich auch, im Migrationsbereich, ist einfach wahrscheinlich die, dass jetzt auch die jüngeren Frauen auch berufstätig sind. Vorher sind Sie halt daheim gewesen, Kinder pflegen und betreuen, genauso wie es bei uns einfach früher gewesen ist und wenn du natürlich berufstätig bist, dann ist das schwieriger. Also ich glaube, dass einfach die Situation, also dass das einfach ein bisschen zeitversetzt jetzt halt im Migrationsbereich ankommt, was bei uns in den 1960ern und 1970ern passiert ist.“*

Ein Gesprächspartner aus einer großen Sozialorganisation verwies in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung, die die Pflege eines kranken Familienmitglieds im Islam habe. Dies mache es für islamische Familien schwieriger, externe Angebote anzunehmen, als für Familien anderer Religionszugehörigkeit:

*„Die Migration von Türken und Türkinnen ist noch nicht so weit in der Vergangenheit, wie eben die Ex-Jugoslawischen Migrationen und dazu kommt noch die Tradition des Islam selbst, der grundsätzlich einmal davon ausgeht, dass, wenn jemand erkrankt, schwer erkrankt, wie auch immer, von der Familie gepflegt wird. Die Tradition, in eine Einrichtung aufgenommen zu werden und hier in einem Krankenhaus oder dann in ein Pflegewohnhaus unterzubringen ist noch nicht so weit entwickelt. (...) Das ist eines der Grundgesetze im Koran, die die Familie zu erfüllen hat. Allmählich wächst eben unsere mitteleuropäische Kultur, unser Verhalten, für einige der Türkinnen und Türken hier zusammen und daher wird sich das a la longue auch mehr in der Krankenpflege, in der Pflege von alten Menschen mehr manifestieren, aber zur Zeit haben wir im Verhältnis nur wenige Moslems als KundInnen, weil hier noch viel in der Familie gepflegt wird.“*

Häusliche Pflege sei primär ein Aushandlungsprozess, stellte eine akademische ExpertIn zu dem Thema fest. Im Pflegedreieck „Klient – BetreuerIn – Familienangehörige“ müsse die Rollenverteilung verhandelt und festgelegt werden, dies biete vielfach Gelegenheit für Konflikte und Allianzen, die die Pflegepersonen verstehen müssten. Ein zentraler Aspekt dabei sei die Infragestellung der bisherigen Pflegepraxis, und damit der Rollen in der Familie, durch ausgebildete BetreuerInnen, wodurch es immer wieder zu Konflikten kommen könne. Interkulturelles Verständnis sei nötig, um diese Aushandlung im Migrationskontext gut gelingen zu lassen:

*„Also ich habe da jahrelang Seminare zu diesem Thema gehalten, also wo es um dieses Pflegedreieck geht. Eben die professionellen Betreuungskräfte, die Familienangehörigen und dann der Klient und wo sich die Spannungsfelder auftun und die Konflikte entstehen, ja, weil das ist ja, je nachdem wie die Konstellation in*

*der Familie ist, dann plötzlich vom Klienten wird dann nur mehr die professionelle Betreuungskraft wertgeschätzt und was die macht ist super, quasi, um, aus ganz anderen Gründen, dem Angehörigen irgendwas auszuwischen oder so, also oder die Angehörigen verbündeten sich mit der Betreuungskraft – das ist ein Thema. Und um das in einer Familie zu verstehen, muss ich auch etwas über die Kultur wissen, über das Familienbild der jeweiligen Kultur, dazu brauche ich psychologische, aber auch interkulturelle Bildung, zumindest im Ansatz.“*

In diesem Zusammenhang wurde seitens der InterviewerInnen auch regelmäßig die Frage angesprochen, ob den GesprächspartnerInnen Fälle bekannt seien, in denen jugendliche Familienangehörige dazu angehalten worden wären, erkrankte Familienmitglieder zu pflegen und daher aus der Ausbildung oder dem Berufsleben auszuschneiden. Diese Frage wurde von allen InterviewpartnerInnen verneint. In Fällen, in denen ein Familienmitglied pflegebedürftig sei, würden die Kinder im Haushalt zwar fallweise zur Unterstützung herangezogen, es sei ihnen jedoch kein Fall bekannt, wo diese die Pflegeverantwortung übertragen bekommen hätten. Familieninterne Pflegeverantwortlichkeit würden üblicherweise die EhepartnerInnen oder erwachsene Kinder tragen; es komme hierbei auch immer wieder vor, dass diese pflegebedürftige Eltern zu sich nach Hause holen oder ihre Berufstätigkeit reduzieren oder auch temporär einstellen würden, um die Eltern zu pflegen. Besonders problematisch seien dabei Situationen der Pflege im Ausland, wenn die erkrankten Eltern nicht nach Österreich kommen wollten oder könnten. In diesem Fall würde versucht, Pflege im Aufenthaltsland der Eltern durch Verwandte zu organisieren, oder Pflegekräfte anzustellen; fallweise käme es auch zu einem temporären Umzug eines der Kinder (meistens einer Tochter) in das Aufenthaltsland der Eltern. Ein Umzug der Eltern zu den Kindern in Österreich sei bei MigrantInnen von außerhalb der EU selten, da die rechtlichen Rahmenbedingungen diesen schwer möglich machen würden, es gäbe jedoch vereinzelte Fälle von Elternnachzug aus dem EU-Raum.

#### **4.3.2.2 Kontinuität des Pflegepersonals**

Mobile Pflegearrangements umfassen meistens mehrere (meist 4 – 8) Pflegepersonen, die die KlientInnen abwechselnd aufsuchen. Da ein häufiger Wechsel der Pflegepersonen meist als belastend erlebt wird, nutzen alle befragten Einrichtungen das Modell der „Bezugspflege“, bei dem eine hauptzuständige PflegemanagerIn als kontinuierlicher Erstkontakt zur Verfügung steht und auch unter die MitarbeiterInnen möglichst konstant gehalten werden, um ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Diesem Bemühen nach Kontinuität der Pflegenden steht die im Pflegebereich oft hohe MitarbeiterInnenfluktuation gegenüber.

Im Migrationskontext tritt zur Frage der Kontinuität der Bezugspersonen auch oft das Thema der Sprachkompetenz in der Erstsprache der KlientInnen. Die meisten befragten Pflegeeinrichtungen gaben zwar an, ein „Sprachmatching“ zwischen KlientInnen und Pflegepersonen anzustreben, dies sei jedoch aus logistischen Gründen oft nicht möglich. Die mangelnde Kontinuität der Betreuungspersonen, aber auch der hohe Zeitdruck im mobilen Bereich, seien auch die wesentlichen Gründe dafür, dass viele PflegerInnen aus dem mobilen Bereich versuchen würden, in den stationären Bereich zu gelangen, weil dort der Aufbau einer längerfristigen Beziehung zu den zu pflegenden Personen möglich sei, schilderte eine Pflegemanagerin:

*„Wir haben ein Problem mit dieser hohen Fluktuation an Betreuungspersonen. Also ich glaube, das ist für beide Seiten auch schwer – für die, die gepflegt werden müssen und für die, die pflegen gehen, ja. Ich sage ja, bis die in der Lage sind oder sich gegenseitig dann näher gekommen sind, um ein bisschen Beziehung aufbauen zu können, sind die schon wieder weg. Da sind die schon wieder anderen Leuten zugeteilt und das ist alles ein bisschen schwierig, ich weiß. Also ich habe oft oder viele, die sich bewerben, die aus der mobilen Pflege kommen, die bei uns im stationären Bereich arbeiten wollen, die sagen "Ich halte das nicht mehr aus.", "ich kann das nicht, weil ich gehe dort hin, ich habe meine Zeit, da muss ich fertig sein und muss oft sagen "ich kann ihnen jetzt nicht mehr helfen, ja, weil ich, wie gesagt, gehen muss, weil der Nächste wartet schon." Das ist für beide Seiten frustrierend, und dem versuchen viele, in den stabileren stationären Bereich zu entkommen.“*

Mehrere GesprächspartnerInnen nannten hier auch den wachsenden Zeitdruck in der mobilen Pflege als wesentliches Problem. Der kommunikative Aspekt der Pflege, der von den KundInnen gewünscht werde, werde von den Anbietern meist sträflich vernachlässigt. Eng getaktete Dienstpläne, die den gesamten Aufenthalt in der Wohnung mit zeitlich eng bemessenen Tätigkeiten auffüllten, verhinderten effektiv den Aufbau einer persönlichen Beziehungen zu den KundInnen.

Dieser Zugang widerspreche einem ganzheitlichen Pflegeverständnis, das den kommunikativen Aspekt mit dem funktionspflegerischen Aspekten gleich gewichte und sei ein Rückfall in das pflegewissenschaftliche überholte Paradigma der Funktionspflege. So sei es kaum möglich, die nötige Zeit für eine kommunikative Abklärung der Pflegeleistungen zu finden, wodurch die Qualität der Pflegeleistung zwangsweise sinke, was auch ein wesentlicher Grund für die hohe Personalfuktuation sei, meinte die Leiterin einer Beratungsstelle:

*„Dieser Zeitmangel, der Druck, alles auch noch zu dokumentieren – Sie müssen die Formulare ausfüllen oder abhaken, für den Klienten bleibt da wenig Zeit übrig. Man muss sich doch Zeit nehmen! Wenn so ein Zeitdruck da ist, können die Betreuerinnen auch nicht viel machen. Auch muttersprachlich braucht man öfter wirklich mehr Zeit, muss also mehrmals erklären, weil viele Dinge sind auch anders als im Heimatland, man muss wirklich nicht nur sprachlich, sondern auch inhaltlich mal Zeit zum Reden haben, alles andere wäre reine Funktionspflege, und den Zugang haben wir zum Glück überwunden. So ist es oft ein "gut, ich habe zehn Minuten", ausfüllen und dann weg, deswegen bleiben auch viele nur kurz und sind aus der mobilen Pflege weg, sobald sie können.“*

#### **4.3.2.3 Sprachmatching**

Innerhalb der Gesprächspartner herrschte weitestgehend Konsens darüber, dass im Idealfall mobile Pflege durch Personen durchgeführt werden sollte, die die von den KundInnen präferierte Sprache fließend beherrschen. Ihren Angaben nach würden auch die meisten Anbieter diese Ansicht teilen, doch es sei aus logistischen Gründen nicht immer möglich, ein Sprachmatching durchzuführen. Mehrere Anbieter wiesen auch darauf hin, dass die Qualitätsnormen, die sie zu erfüllen hätten, kein Sprachmatching vorsehen würden, und daher das Thema institutionell zwar als relevant angesehen würde, aber nicht im Vordergrund stünde, da bei einer Evaluierung vor allem die pflegerische Qualität und die Kosteneffizienz untersucht würden.

Argumente pro Sprachmatching bezogen sich sowohl auf die Frage der inhaltlichen Kommunikation, wie auf die Ebene des Vertrauens: In der sowieso belastenden Situation, fremden Personen (teilweise) die Kontrolle über das eigene Alltagsleben zu übergeben, werde durch die Möglichkeit des Gesprächs in der Muttersprache eine potentielle Konfliktebene ausgeschaltet und das Entstehen eines vertraulichen Pflegeverhältnisses gefördert, so der Direktor einer Pflegeeinrichtung:

*„Ich glaube schon auch, dass die Sprache wichtig ist – eben wenn da jemand ist, mit dem ich in der Sprache, die ich jetzt spreche sprechen kann, besser, dann wird das einfach besser funktionieren, ja. Gerade in diesen oft sehr persönlichkeitsnahen Dingen. Weil da geht's ja dann wirklich um sehr persönliches, ja. Und wenn man das dann nicht richtig ausdrücken kann, der andere nicht richtig versteht und so, dann macht das die Arbeit schwer – also, weil, dann habe ich eben jemand, was weiß ich, mit französischem Hintergrund, ich sage mal. Aus Afrika, der Deutsch nicht richtig kann und dann komme ich zu einer Klientin, die Serbisch als Muttersprache hat und auch Deutsch nie gut gelernt hat. Ich meine, das wird halt dann schwer, da entsteht kaum Vertrauen, die können vielleicht radebrechen, aber sich nicht wirklich aussprechen.“*

So wünschenswert Sprachmatching auch sei, so schwer sei es in der Praxis zu organisieren, berichtete die Leiterin eines großen Anbieters mobiler Pflegedienste. Zwar sei inzwischen klar, dass die Sprachkenntnisse der MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund eine wichtige Ressource für die Arbeit mit älteren MigrantInnen seien, doch die engen Zeitvorgaben und die Tourenplanung verunmöglichten oft, diese Übereinstimmung zu realisieren, da dies den Kostenrahmen sprengen würde:

*„Eben, nachdem wir ja viele Mitarbeiter haben mit Migrationshintergrund – jetzt gerade aus Ex-Jugoslawien und viele andere – wär meine Wunschvorstellung – die naive, ich weiß – dass man das Matchmaking so macht, dass dort, wo eben Klienten sind, mit einem speziellen Hintergrund, also jetzt, was weiß ich, Ex-Jugoslawien, dass ich dann genauer hinschaue, dass das halt immer zusammenpasst. Und das geht aber nicht, also da stoßen wir sofort an unsere organisatorischen Grenzen. Weil das mit der Routenplanung, mit der Tourenplanung nicht geht – weil ich habe eben irgendwo eine Haus und da sind natürlich alle unterschiedlichen Herkunftsländern, also jetzt auch von den Mitarbeitern, und ich kann das nicht nach diesen Kriterien steuern – es gibt ja auch Krankenstände, und Urlaube, und ich muss ja die Touren so planen, dass es möglichst wenig Wegzeiten gibt. (...) Also das wäre für mich schon eine Herausforderung der Zukunft, dass ich dieses Matchmaking machen kann von Klient und Betreuungskraft – aber das würde bedeuten, dass ein bisschen diese organisatorischen Zwänge dahinter aufgelöst würden, und das hat natürlich mit Kosten zu tun und das wird nicht möglich sein.“*

Mehrere befragte Anbieter, die auf ähnliche Problemlagen hinwiesen, schilderten, dass sie ihre MitarbeiterInnen dazu anhalten würden, zumindest Begrüßungsformeln und einzelne einfache Worte in der Sprache der KlientInnen zu lernen. Hiermit sei zwar das Kommunikationsproblem in der Arbeit nicht gelöst – hier müssten sich die Mitarbeiter eben „mit Händen und Füßen“ helfen, doch damit würde den KlientInnen ein Signal der Anerkennung gesandt und des Bemühens gesandt, das meist sehr positiv aufgenommen würde. In Einzelfällen sei es auch hilfreich, Piktogramme der wichtigen Alltagsgegenstände

zu verwenden – diese Materialien stünden zur Verfügung, würden aber nicht systematisch genutzt.

Besonders problematisch sei fehlendes Sprachmatching bei unter Demenzerkrankungen leidenden KlientInnen, hielten mehrere InterviewpartnerInnen fest. Demenzerkrankungen gingen mit der Einschränkung bzw. dem Verlust der verbalen Ausdrucksfähigkeit einher, dies treffe zuerst die später im Lebenslauf erworbene(n) Sprache(n), so dass auch MigrantInnen, die vor dem Erkrankungsausbruch fließend Deutsch sprachen, die Kommunikationsfähigkeit in dieser Sprache verlieren würden. Auch wenn dieser Verlust der Kommunikationsfähigkeit meist erst im zweiten Stadium der Krankheitsentwicklung eintrete, in dem üblicherweise eine Betreuung zu Hause nicht mehr möglich sei, sei der Erkrankungsverlauf individuell, und somit auch mobile bzw. teilstationäre Pflegesituationen davon fallweise betroffen. Hier sei eine fallbezogene Lösung, etwa eine enge Zusammenarbeit mit Angehörigen, die Übersetzungsdienste leisten könnten, nötig, meinte eine erfahrene Pflegerin aus einem Tageszentrum, die im Aufbau von Betreuungsstrukturen für Demenzerkrankte eine der großen Herausforderungen für die Zukunft sah:

*„Die Stadien sind halt Stadien, aber natürlich die Erkrankungen sind individuell, ich meine, bei manchen ist der Sprachverlust früher, bei manchen später. (...) Es kommt drauf an, welche Sprache es ist, gibt's dann auch KollegInnen, die die Sprache sprechen – aber da fällt's halt, finde ich, nicht so auf, weil in den Tageszentren bemüht man sich natürlich, sich zu verständigen – also man lässt sie jetzt nicht so sitzen, aber man ist halt nicht 24 Stunden mit denen zusammen, wie in einem Pflegeheim. Das ist schon dann auch ein Unterschied, es kommt drauf an: Wie sind die Angehörigen? Können die die Sprache? Können die vielleicht dabei sein? Aber ich glaube schon, dass wir daran arbeiten müssen: Wie können wir das auch ändern? Also das ist schon eine riesige Herausforderung, dieses Thema, weil wenn ich einfach den Demenzbericht und die Daten sehe, dann denke ich mir "okay, gut. Wie wird man damit umgehen können?“ Da ist es einmal so wichtig, die Leute zu sensibilisieren: He, da gibt's auch MigrantInnen und Migranten, die werden auch immer älter, und auch bei denen wird es mehr Demenzfälle geben. Vielleicht ist das auch jetzt so eine Chance für uns, die Leute mehr da zu sensibilisieren, weil dann geht man untereinander auch anders um und überlegt sich was.“*

Die große Zahl von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund im Pflegebereich wurde von allen Befragten als eine wichtige Ressource für die Pflege älterer MigrantInnen genannt. Während eine Vielzahl von MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien, aber auch aus Afrika, im Pflegebereich tätig sei und auch die entsprechenden Ausbildungsgänge in großer Zahl besuchten, sei es jedoch außerordentlich schwierig, InteressentInnen mit türkischem Migrationshintergrund für die Pflegeberufe zu gewinnen.

Die InterviewpartnerInnen nannten mehrere von ihnen vermuteten Gründe: Einerseits seien die Pflegeberufe stark frauendominiert, es sei generell schwer, Männer für dieses Berufsfeld zu gewinnen. Nachdem die Frauenbeschäftigung bei den türkischen ZuwanderInnen niedriger sei als im Bevölkerungsdurchschnitt, wirke sich dies auch auf die Zahl der InteressentInnen für Pflegeberufe aus. Andere GesprächspartnerInnen gaben zu bedenken, dass die Pflege kranker Familienangehöriger in islamischen Gesellschaften eine innerfamiliäre Verpflichtung darstelle, und es daher nur wenig Tradition externer Pflege, und somit wenig Wissen, um die Pflegeberufe zu gewinnen. Wieder andere GesprächspartnerInnen verwiesen auch darauf, dass die zum Tätigkeitsspektrum der Pflegehilfe gehörende Körper-

und Intimpflege auch bei Angehörigen des anderen Geschlechts für viele Muslime eine schwer zu überwindenden religiös-kulturelle Hürde darstelle, was auch ein Grund für ein nur geringes Interesse an Pflegeberufen sein könnte.

Nach übereinstimmenden Angaben der GesprächspartnerInnen gibt es bisher keine Studie, die das geringe Interesse an Pflegeberufen innerhalb der türkischstämmigen MigrantInnencommunities untersucht. Da eine Erhöhung der Zahl türkischstämmiger MitarbeiterInnen im Pflegebereich angesichts der steigenden Zahl türkischstämmiger KlientInnen als sehr wünschenswert wahrgenommen wurde, regten mehrere GesprächspartnerInnen eine genauere Untersuchung dieses Sachverhalts und gezielte Werbemaßnahmen zur MitarbeiterInnenrekrutierung in dieser Zielgruppe an.

#### **4.3.2.4 Geschlechtszugehörigkeit der PflegerInnen**

Nach übereinstimmender Auskunft der GesprächspartnerInnen sind Körper- und Intimpflege durch einen Angehörigen des anderen Geschlechts sowohl bei „alteingesessenen“ KlientInnen wie bei KlientInnen mit Migrationshintergrund eines der wichtigsten Konfliktfelder. Als besonders problematisch wird die Pflege von Klientinnen durch männliche Pfleger wahrgenommen, diese Konstellation wird von den Anbietern mobiler Pflegedienste soweit als möglich vermieden, bzw. die KlientInnen werden darauf hingewiesen, dass nur eine Pflegeperson des andern Geschlechts geschickt werden kann, und könnten dann auch auf den Besuch verzichten. Aufgrund der Dominanz von Frauen in den Pflegeberufen ist die Pflege von Klienten durch Pflegerinnen eine häufig vorkommende Konstellation, die auch meist akzeptiert wird. In diesem Kontext sei eher die Problematik sexueller Übergriffe auf Pflegerinnen durch die Klienten zu beachten.

Für Klientinnen mit einem muslimischen Religionshintergrund sei die Körper- und Intimpflege durch männliches Pflegepersonal ein absolutes Tabu, hielten alle Befragten fest, in diesem Fall würde auf die Pflegeleistung eher verzichtet, als dieses Tabu zu brechen.

Generell sei eine unterschiedliche Wahrnehmung zwischen allgemeinen Pflegediensten und medizinischer Pflege festzustellen, schilderte ein Manager eines großen Anbieters. Bei medizinischen Pflegehandlungen – z.B. dem Setzen von Sonden oder Kathethern – sei das Thema Geschlechtszugehörigkeit kaum relevant, da im Gegensatz zum Pflegepersonal medizinisches Personal als asexuell wahrgenommen werde, schildert ein Manager eines großen Anbieters:

*„Oh, da tun sich viele beschweren, wenn da der Mann kommt und dann vielleicht ein bisschen noch bei der Körperpflege unterstützt und im Haushalt – also Heimhilfe, ich meine, es sind eh kaum Männer, aber die paar, die haben es auch nicht leicht, also, wirklich – aber bei den Diplomierten, da ist es am ehesten möglich, dass ein Mann kommen kann. Wenn es da um medizinische Tätigkeiten geht – einen Verbandwechsel, eine Injektion oder, weiß ich nicht, irgendwas bei der Sondennahrung und solche Dinge, also weil das ist sehr medizinnahe. Je Medizinnäher, umso eher wird ein Mann toleriert. Umso mehr bei der Pflege und im hauswirtschaftlichen Bereich, umso weniger ein Mann.“*

Um dem Problem der Pflege durch eine andersgeschlechtliche Person zu entgehen, würden viele MigrantInnenfamilien lieber komplizierte und aufwendige Pflegesettings durch Familienangehörige entwickeln, als sich an einen Pflegeanbieter wenden, berichtet die Diversitätsbeauftragte eines großen Anbieters. Für die pflegenden Angehörigen aus

migrantischen Familien gebe es jedoch noch kaum Unterstützungsangebote. Diese müssten, auch angesichts der wachsenden Zahl demenzkranker Personen und der damit verbundenen Probleme des Verlusts der Kommunikationskompetenz in später im Leben erworbenen Sprachen, dringend ausgebaut werden:

*„Der kommt um sechs in der Früh, wäscht den Vater, und geht in die Arbeit, damit der Vater nicht von einer Frau gewaschen wird. Da wird man mehr mit Angehörigen arbeiten müssen, das wird man intensivieren müssen, besonders bei Menschen mit Migrationshintergrund, werden wir Angehörigenarbeit ganz anders betreiben müssen. Stellen Sie sich einmal vor: Ganzkörperpflege mit einem Menschen, der dich nicht will: Dann stehst du vor einem Menschen, der dement ist, nur mehr seine Muttersprache spricht, eine Ganzkörperpflege braucht, ein Mann ist und das durch eine Frau erlebt, die seine Sprache nicht spricht – das geht nicht. Das wird für uns auch eine Herausforderung: Die Sprachen. Weil Demenz ist wirklich ein Problem: Wenn Menschen in die Demenz rutschen, fallen sie zurück auf die Muttersprache. Das heißt: Wie lösen wir das? Bilden wir dann Betreuungsgruppen, wo die Menschen eine Ethnie haben, eine Muttersprache? – ich weiß es nicht.“*

#### **4.3.2.5 Religionsbezogene Aspekte**

Nach Auskunft der GesprächspartnerInnen betreffen religiöse Vorschriften im Bereich der mobilen Pflege vor allem religiöse Ernährungsgebote, Gebetspflichten und religiös-kulturell unterschiedlich kodierte Sauberkeitsvorstellungen.

Religiöse Ernährungsgebote spielen dann eine Rolle, wenn die KlientInnen nicht mehr in der Lage sind, sich selbst ihre Ernährung zuzubereiten und von einem Dienstleister mit „Essen auf Rädern“ versorgt werden. Diese Firmen bieten nach Auskunft der GesprächspartnerInnen in Wien inzwischen standardmäßig Menüs an, die mit islamischen Ernährungsvorschriften kompatibel sind. Dazu werden meist Menüs ohne Schweinefleisch angeboten, Angebote, die „halal“ verarbeitetes Fleisch enthalten, gebe es kaum; auch koschere Angebote müssten gesondert von den Familien organisiert werden. In vielen Fällen würde jedoch die Heimhilfe das Essen zubereiten, diese würden dann den Wünschen der KlientInnen Folge leisten.

Die Lage in Oberösterreich wurde für den Raum Linz ähnlich geschildert; außerhalb des Großraums Linz gebe es aber bis heute immer wieder Schwierigkeiten, regelmäßig mit religiösen Ernährungsregeln kompatible Menüs anzubieten, die KundInnen müssten dort oft auf vegetarische Menüs ausweichen. Im Großen und Ganzen wurde der Bereich der Ernährungsversorgung durch externe Dienste jedoch als relativ unproblematisch wahrgenommen.

Kritik äußerten mehrere GesprächspartnerInnen an der mangelnden Schulung der PflegerInnen zum Thema religiöse Vorschriften und Alltag. So würden PflegerInnen oft nicht um die Bedeutung der regelmäßigen Gebete im Islam Bescheid wissen, und Betende unterbrechen; oder es sei nicht bekannt, dass das Tragen von Straßenschuhen in der Wohnung als grobe Unhöflichkeit gelte. Dabei handle es sich um einfache Informationen, die den PflegerInnen gegeben werden sollten, um eine gute Pflegeatmosphäre sicherzustellen.

Schwieriger seien komplexe Konflikte zwischen religiösen und medizinischen Vorschriften – so komme es öfter vor, dass islamische Pflegebedürftige den Ramadan einhielten, obwohl dies – und hier insbesondere der Verzicht auf das Trinken – für sie aus medizinischer

Perspektive schädlich sei und auch die Wirkung von Medikamenten beeinträchtige. Hier ginge es darum, in einem wertschätzenden Dialog die Pflegebedürftigen dazu zu bringen, anzuerkennen, dass sie krank seien, da Kranke den Ramadan ja nicht einhalten müssten.

Auch im Bereich der Körper- und Intimpflege seien religiöse Vorschriften zu berücksichtigen, stellte eine islamische Religionspädagogin fest. So sei den wenigsten PflegerInnen bekannt, dass ein Leibstuhl nicht Richtung Mekka aufgestellt werden dürfe, oder dass gläubige Muslimen oft die Analreinigung mit Wasser durchführen würden. Ebenso dürfe ein Tuch oder anderer Reinigungsbehelf, der bei der Körperpflege verschmutzt wurde, nicht in einem Behälter mit stehender Flüssigkeit ausgedrückt werden, sondern müsse unter fließendem Wasser gereinigt werden – dies sei zudem auch hygienischer als die Verwendung von Reinigungsflüssigkeiten in einem Behälter. Vielfach würden die Pflegekräfte jedoch instruiert, Einmaltücher sparsam zu verwenden, und sie daher nach Gebrauch nicht wegwerfen, sondern anfeuchten und nochmals nützen – dies widerspreche den islamischen Vorstellungen von Reinlichkeit und sei zudem nicht sehr hygienisch.

Generell gewinne die Religion im Alter an Bedeutung, daher würden KlientInnen im Alter auch stärker auf die Einhaltung religiöser Gebote im Pflegebereich achten, hielten mehrere GesprächspartnerInnen fest. Würden die Pflegenden nicht ausreichend dazu geschult, würden sie dies oft als „lästig“ oder als Aufsässigkeit wahrnehmen. Diese potentiellen Spannungen sollten durch eine bessere interkulturelle Schulung der Pflegenden aufgefangen werden.

### **4.3.3 Herausforderungen im stationären Bereich**

In den letzten Jahren kam es nach Auskunft der GesprächspartnerInnen in Österreich zu einer deutlichen Verschiebung der Bedeutung der stationären Pflege: Während noch in den 1990er Jahren ein großer Teil der Personen, die in stationären Pflegeeinrichtungen aufgenommen wurden, Pflegegeld der Stufen 2 oder 3 bezogen und noch relativ mobil waren, würde man heute versuchen, mittels mobiler Pflege einen möglichst langen Verbleib in der eigenen Wohnung sicherzustellen. Dies entspreche einerseits dem Wunsch der meisten SeniorInnen, und sei andererseits auch im Sinn gesellschaftlicher Inklusion ein politisches Ziel aller großen Parteien im Bereich der Seniorenpolitik.

Diese Entwicklung habe aber auch die Zusammensetzung der Bewohnerschaft der stationären Einrichtungen geändert: Einerseits gebe es dadurch eine geringere Nachfrage nach stationären Pflegeplätzen, andererseits seien die NutzerInnen heute sowohl im Durchschnitt älter als noch in den 1990ern, und würden zudem in ihrer Mobilität deutlich stärker eingeschränkt sein und intensiverer Pflege bedürfen. Der Großteil der BewohnerInnen von Alten- und Pflegeheimen, so ein Vertreter des Dachverbands der Pflegeeinrichtungen, beziehe heute Pflegegeld ab Stufe 4; und das durchschnittliche Aufnahmealter habe sich deutlich Richtung Mitte 70 bis Anfang 80 verschoben. Damit seien stationäre Einrichtungen heute deutlich stärker von der Intensivpflege geprägt als in den Jahrzehnten zuvor.

Für die Zukunft müsse hier die demografische Entwicklung stärker beachtet werden: Zur Zeit lebten etwa 360.000 über 80-Jährige in Österreich, diese Zahl würde bis 2030 auf über 600.000 Personen steigen – eine Herausforderung, die im mobilen Bereich nicht gelöst werden könne, daher brauche es einen deutlichen Ausbau der stationären Angebote, hielt ein Gesprächspartner aus einem Dachverband der Betreuungseinrichtungen fest:

*„Momentan haben wir ja circa 360.000, 370.000 über 80-jährige, in circa 15 Jahren haben wir ja schon an die 600.000. Uns rennt im Prinzip die Zeit davon und wir werden es einfach nicht damit stemmen, dass wir sagen "okay, alles hinaus in den mobilen Bereich", weil wir die Strukturen nicht haben. Wir haben weder die Struktur, noch haben wir begleitend dazu, was auch – was uns eigentlich fast zur Gänze fehlt, bis auf wenige Aufnahmen fehlt, entsprechende Qualitätskontrollen. (...) Also das heißt, aus der anderen Seite, eine Qualitätskontrolle und auf der anderen Seite einen Ausbau bei den stationären Strukturen, wo wir einfach – das kann man sich relativ leicht ausrechnen, jetzt schon wissen, dass wir mit den bestehenden Strukturen, also mit den 72.000 Betreuungsplätzen nicht das Auslangen finden werden.“*

Wie die befragten Betreiber stationärer Einrichtungen unisono festhielten, sei der Anteil von MigrantInnen in den stationären Einrichtungen heute noch sehr niedrig, doch sukzessive im Steigen begriffen. Die in diesem Zusammenhang genannten Herausforderungen unterscheiden sich nicht grundlegend vom mobilen Bereich, verlangen jedoch nach auf die stationäre Pflegesituation zugeschnittenen Lösungen.

#### **4.3.3.1 Image stationärer Einrichtungen**

Während der Wissensstand von MigrantInnen über mobile und teilstationäre Angebote übereinstimmend als niedrig eingestuft wurde, betonten die befragten ExpertInnen, dass die Institution „Altersheim“ auch bei MigrantInnen allgemein bekannt sei, allerdings die Wahrnehmung der Institution von Erfahrungen im und Erzählungen aus dem Herkunftsland geprägt sei. Dabei sei das Bild einer „Aufbewahrungsstation“ für ältere Menschen prägend, und das Image der Heime entsprechend schlecht. Die Aufnahme eines Elternteils in einem Alters- oder Pflegeheim würde oft als massive Verletzung innerfamiliärer Fürsorgeverpflichtungen und als „Aufgeben“ der Eltern erlebt und sei daher oft mit tiefen Schuldgefühlen verbunden, beschreibt eine Expertin aus der Pflegeadministration. Es sei daher auch sehr schwierig, an diese Zielgruppe mit Angeboten heranzukommen:

*„Also was ich schon wahrnehme, dass die Seniorinnen und Senioren, die wirklich hochaltrig sind, meistens sehr in der Familie bleiben, ganz schlecht Deutsch können oder gar nicht und auch gar nichts wissen über die Angebote der Stadt. Und auch wenn sie diese Angebote kennen, ist das oft in der Familie ein Tabu, dass sie die Angebote auch nutzen. Also zum Beispiel eine türkische Großmutter in ein Pflegeheim zu bringen, ist sehr schwierig, weil das einfach von den Angehörigen her irgendwie als Abschieben identifiziert wird, als schwere Schuld und Versagen der Familie gesehen wird. Man kommt auch schwer heran an die Leute – wir haben zum Beispiel immer so Seniorenveranstaltungen im Herbst, früher war das ein Seniorentag im Rathaus, mittlerweile ist das ein Seniorenmonat, und wir versuchen da immer auch an diese Menschen mit Angeboten heranzukommen, aber die bleiben sehr in der Community.“*

Andere GesprächspartnerInnen wiesen darauf hin, dass die vor Ablehnung extramuraler Pflege vor dreißig oder vierzig Jahren auch bei den „alteingesessenen“ ÖsterreicherInnen üblich gewesen sei, bzw. im ländlichen Raum noch immer anzutreffen sei. Bei den jugoslawischen ZuwanderInnen sei der Wandel der Wahrnehmung schon weiter fortgeschritten als bei den türkischstämmigen Familien, beobachtete eine Pflegeleiterin eines Pflegeheims:

*„Es ist oft ein Versagen der Familie, wenn der Großvater ins Heim kommt – und die trauen sich nicht, schon alleine wegen der sozialen Kontrolle in ihrer Gesellschaft, haben sich viele lange Zeit nicht getraut, ihre Großeltern ins Heim zu geben. Aber jetzt löst sich das auf und ich denke, das passiert jetzt bei den Türken vielleicht noch ein bisschen später, aber die Ex-Jugoslawen, die damals als Gastarbeiter gekommen sind, bei denen löst es sich auf. Ich glaube, mit der Assimilation wird sich auch dieses Bewusstsein ändern. Also in Österreich, da war das vor fünfzig Jahren ja auch so. Da hat man in Großfamilien gelebt, gerade am Land und so, und da war es ja auch so, da hat der Familienclan versagt, wenn jemand ins Heim kam. Und jetzt denkt keiner mehr so. Jetzt ist es einfach so. Ich denke, da wird ein Bewusstseinswandel eintreten.“*

Auch eine Mitarbeiterin einer großen karitativen Einrichtung warnte davor, die ablehnende Wahrnehmung eines Pflegeheims zu kulturalisieren – in ihrer Herkunftsgemeinde gebe es ähnliche Wahrnehmungsmuster:

*„Also, bei uns, wenn ich schaue, ich komme aus der Steiermark, einer Gemeinde mit 2.000 Einwohnern, und dort, also dort ist die Übersiedelung in ein Pflegeheim genauso desaströs. Also jetzt wenn man sagt: Türkischer Hintergrund, die Familie muss pflegen, da denke ich mir manchmal, wenn ich daheim bin und ich höre irgendwelche Geschichten: Das unterscheidet sich jetzt nicht wirklich. Ja, da ist das dann auch ein Familienversagen: "Der Sohn kann sich nicht einmal drum kümmern, dass die Mutter daheim bleiben kann, der verrät seine Eltern" – ja, also ich werde da immer vorsichtiger und vorsichtiger. Das wäre mir ein großes Anliegen, dass man wirklich von diesem individuumsbezogenen Ansatz ausgeht – und eben im Hintergrund hat: Okay, es gibt Unterschiede, andere Vorstellungen, aber nicht mit Zuschreibungen arbeitet.“*

Mehrere GesprächspartnerInnen wiesen in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung der Angehörigenarbeit hin – es sei einerseits nötig, den Angehörigen die Funktionsweise eines Alters- bzw. Pflegeheims zu erklären und ihnen z.B. die Räume zu zeigen, andererseits aber auch Unterstützung und Reflexionsmöglichkeit anzubieten. Die Angehörigenarbeit befinde sich generell erst in der Startphase, es gebe kaum Angebote für pflegende Angehörige aus migrantischen Familien, hier bestünde noch ein großer Entwicklungsbedarf. Umgekehrt sei in den Alters- und Pflegeheimen zwar die Tendenz zu beobachten, Familienangehörige, die dies wünschten, in die Pflege einzubinden, doch dies würde vielfach noch als „Störung“ des Pflegebetriebs erlebt. Gesamt gesehen, sei, wie im mobilen Bereich, eine bessere Information der MigrantInnen durch „Lotsen“ oder Mittelspersonen aus der jeweiligen Community nötig.

Für eine akademische ExpertIn war der Wunsch, möglichst lange zu Hause leben zu können, Anlass, das bestehende Pflegesystem generell zu überdenken und sich über alternative Formen Gedanken zu machen. Anstatt daran zu arbeiten, MigrantInnen in die Institutionen zu bekommen, sollten Formen entwickelt werden, die für die Pflege zu Hause Entlastungen anbieten würden, wie es sie z.B. in Norwegen in Form der „self-referral units“ bereits gäbe, die eine temporäre und selbst entschiedene Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung ermöglichten, schlug sie vor:

*„Naja das wäre vielleicht eine sehr spannende Frage und eine sehr große Herausforderung die ein Gesamtsystem auch entwickeln könnte, dass man sich über alternative Pflegeformen Gedanken macht. Dass man nicht darüber nachdenkt, wie*

*kriegt man alte Migranten in die Institutionen, in die Pflegeheime, die ja so prickelnd nicht sind, sondern dass man sich überlegt, was gibt es da für Grundstrukturen, dass man ein Modell leben kann, das man eigentlich lieber hätte, nämlich so lange zuhause bleiben wie es geht – was ja auch sinnvoll ist. Also, was würden Familien brauchen an Unterstützung, damit die jemand zuhause lassen können. Da ist das eine das mobile Angebot, das andere ist eine systematischere Unterstützung von Personen die sagen, ja, ich will, dass mein Vater, meine Mutter, meine Tante, wer auch immer, zuhause bleibt, und ich bin berufstätig, ich muss berufstätig bleiben, ich will berufstätig bleiben, aber ich will mich auch um meine Verwandten kümmern und da brauche ich eine unterstützende Struktur, weil ich mich sonst aufreibe (...). Es gibt auch ein relativ altes Vorzeigemodell aus Norwegen, das sind die sogenannten „self-referral units“. Und die funktionieren dann so, dass ein alter Mensch, der zu Hause ist, sich selbst dort anmelden kann – deswegen „self-referral“ – und sagen kann, ich bin zu Hause, ich will zu Hause bleiben, ich will nicht in ein Pflegeheim, ich will auch nicht ins Krankenhaus. Aber mir geht's im Moment nicht gut. Oder, die Leute die sich um mich kümmern, die wollen jetzt mal ihre Ruhe haben, denen hänge ich schon zum Hals raus (...) Wir brauchen eine Auszeit, alle miteinander. Ich weise mich jetzt 2 Wochen in diese Klinik ein. Und nach 2 Wochen gehe ich wieder. Und es kann mich auch keiner dort behalten. Das war ein Pilotprojekt, das ins Leben gerufen wurde, weil man draufgekommen ist, dass es ältere Personen gibt, die alles tun, um zu verhindern, dass sie in ein Pflegeheim kommen oder stationär aufgenommen werden, weil sie Angst haben, dass sie da nicht wieder rauskommen. Oder dass auch Familien sagen, nein, wir tun die Mama nicht dorthin, weil wer weiß, ob die jemals wieder heimkommt. Weil das System schluckt die und dann ist sie weg. Und das war so eine Hemmschwelle, auch für eine gewisse Zeit in die Institutionen reinzugehen. Und das hat sehr, sehr gut funktioniert.“*

#### **4.3.3.2 Sprachmatching**

Das Thema „Sprachmatching“ stellt sich im stationären Bereich doppelt – einerseits in Bezug auf die Bewohnerschaft, andererseits in Bezug auf die Sprachkompetenzen des Pflegepersonals. Beide Aspekte wurde von den befragten ExpertInnen als relevant erachtet. Es gäbe aus der Praxis mehrfach Beispiele, dass KlientInnen, die auf ihrer Station bzw. in ihrem Heim keine BewohnerInnen aus demselben Sprachraum vorfanden, kaum Kontakt zu den MitbewohnerInnen gefunden hätten. In diesen Fällen, die meist größere Anbieter betrafen, sei es dann zu Verlegungen auf Stationen mit BewohnerInnen mit einem ähnlichen Migrationshintergrund gekommen.

Über die Einzelfalllösung hinaus wurde dieses Thema von den Befragten unterschiedlich eingeschätzt. Ein Teil war der Ansicht, dass es durchaus sinnvoll sei, bei der Belegung von Wohneinheiten darauf zu achten, dass die BewohnerInnen die gleiche Muttersprache hätten, andere Befragte wiesen darauf hin, dass es zwar in größeren Einrichtungen möglich sei, BewohnerInnen mit der gleichen Muttersprache im Tagesverlauf zusammenzubringen, doch aus prinzipiellen Gründen „monoethnische“ Belegungen der Wohneinheiten eher vermieden werden sollten. Zentrales Ziel sollte eher sein, die BewohnerInnen selbst entscheiden zu lassen, welche Bedeutung sie ihrer Muttersprache geben würden – es sei schließlich nicht gesagt, dass sie sich mit MitbewohnerInnen der gleichen Muttersprache automatisch gut verstehen müssten, daher folge man in seiner Institution einem flexiblen Ansatz, stellte der Pflegeleiter eines großen Anbieters stationärer Leistungen fest:

*„Also unsere Linie, die wir eingeschlagen haben, ist: Sollte sich in einem Haus irgendwo ein Angebot herauskristallisieren, für eine bestimmte Gruppe, das passiert ja oft aufgrund von Zufällen, dann wird quasi so eine Gruppe gebildet, die sich aber dann auch wieder auflösen kann. Also wir wollen keine fixe ethnischen Zuordnungen, das das wollen wir nicht. Ja. Weil damit verlierst du die komplette Flexibilität. Also eher wenn sich etwas entwickelt oder wenn zum Beispiel ein Projekt irgendwo versucht wird, genau mit den MigrantInnen aus der oder der Gruppe, weil jetzt gerade zwei da sind – dann werden wir das unterstützen, aber es wird auch dann wieder möglich sein, das aufzulösen. Und das ist auch so der Gedanke, den wir entwickelt haben: Es gibt jetzt in dem Haus das Angebot, dann können die schon wesentlich offener auf den zukommenden Bewohner eingehen, und dem sagen "okay, das gibt es dort noch, das Angebot. Vielleicht schauen Sie sich das an." Aber nur nicht irgendwie etwas fixieren, für immer.“*

Besonders relevant sei der Kontakt mit Personen der gleichen Muttersprache jedoch im Fall von Demenzerkrankten, hielten mehrere ExpertInnen fest. Da die Phase II der Demenz mit dem Verlust später erworbener Sprachen einhergehe, sei es nötig, den Erkrankten eine Umgebung zu bieten, in der sie muttersprachlich kommunizieren könnten. Gäbe es diese Möglichkeit nicht, bestünde das Risiko eines weiteren Rückzugs aus der Kommunikation mit der Außenwelt und damit die Gefahr eines schwereren Krankheitsverlaufs. In diesem Fall wäre es sinnvoll, Personen mit gleichem Sprachhintergrund in einer Gruppe zusammenzubringen, stellte die Diversitätsbeauftragte eines großen Pflegeanbieters fest, da ein ressourcenorientierter Ansatz die zentrale Ressource Muttersprache aufgreifen müsste:

*„Natürlich kann ich Menschen, die dement sind und verschiedene ethnische Herkünfte haben, zusammentun. Nur, dann sitzen sie in den Wohnzimmern und können nicht miteinander reden. Sie können sich auch nicht verstehen. Und ich glaube wirklich, dass wir zu dieser Demenz (...) eine andere Haltung entwickeln müssen. Viele Fachleute sind jetzt schon der Meinung, dass die glauben, da passiert viel mehr, als wie wir glauben. Also ähnlich, wie beim Wachkoma, wo man so lange geglaubt hat, die Leute kriegen eh nichts mit, könne es bei der Demenz sein, dass die ganz viel mitkriegen und wir checken das aber nicht. Und da ist es dann wichtig, dass die noch vorhandenen Fähigkeiten gesehen und genutzt werden, und dazu gehört eben die Muttersprache. Ein kleines Beispiel: Wir haben eine Demenzgruppe am (Name Institution). Ich habe mir diese Demenzgruppe an einem Tag angeschaut, wo es mir psychisch überhaupt nicht gut gegangen ist. Und ich komme dort rein und eine Frau kommt auf mich zu – die sieht mich zum ersten Mal in ihrem Leben – nimmt meine Hand und sagt "Was ist denn los? Ihnen geht's heute aber gar nicht gut." Ohne Witz. Das ist unglaublich, welche Sensibilität in Bezug auf emotionale Zustände diese Menschen haben. Ich habe eine Ausbildung für Menschen mit schweren Behinderungen gemacht, und da habe ich auch im Laufe meiner Berufserfahrung einfach erlebt, was die für Sensibilitäten entwickeln und was die für Talente haben – wenn du das förderst. Und ich glaube auch, auch bei der Demenz werden wir in die Richtung gehen müssen – ich weiß es nicht ob's dann gut ist, wenn man gemischtsprachige Gruppen hat, weil dann lässt man ja die Ressource Sprache liegen, lässt die Leute kommunikativ verhungern.“*

Auch im stationären Bereich sahen die meisten Befragten die Sprachkompetenz der MitarbeiterInnen als wichtige Ressource zur erfolgreichen Gestaltung des Pflegealltags.

Auch hier nannten die meisten Befragten eine weitgehende Abdeckung der Muttersprachen der BewohnerInnen durch das Pflegepersonal als Ideal, das aber aus logistischen Gründen nicht erreicht werden könnte. Allerdings sei es im stationären Bereich einfacher, ein „Sprachmatching“ zu planen, als im mobilen Bereich.

Dennoch gebe es noch oft genug Situationen des „Laiendolmetschens“, in denen Verwandte für die zu Pflegenden als Dolmetscher agieren müssten. Mehrere GesprächspartnerInnen verwiesen in diesem Zusammenhang auf die in manchen Krankenhäusern vorhandene Option, via Skype professionelle Dolmetscher zuzuschalten, und wünschten sich vergleichbare Angebote auch für den Pflegebereich. Die konkreten Lösungsmöglichkeiten würden stark von der jeweiligen Situation im Pflegeheim abhängen, erzählte eine ehemalige Direktorin eines großen Wiener Pflegeheims, in größeren Einrichtungen sei das Sprachmatching leichter, in den inzwischen als Standard angesehenen kleineren Einrichtungen sei dies deutlich schwieriger. Seit etwa 2012 würden jedoch die Sprachkenntnisse der MitarbeiterInnen in Wiener Pflegeeinrichtungen erfasst, um diese entsprechend einzusetzen:

*„Also in den großen Häusern kann man sich noch insofern besser helfen, zum Beispiel, ich habe das (Name Institution) viele Jahre geleitet und wir hatten ja wirklich sehr viele Abteilungen, (...) da hat man natürlich die Möglichkeit, wenn man weiß: Ich habe in der Abteilung jemanden mit der und der Muttersprache und jemand anderer hat in seiner Abteilung auch wen, dann haben wir natürlich organisiert, dass die die entsprechenden Patienten kennenlernen. Also bei so einem großen Bereich geht das schon. Wenn das kleinere Einheiten sind, wird das schwierig. Wir haben einmal einen Patienten gehabt, der war – oder der ist an sich in Armenien geboren gewesen, er hat in Schweden lang gelebt, ist dann nach Wien gekommen und der ist zunehmend dement geworden und konnte dann ausschließlich nur mehr armenisch sprechen. Das war dann echt schwierig, weil da war niemand zu finden und wir haben dann einen Pfarrer aufgetrieben, der armenisch konnte und dann hie und da auf Besuch gekommen, aber das war wirklich schwierig, das war sehr schwer. (...) Inzwischen erfassen die Personalabteilungen, welche Sprachkenntnisse da sind, damit das dann auch die Vorgesetzten wissen, dass sie da überhaupt jemanden haben, weil oft blühen ja da irgendwelche Talente im Verborgenen. Also das wird schon wahrgenommen, ja.“*

Mehrere GesprächspartnerInnen aus Pflegeheimen wiesen aber auch darauf hin, dass es aus logistischen Gründen meist nicht möglich sei, MitarbeiterInnen mit entsprechenden muttersprachlichen Kenntnissen oder DolmetscherInnen einzusetzen. Wichtiger als diese sei eine wertschätzende Haltung den KlientInnen gegenüber und transkulturelle Kompetenz, um Zugang zu den KlientInnen zu finden, meinte die Pflegeleiterin eines Altersheimes:

*„Also ich sehe das schon so – man hat da immer so diesen hohen und professionellen Anspruch: Es muss alles gedolmetscht werden und am besten in der Muttersprache sein – es geht nicht darum, das geht in der Praxis oft nicht. Es ist getan, dass Mitarbeiter mit einer – nennen wir es jetzt aus der Pädagogik – interkulturellen Haltung, einer transkulturellen Kompetenz – an den Klienten herantreten, und das schafft eine jede Heimhilfe. Also ich denke mir, es geht ja oft nur mehr darum, Zugang zum Klienten zu kriegen. Man kann sogar non verbal – wenn man einen Zugang findet zum Klienten, gerade bei der Pflege – viel erreichen. Weil im Pflege- und Betreuungsbereich geht es ja nicht darum geht, dass Du etwas*

*erhebst, dazu brauchst Du Sprache, im Spital, ja – aber da geht's dann um den Prozess danach, wo schon halbwegs klar ist: Was wird gemacht? Und es geht aber darum, dass man das in einer Beziehung mit dem Klienten macht und es geht darum, die Beziehung herzustellen und das kannst du aber mit wenige Sprache, nur mit ein paar Keywords – also ich glaube, dass es eher da um die Haltung geht, als um die Sprache, Das ist etwas, was viel mehr in die Ausbildungen reingehört, (...) ich glaube wirklich, dass das das Geheimnis ist.“*

Anders sah dies ein Mitarbeiter einer großen Trägerorganisation, der die Notwendigkeit muttersprachlicher Angebote aus der Logik eines bedürfnisorientierten Pflegekonzepts ableitete und als Verpflichtung der Trägerorganisationen sah:

*„Ich glaub das allgemeine Thema in dem Ganzen ist ja so diese. Wir haben ja Pflegekonzepte bei uns, die bedürfnisorientiert sind. Und die Bedürfnisse einer jugoslawischen Reinigungsfrau, die da irgendwo in einem Betrieb auch gearbeitet hat, sind genauso zu beachten wie die einer Hofratswitwe im 19. Bezirk, die auch ihre Bedürfnisse hat. Also es geht immer so ein Abwägen, was braucht denn der eine, und was ist unsere Möglichkeit, dem entgegenzukommen, und ihnen eine Lebensqualität in irgendeiner Form zu bieten. Und dazu muss ich mich in der Organisation schon auch rüsten, zu sagen, okay, wenn's jetzt das Bedürfnis gibt, in der Muttersprache zu sprechen, angesprochen zu werden, oder wo's einfach aufgrund der dementiellen Erkrankung notwendig ist, dass es eine muttersprachliche Betreuung gibt – weniger wegen dem Verstehen, als vielmehr um Atmosphäre und Heimat bieten – dann müssen die Organisationen auch versuchen, das möglichst zu realisieren.“*

Auch aus dem stationären Bereich gab es den Hinweis, dass es kaum möglich sei, türkischsprachige MitarbeiterInnen zu finden, diese jedoch dringend benötigt würden. Grund dafür, so eine Lehrende an einer Fachschule, sei das geringe Prestige des Berufs und die dominante Wahrnehmung der Pflege als Aufgabe der Angehörigen in der türkischen Community. Das weitgehende Fehlen türkischsprachiger MitarbeiterInnen in stationären Einrichtungen wirke dann verstärkend auf die Ablehnung der extramuralen Pflege, dieser Teufelskreis sei schwer zu durchbrechen:

*„Das Prestige ist einfach in der Community nicht gegeben. Weil gerade aus dem türkischen Bereich wissen wir, dass Pflege eine Angehörigen-Arbeit ist, das ist nichts Professionelles, sondern das wird in der Familie erledigt, und professionelle Hilfe hat eine sehr geringe Reputation. Und PflegeschuldirektorInnen erzählen mir, dass sie sehr viel Aufwand betreiben, türkische Mädchen oder türkischstämmige Mädchen anzuwerben als Schülerinnen, und wenn sie es bei wenigen schaffen, dann sind die nach dem ersten Praktikum wieder draußen aus der Ausbildung. Wenn sie sehen was die Tätigkeiten (sind), wenn sie sehen was sie da zu tun haben in dem Beruf, dann gehen die. Oder werden vielleicht auch von den Familien wieder abgezogen. Und so gibt es kaum türkischsprachige PflegerInnen, und das ist vielleicht auch ein Grund, dass es auch wenig türkische KlientInnen gibt.“*

#### **4.3.3.3 Geschlechtszugehörigkeit des Pflegepersonals**

Ähnlich wie im mobilen Bereich wurde auch für den stationären Bereich das Thema der Geschlechtszugehörigkeit des Pflegepersonals als relevanter Aspekt angesprochen.

Allerdings gebe es, so viele GesprächspartnerInnen, im stationären Bereich aufgrund der größeren Zahl an MitarbeiterInnen eher die Möglichkeit, dieses Thema zu berücksichtigen; zudem käme es aufgrund der Frauendominanz in den Pflegeberufen kaum zu der Situation, in der ein männlicher Pfleger eine Patientin bei der Körperpflege unterstützen müsse. Generell würde versucht, diese Pflegekonstellation zu vermeiden, daher sei dieser Punkt auch bei muslimischen Patientinnen kaum relevant. Wie in der mobilen Pflege, gebe es auch im stationären Bereich immer wieder sexuelle Übergriffe auf Pflegerinnen durch Bewohner der Einrichtungen.

#### **4.3.3.4 Religiöse und kulturelle Aspekte**

Ein weiteres, von vielen GesprächspartnerInnen angesprochenes Thema, betraf kulturelle und religiöse Aspekte der Alltagsgestaltung in stationären Einrichtungen, die von Menschen mit unterschiedlichen soziokulturellen Hintergründen bewohnt werden. Die Mehrzahl der GesprächspartnerInnen aus den Betreiberorganisationen verfolgten dabei integrative Konzepte und räumten zwar den einzelnen kulturellen Traditionen Platz ein, lehnten jedoch ethnisch oder soziokulturell homogene Wohngruppen oder Stockwerksbelegungen weitgehend ab. Neben prinzipiellen Überlegungen wurden dafür auch logistische Gründe genannt – bei der Nutzung eines öffentlich geförderten Pflegeplatzes erfolge die Zuteilung zur Pflegeeinrichtung durch die Sozialverwaltung – in Wien etwa dem „Fonds Soziales Wien“. Die KlientInnen, die in einem Pflegeheim der Stadt Wien leben wollten, könnten Präferenzen für bestimmte Häuser nennen, aber die Aufnahme in eine bestimmte Einrichtung sei von der Verfügbarkeit eines Platzes abhängig, was ein kulturelles „Matching“ der Bewohnerschaft nur schwer möglich mache.

In diesem Zusammenhang wurde auch mehrfach auf die unterschiedlichen Träger der stationären Einrichtungen und deren gesellschaftspolitischen bzw. religiösen Orientierung verwiesen. Neben dem vom jeweiligen Land bzw. der jeweiligen Stadt getragenen Einrichtungen gebe es eine Vielfalt von Einrichtungen privater, oft mit der katholischen Kirche oder einer anderen Religionsgemeinschaft verbundenen Träger, die ebenso öffentlich geförderte Plätze anbieten würden. In diesen Einrichtungen spiele die Religion im Alltag eine größere Rolle als in säkularen Einrichtungen. KlientInnen, die dort leben wollten, würden damit eine klare Präferenz für ein bestimmtes religiös-kulturelles Umfeld äußern, die zu achten wäre.

Die meisten Befragten verwiesen jedoch darauf, dass in den meisten öffentlichen Alters- und Pflegeheimen die wesentliche Feste der verschiedenen Religionen der BewohnerInnen begangen würden, um den Pflegebedürftigen gegenüber Wertschätzung auszudrücken. Aufgrund der geringen Zahl muslimischer KlientInnen handle es sich dabei in der Praxis meist um die Festtage verschiedener christlicher Religionen bzw. des Judentums, erst vereinzelt seien auch islamische Feste begangen worden. Zudem gebe es eine Vielzahl von Aktivitäten im Alltag, in denen die auch die verschiedensten kulturellen Traditionen aufgegriffen würden. Ziel sei dabei immer, die individuellen Bedürfnisse der BewohnerInnen und ihre Lebensgeschichte ernstzunehmen und auf diese einzugehen, und damit seien immer auch kulturelle Aspekte verbunden

Allerdings sei im Gegensatz zu den christlichen Festen und Traditionen der Islam bei vielen BewohnerInnen der Alters- und Pflegeheime negativ besetzt, und mangels direkter Kontakte gebe es auch wenig Möglichkeiten, die Haltung dazu zu ändern, wurde mehrfach berichtet.

Daher gebe es in der Praxis nur wenig Begegnung mit islamischen Traditionen in den Pflegeeinrichtungen.

Entscheidend sei ein sensibler Umgang mit den kulturellen Traditionen der BewohnerInnen, stellte eine leitende Mitarbeiterin eines Altersheims der jüdischen Kultusgemeinde fest, die generell darauf verwies, dass ein Zugang über die individuelle Biografie gegenüber kultureller Vielfalt deutlich offener sei als eine Kategorisierung nach Religion oder Herkunft. Gerade im Fall dieses Heimes, dessen BewohnerInnen aus einer Vielzahl verschiedener Länder kommen, sei es nötig, mit dem Wissen um den kulturellen Hintergrund auch ein „letztes Zuhause“ zu geben:

*„Jeder der in der Pflege bei uns anfängt zu arbeiten, ist darüber informiert, wie das bei uns gehandhabt wird, welche Feiertage wir haben und so weiter, ja. Die Kulturen, die sich zusammenfinden auf den Stationen, sind natürlich auch wieder zum Teil die Kulturen, woher unsere Bewohner kommen, ja, das ergänzt sich schon wieder und bildet, wie eine – sozusagen – eine Brücke zueinander, um Zugänge auch zu schaffen, um Vertrauen zu bilden. Man spricht, man hört Vertrautes, so ein Stückchen Zuhause, was wir hier in der stationären Pflege auch vermitteln wollen, Das, wenn wir so sagen wollen, das „letzte Zuhause“ der Bewohner ist, weil die gehen, in den seltensten Fällen, ziehen sie wieder aus und gehen nach Hause. Ja, also es ist, ja, wie soll ich sagen, jeder weiß, dass er sich ein bisschen an unsere Kultur zu halten hat und das funktioniert ganz gut, wobei wir nicht vergessen dürfen, dass wir auch diese staatlichen Feiertage, diese katholischen Feiertage bei uns feiern, natürlich, selbstverständlich, jeder für sich, und je nach der Religion.“*

Es sei allerdings naiv, zu glauben, in soziokulturell homogene BewohnerInnengruppen gebe es weniger Konflikte als in heterogenen Gruppen. Individuelle Vorlieben und Sympathien seien bedeutend wichtiger für die Qualität des Zusammenlebens in einer stationären Einrichtung als der jeweilige Herkunftshintergrund, zudem bestünde in kulturell homogenen Settings das Risiko des Ausschlusses und der Segregation. Etwas anders sei diese im Kontext von Demenz zu sehen, hier sei Ihrer Ansicht nach aus medizinischen Gründen eine soziokulturelle Homogenität der BewohnerInnen sinnvoll:

*„Da haben wir noch nicht wirklich die offizielle Diskussion. Also da sind wir selber noch sehr ein bisschen, sage ich, glaube ich, ambivalent, weil es hat immer zwei Seiten. Ich sage, ein Haus mit einer bestimmten Kultur zu organisieren, klingt natürlich einfach, hat natürlich viele Vorteile, aber ich sage, hat auch den Nachteil, weil ich es dann wieder isoliere. Ja, also dann ist die Segregation wieder da und ist das das Ziel? Wenn es um Menschen mit verstärkter Demenz geht, schaut es anders aus, dann macht es Sinn, das hilft ihnen, das kann ich mir gut vorstellen, aber nicht für den Normalfall.“*

Die Errichtung eigener stationärer Pflegeeinrichtung nach religiösen Kriterien wurde von den meisten GesprächspartnerInnen vorsichtig positiv beurteilt. Zentral sei vor allem die Auswahlmöglichkeit des Einzelnen, hielten sie fest, wenn durch religiöse Angebote die Wahlmöglichkeit zunehme, so sei dies nur positiv. Allerdings dürfe darüber nicht vergessen werden, auch die Pflegeeinrichtungen der öffentlichen Hand multireligiös zu betreiben – dies sei in Ansätzen bereits geschehen, da inzwischen alle Einrichtungen multireligiöse Gebetsräume aufwiesen und auch schweinefleischfreies Essen anbieten würden, wobei allerdings die Versorgung mit koscherem und „halal“-Essen nicht immer reibungslos funktionieren würde.

Ein großer Teil der GesprächspartnerInnen wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass es bereits jetzt viele von den christlichen Religionsgemeinschaften getragene stationäre Einrichtungen gebe und auch die jüdische Gemeinde mit dem Maimonides-Zentrum über eine eigene stationäre Einrichtung verfüge, die Errichtung muslimischer Alters- und Pflegeheime also nur eine logische Konsequenz wäre. Zudem würden die bestehenden Einrichtungen nur wenig von älteren muslimische MigrantInnen genutzt, obwohl es klaren Bedarf gebe.

Allerdings, so ein Gesprächspartner aus dem „Fonds Soziales Wien“, habe sich bisher kein geeigneter Trägerverein gefunden, der in der Lage gewesen wäre, die Anforderungen für den Betrieb einer stationären Betreuungseinrichtung zu erfüllen. Um angesichts der wachsenden Zahl älterer MigrantInnen für die Zukunft gerüstet zu sein, würde zurzeit überlegt, ob nicht die Stadt Wien als Träger einer vor allem für muslimische Ältere attraktiven Einrichtung auftreten solle – was allerdings angesichts der innerislamischen Vielfalt schwierig sei:

*„Also wir haben diese Frage immer wieder auch diskutiert, auch mit Menschen, die sozusagen in der Community das aktiv beworben haben, doch es hat sich nie ein Träger herauskristallisiert, der da tatsächlich in Frage gekommen wäre oder brauchbare Konzepte auf den Tisch gelegt hätte und auch die Ansprüche und Auflagen erfüllen könnte. Gerade auch angesichts der letzten Diskussionen sind wir eher am Überdenken, inwieweit es nicht sinnvoll wäre, dass ein potenter Träger – entweder die Stadt selber oder einer unserer bewährten Träger – ein gesondertes Angebot an diese Kulturgruppe macht, dass jetzt gar nicht einmal sozusagen ein religiös geprägtes sein, sondern eher an den kulturellen Traditionen anknüpfen und damit einladend sein, also, in diese Richtung gehen die Überlegungen. Allerdings ist das nicht einfach – der Islam ist nicht ein und dasselbe, auch in Wien nicht – und welcher Träger bietet was an, dass für alle aus dem Kulturkreis auch annehmbar ist?“*

Auch seitens der interviewten VertreterInnen der islamischen Glaubensgemeinschaft gab es ein deutliches Interesse an einem islamischen Pflegeheim, allerdings stellte auch hier die Gesprächspartnerin deutlich fest, dass nicht davon ausgegangen werden sollte, dass alle MuslimInnen ein religiös geführtes Haus einem Pflegeheim einer öffentlichen Institution vorziehen würden – ebensowenig wie alle katholischen SeniorInnen in kirchlichen Heimen leben wollten. Daher sei es noch wichtiger, dass die religiöse Betreuung durch Imame in den öffentlichen Heimen funktioniere – dies sei auch meist problemlos möglich, alle öffentlichen Heime in Wien hätten inzwischen ihre Gebetsräume für alle Religionen zugänglich gestaltet, und den KlientInnen Betreuung durch islamische Geistliche zu ermöglichen, sei für die Trägerorganisationen selbstverständlich. Allerdings fehlten oft Mobilitätsangebote, die es den Betroffenen ermöglichen würden, in die Moschee gebracht zu werden, oder an hohen Festen an religiösen Veranstaltungen teilzunehmen.

Deutlich kritischer gesehen wurden hingegen stationäre Angebote für bestimmte ethnische Gruppen. Dabei wurde häufig auf das Scheitern eines türkischen Altersheims in Berlin verwiesen, bei dem sichtbar wurde, dass die ethnische Zugehörigkeit keine sinnvolle Kategorie für die Errichtung von Pflegeeinrichtungen sei, sondern die Qualität der Pflege und Betreuung ausschlaggebend sei, was von dem ethnisch orientierten Träger nicht in ausreichendem Maß sichergestellt werden konnte.

#### **4.3.3.5 Diskriminierung und Fremdenfeindlichkeit**

Mehrere GesprächspartnerInnen verwiesen auch darauf hin, dass es in stationären Einrichtungen häufig zu Konflikten zwischen den BewohnerInnen käme, die von den BetreuerInnen zu schlichten wären. KlientInnen mit Migrationshintergrund seien in diesem Zusammenhang des Öfteren mit Diskriminierung und Fremdenfeindlichkeit konfrontiert. Dies würde in vielen Einrichtungen unter den Tisch gekehrt, es fehle weitgehend ein ausgearbeitetes Vorgehen gegen Diskriminierung durch MitbewohnerInnen. Angesichts der wachsenden Zahl potentieller KlientInnen mit Migrationshintergrund seien die Trägereinrichtungen und die Sozialverwaltungen gefordert, hier entsprechende Maßnahmen zu setzen. Zwar seien die MitarbeiterInnen geschult, in Konfliktsituationen deeskalierend zu wirken, doch der Aspekt der Diskriminierung wäre dabei kaum berücksichtigt, diese Themen müssten in Zukunft sowohl in der Aus- und Weiterbildung, wie mit den BewohnerInnen verstärkt bearbeitet werden.

#### **4.3.4 Palliativmedizin**

Palliativmedizinische Angebote sind nach Auskunft der Befragten bei den meisten MigrantInnen kaum bekannt und werden auch kaum genutzt. Auch die im Palliativbereich tätigen Einrichtungen selbst hätten erst vor kurzem begonnen, sich stärker für das Thema Migration zu öffnen, indem dem Thema in der Weiterbildung entsprechend Platz eingeräumt wurde und die MitarbeiterInnen nun vermehrt zum Thema des Umgangs mit dem Tod und dem Sterben in unterschiedlichen Kulturen geschult würden.

Wie eine ärztliche Mitarbeiterin der Palliativstation des AKH berichtete, die ein Projekt zum Thema transkulturelle Kommunikation bei der Betreuung von OnkologiepatientInnen und deren Angehörigen leitete, stellten sich in diesem Kontext eine Reihe neuer Herausforderungen. Neben der medizinische Betreuung sei hier vor allem auch die Qualität der Kommunikation entscheidend, dazu brauche es ein multidisziplinäres Team von ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen und PsychologInnen mit transkultureller Schulung. Die Ärztekammer Wien habe hierfür bereits einen Leitfaden erarbeitet, der nun auch vermehrt zum Einsatz käme.

Ein zentrales Problem sei auch hier die Frage der Kommunikation, insbesondere der Kommunikation in der Muttersprache bzw. der Verfügbarkeit von Dolmetschdiensten. In den seltensten Fällen würden die Ärzte und die PatientInnen die gleiche Muttersprache haben, und generell würden viele PatientInnen medizinische Erklärungen schwer verstehen, besonders, wenn sie weder Deutsch noch Englisch – die beiden üblicherweise verfügbaren Sprachen – gut verstehen könnten. Hier seien unbedingt Settings zu vermeiden, in denen Angehörige die Dolmetschfunktion übernehmen, diese wollten oft den/die PatientIn schonen und würden daher nicht genau übersetzen.

Wünschenswert wäre hier ein medizinisch geschulter Übersetzungsdienst, den es im AKH ansatzweise gäbe, der aber in anderen Krankenhäusern nicht vorhanden sei. Hilfsmittel wie Video- oder Telefondolmetschen seien bei der Information der PatientInnen über terminale Diagnosen nur schwer einsetzbar, da die psychische Belastung in einer derartigen Kommunikationssituation zu hoch sei. Das AKH versuche, Laiendolmetschen zu vermeiden, allerdings müssten auch hier öfters aufgrund von Personalmangel etwa ausgebildete KrankenpflegerInnen mit entsprechenden Sprachkenntnissen Übersetzungsdienste leisten.

Neben einer verbesserten Schulung der ÄrztInnen und des medizinischen Personals im interkulturellen Bereich sei es, so die ExpertIn, vor allem wichtig, kurzfristig abrufbare Dolmetschdienste aufzubauen. Dies sei nicht nur aus kommunikativen Gründen nötig, sondern auch aus rechtlichen: Die Aufklärung über Verlauf und Risiken einer Chemotherapie müsse von den PatientInnen verstanden werden, was oft mangels ausreichender Deutschkenntnisse schwierig sei.

Das Thema Kommunikation und Sprache im Palliativbereich wurde auch von den GesprächspartnerInnen aus dem Pflegebereich als hoch relevant angesehen. Insbesondere bei der mobilen Palliativpflege würden oft Teams mit drei oder vier Personen die PatientInnen aufsuchen, diese seien durch die Situation sowieso schon belastet und würden weiter verunsichert, falls sie mit dem Betreuungsteam nicht kommunizieren könnten. Auch in diesem Bereich schlugen die Befragten ein verstärktes Sprachmatching und/oder den Einsatz von BegleitdolmetscherInnen vor.

## 5 Hauptergebnisse Fokusgruppen

### 5.1 Einleitung

Eine der wesentlichen Fragen, die das Projekt BEMIG zu beantworten versucht, ist jene nach der derzeitigen Nutzung von Angeboten der institutionalisierten Pflege durch ältere MigrantInnen. Wie stellen sich ältere MigrantInnen ihre Pflege im Alter vor? Welche Angebote werden zurzeit genutzt? Welche Hürden behindern eine Nutzung des Angebots?

Um diesen Fragen nachzugehen, wurden im Herbst und Winter 2014 acht Fokusgruppen mit unterschiedlichen MigrantInnengruppen in Linz und Wien geführt. Die Herkunftsländer der MigrantInnen waren dabei Ex-Jugoslawien (Bosnien, Serbien, Kroatien (BKS)), Türkei, sowie die Philippinen. Die Fokusgruppen waren nach Herkunftsländern sowie nach Geschlecht der TeilnehmerInnen unterteilt. Die philippinische Fokusgruppe wurde als einzige nur in Wien und geschlechtlich gemischt durchgeführt, da es sich bei dieser Gruppe als äußerst schwierig erwies, TeilnehmerInnen zu finden. Insgesamt war es auch schwieriger, Männer als Frauen für eine Teilnahme zu gewinnen. Aus diesen Gründen konnte in Linz eine BKS-Männergruppe nicht zustande kommen.

#### 5.1.1 Fokusgruppen: Theorie und Methode

Das durchführen von Fokusgruppen ist eine qualitative sozialwissenschaftliche Methode, welche sich auf signifikante Weise von den gängigeren Einzelinterviews unterscheidet. Während bei diesen *individuelle* Erfahrungen, Einstellungen und Bedeutungen empirisch gesammelt werden, erlauben Gruppendiskussionen nach Ralf Bohnsack (2010) einen Zugang zu „informellen Gruppenmeinungen“ und somit einen „empirischen Zugriff auf das Kollektive“. Wenn man davon ausgeht, dass die gegebene Gruppe einen gemeinsamen „Erfahrungsraum“ hat – wie etwa im Falle der BKS-Fokusgruppen der Zusammenbruch Ex-Jugoslawiens – dann können Fokusgruppen einen empirischen Zugang zu sozialen Milieus, im vorliegenden Fall von MigrantInnengruppen, bieten. Der gemeinsame „Erfahrungsraum“ der vorliegenden Fokusgruppen bestand in zum Teil ähnlichen Erfahrungen aufgrund der Migrationserfahrung aus demselben Herkunftsland/-ländern. In zumindest einem Fall handelte es sich zudem um eine „natürliche Gruppe“, das heißt, TeilnehmerInnen kannten sich bereits aus einem anderen Zusammenhang (Gruppengesprächen der durchführenden NGO). Dennoch wäre es eine Trugschluss, eine Fokusgruppe als korrekte *Repräsentation* einer gesamten MigrantInnengruppe zu sehen. Wie qualitative Methoden insgesamt, kann damit die Komplexität eines Themas explorativ erforscht werden, für repräsentative Daten müssten andere Methoden angewendet werden.

Nach Bohnsack werden aufgrund des gemeinsamen „Erfahrungsraums“ bereits in der Gruppe vorhandene Meinungen in der Diskussion „aktualisiert“, das heißt, TeilnehmerInnen ergänzen sich gegenseitig. Im Gegensatz dazu werden bei Einzelinterviews tatsächlich auch nur persönliche Erfahrungen und Meinungen erfragt. Bei Fokusgruppen kann hingegen nicht in jedem Fall davon ausgehen, dass Gesagtes tatsächlich eine feste Meinung der

TeilnehmerInnen präsentiert – durch die Gruppendynamik kommt es auch zu einer Steigerung: Einzelne nehmen Gegenpole in einem Meinungsspektrum ein, um die Diskussion zu ergänzen und voranzutreiben, und nicht in jedem Fall, um ihre eigene Meinung darzustellen. Dies war auch bei den vorliegenden Fokusgruppen zu sehen, wenn TeilnehmerInnen Bezug auf *gemeinsame* Erfahrungen in der Gruppe nahmen, wie Sprachprobleme, Gefühle von Benachteiligung, Armut, Unterschiede zur Mehrheitsbevölkerung, etc. (Bohnsack 2010, 111ff.)

*Unterschiede* in den Erfahrungen und Meinungen ergeben sich demnach aus dieser Gruppendynamik ebenfalls. Es gibt nicht eine homogene Meinung zu einem Thema pro MigrantInnengruppe. Aus den Diskussionen der TeilnehmerInnen wird klar, wie sehr Meinungen und Einstellungen zum Thema Pflege im Alter unter MigrantInnen, genauso wie in der Mehrheitsbevölkerung, umstritten sind. In den Fokusgruppen zeigte sich somit auch die Heterogenität von Ängsten, Erwartungen und Hoffnungen bezüglich Pflege im Alter in verschiedenen migrantischen Gruppen.

### **5.1.2 Organisation und Durchführung der Fokusgruppen**

Die vorliegenden Fokusgruppen wurden – mit Ausnahme der philippinischen Gruppe – von NGOs, welche mit den jeweiligen Communities vertraut sind, organisiert. Dies erwies sich als unschätzbare Vorteil: Die Gruppendiskussionen konnten in den Muttersprachen der TeilnehmerInnen durchgeführt werden, dadurch konnten auch Personen teilnehmen, die weniger gut oder kein Deutsch sprechen. Außerdem genossen die NGOs bei den TeilnehmerInnen bereits Vertrauen und die Fokusgruppen konnten dadurch in einer entspannten Atmosphäre stattfinden. Somit entstanden trotz des heiklen und persönlichen Themas sehr intensive Diskussionen, und es wurden für das Forschungsprojekt Daten generiert, die anders nicht zugänglich sein würden. Die NGOs erhielten für diese Leistung ein Honorar.

Als Vorbereitung auf die Fokusgruppen veranstaltete das Projektteam einen Workshop für die ModeratorInnen der Fokusgruppen Anfang Oktober 2014. In diesem Workshop wurden die ModeratorInnen mit den Projektinhalten vertraut gemacht. Der vorbereitete Leitfaden für die Fokusgruppen wurde intensiv diskutiert und auf Basis der Inputs verbessert. Außerdem wurden Methoden und Didaktik für Gruppendiskussionen vorgestellt, und Erfahrungen der ModeratorInnen mit Gruppen diskutiert und ausgetauscht.

Die Organisation und Durchführung der Fokusgruppen oblag dann den NGOs, in Rücksprache mit dem Projektteam. Den NGOs wurde außerdem freigestellt, monetäre Kompensation für die Teilnahme an der Fokusgruppe anzubieten, um TeilnehmerInnen zu gewinnen. Die Moderation wurde zum Teil zusätzlich noch von einer „Beobachtungsperson“ unterstützt, um eine zweite Perspektive auf die Gruppenprozesse zu bekommen. Die Fokusgruppen wurden, wo möglich, per Video aufgezeichnet. Bei der BKS-Männergruppe (Wien), der BKS-Frauengruppe (Linz) und der türkischen Männergruppe (Linz) war eine Videoaufnahme aufgrund der Vorbehalte der TeilnehmerInnen nicht möglich, stattdessen wurde eine Audioaufnahme gemacht.

Tabelle 9 bietet einen Überblick über die durchgeführten Fokusgruppen. Zielgruppe waren pflegende Angehörige sowie Personen, die selbst Pflegebedarf haben. Das Alter der TeilnehmerInnen war dementsprechend gemischt, wobei der Großteil der TeilnehmerInnen über 50 Jahre alt war. Weiters wurde nicht zwischen erster und zweiter Generation

unterschieden, um ein möglichst breites Bild zu erlangen. In Linz wurden sämtliche Fokusgruppen von migrare, einem Beratungszentrum für MigrantInnen in Oberösterreich, durchgeführt. In Wien teilten sich die Fokusgruppen auf mehrere NGOs auf: das MEN Männergesundheitszentrum führte die BKS-Gruppe und die türkische Gruppe durch; für die BKS-Frauengruppe war Peregrina, ein Beratungs-, Therapie- und Bildungszentrum für Immigrantinnen zuständig; und die türkische Frauengruppe führte das Frauengesundheitszentrum FEM Süd durch. Die philippinische Fokusgruppe fand am ICMPD statt.

Im Dezember und Jänner fanden erneut Treffen zwischen den verantwortlichen ModeratorInnen und dem Projektteam in Linz und in Wien statt, um die Fokusgruppen nachzubesprechen und zu dokumentieren. In drei Fällen wurde ein Protokoll bzw. Transkript zur Verfügung gestellt, nämlich bei der BKS-Männergruppe (Wien), der BKS-Frauengruppe (Wien) und der türkischen Männergruppe (Wien). Bei allen anderen Fokusgruppe wurde die Aufnahme gemeinsam angesehen bzw. angehört und dabei ein Protokoll angefertigt.

Tabelle 9: Überblick über die Fokusgruppen

	<b>Fokusgruppe</b>	<b>Durchgeführt von</b>	<b>Anzahl Tln.</b>	<b>Datum</b>
1	Männer BKS Wien	MEN Männergesundheitszentrum, Franz Josef Spital	8	22.12.2014
2	Männer TK Wien	MEN Männergesundheitszentrum, Franz Josef Spital	9	24. 11. 2014
3	Frauen BKS Wien	Peregrina Beratungs-, Therapie- und Bildungszentrum für Immigrantinnen	9	5. 11. 2014
4	Frauen TK Wien	FEM Süd Frauengesundheitszentrum, Franz Josef Spital	7	27. 11. 2014
5	Männer TK Linz	migrare Zentrum für MigrantInnen OÖ	9	6.11.2014
6	Frauen BKS Linz	migrare Zentrum für MigrantInnen OÖ	15	13.11.2014
7	Frauen TK Linz	migrare Zentrum für MigrantInnen OÖ	8	20.11.2014
8	PH (gemischt) Wien	ICMPD	9	27.11.2014

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus der Analyse der Fokusgruppen vorgestellt. Zunächst werden Hürden im Zugang zu institutionalisierten Pflegeangeboten diskutiert; weiters Erwartungen und Ängste von TeilnehmerInnen bezüglich dieser Angebote dargelegt; und zuletzt wird auf Rückkehrwünsche von TeilnehmerInnen und Pflege von Angehörigen im Herkunftsland eingegangen.

## 5.2 Hürden im Zugang zu institutionalisierten Pflegeangeboten

### 5.2.1 Mangelnde Informationen

Ältere MigrantInnen begegnen im Zugang zu institutionalisierten Pflege- und Betreuungsangebot bestimmten Hürden. Was ist unter „Hürden“ zu verstehen? Es handelt sich um Mechanismen, welche es für betroffene Personen schwieriger macht, Angebote zu nutzen – wobei es hier noch nicht um eine Diskriminierung im strengen Sinn gehen muss (European Union Agency for Fundamental Rights 2013, 47ff.). So können etwa Selbstbehalte im Gesundheitswesen insgesamt als Hürde gesehen werden, die für andere kaum ins Gewicht fällt, von anderen schwerer überwunden werden. (ebd., 53ff.)

In allen Fokusgruppen herrschte grundsätzlich ein großer Mangel an Informationen. In allen Fokusgruppen mussten Angebote zunächst einmal von der Moderation erklärt werden, um sie überhaupt diskutieren zu können. Vielen TeilnehmerInnen war das gesamte System der institutionalisierten Pflege nicht bekannt, auch deshalb, weil es im Herkunftsland in der Form nicht existent ist. Unwissenheit bis völlige Unkenntnis herrschte daher bei allen Angeboten, die außerhalb eines klassischen stationären Angebotes liegen, wie mobile Pflege und Tageszentren. Stationäre Angebote wie „Altenheim“ und „Pflegeheim“ wurden dazu von vielen TeilnehmerInnen als dasselbe Angebot diskutiert (und zwar als „Heim“).

Dieser grundlegende Informationsmangel, der auch auf die Rolle von sozialen Netzwerken bei der Informationssuche hindeutet, hat Konsequenzen. In den meisten Fokusgruppen verliefen die Diskussionen entlang zweier Optionen, die zumeist als Gegensatzpaare wahrgenommen wurden: entweder Pflege zuhause (was gut ist), oder Pflege im „Heim“ (was schlecht ist). Dass diese Wahrnehmung Auswirkungen auf die Informationssuche hat, zeigte eine Teilnehmerin in der türkischen Fokusgruppe (Wien) mit einer Erzählung ihrer beruflichen Erfahrungen – sie arbeitet selbst in einem Beratungszentrum mit muttersprachlichen Angeboten und stehe dabei oft vor folgender Situation:

*„Wir (TürkInnen) können auch nicht die richtigen Fragen stellen. Deshalb bekommen wir keine Infos. Ich, als Beraterin, weiß dann auch nicht immer von selbst, was die Person braucht. Und sie fragen (beispielsweise) nicht nach dem Tageszentrum, weil sie nichts davon wissen.“*

Dieses große Unwissen über Angebote und mögliche Ursachen dieses Informationsmangels führte folglich auch zu langen Diskussionen in den meisten Fokusgruppen: Inwiefern ist Informationsmangel selbstverschuldet? Wo beginnt Eigenverantwortung in der Informationssuche, wo ist Verantwortung anderswo, etwa bei Auskunft gebenden Stellen, zu verorten?

Die philippinische Fokusgruppe bildete hingegen eine Ausnahme. Hier waren viele Informationen vorhanden, auch aufgrund der hohen Anzahl von selbst im Pflegeberuf tätigen TeilnehmerInnen. Es gab daher kaum Diskussion über Hürden im Zugang zu Angeboten, da viele berufliche wie private Erfahrungen gemacht hatten und mit den Optionen vertraut waren.

### **5.2.1.1 Wie suchen TeilnehmerInnen nach Informationen? Norm der Pflege zuhause**

Allerdings gab es in auch in anderen Fokusgruppen TeilnehmerInnen, die in der Familie oder sogar persönlich Pflegebedarf haben oder hatten. Wie wurde in solchen Fällen vorgegangen? Die größte Rolle scheint zunächst die Norm der Pflege zuhause zu spielen, die in Kapitel 5.3 noch intensiv diskutiert wird. Das Thema Pflege ist stark durch emotionale und moralische Verpflichtungen zwischen Familienmitgliedern aufgeladen, wie die Erzählungen mehrerer TeilnehmerInnen zeigen.

### **5.2.1.2 Tabu des Thematisierens stationärer Pflege**

Dies bedeutet, dass im Fall von Pflege- und Betreuungsbedarf zuerst fast immer versucht wurde, eine Lösung zuhause und mithilfe von Angehörigen zu finden. Die moralische Aufgeladenheit bedeutete bei manchen TeilnehmerInnen auch, dass teilweise allein das Suchen nach Information, der Wille, sich diesbezüglich schlau machen zu wollen, von Familienmitgliedern als böartige Intention, eine ältere Verwandte „ins Heim abschieben zu wollen“, gewertet wurde. Diese Normen zeigten sich in allen Fokusgruppen – vielleicht etwas weniger stark in der Philippinischen, doch auch dort wurde das Ideal der Pflege zuhause hochgehalten. Manche TeilnehmerInnen berichteten auch von Versuchen, ein „Heim“ als Option anzusprechen, die dann am Widerstand der Eltern oder anderer Verwandter gescheitert seien. Eine Teilnehmerin der türkischen Gruppe (Wien) erzählte kritisch von einer rezenten Erfahrung in ihrem Beratungsjob:

*„Ich habe gerade heute mit einer Familie darüber gesprochen. Die Tochter wollte mich wegen den Betreuungseinrichtungen ansprechen und gleich in der ersten Gesprächsphase hat sich die Mutter beschwert und war beleidigt. Sie sagte: >Du möchtest mich nicht haben und mich in eine Betreuungseinrichtung reinstecken.<“*

Die Teilnehmerin beurteilte diese Einstellung kritisch: Informieren müsse zumindest erlaubt sein.

Beide Beispiele zeigen also die starken moralischen Bewertungen und Gefühle, die mit dem Thema Pflege verbunden werden: Schuld, Pflicht, „Bestrafung“, Beleidigt-Sein, Verletzt-Sein, sich zurückgewiesen fühlen, etc. Dies macht klar, dass das Thema Pflege und Betreuung im Alter heikel ist und einen entsprechend sensiblen Umgang braucht – nicht nur bei MigrantInnen.

### **5.2.1.3 Informationen erst im Ernstfall suchen**

Ein weiterer, sich durchziehender Faktor bei der Suche nach Informationen ist die Nichtexistenz des aktiven Informierens im Vorhinein. Dies ist zunächst ein Phänomen, dass für Gesundheitsverhalten insgesamt feststellbar ist, unabhängig vom Faktor Migrationshintergrund: Gesundheitliche Notsituationen sind ein unangenehmes Thema, mit welchem man sich ungern beschäftigt, solange es nicht notwendig ist.

Zusätzlich spielt allerdings im Fall der vorliegenden Fokusgruppen der allgemeine Informationsmangel und die Wahrnehmung der Dualität „Heim“-„Zuhause“ eine verschärfende Rolle. Nachdem Angebote dazwischen nicht bekannt sind, werden institutionelle Angebote – da nur als „Heim“ bekannt – als letzter Ausweg im Notfall angesehen. Diese Aussage wurde in mehreren Fokusgruppen immer wieder, in

verschiedenen Formen, wiederholt: „Erst wenn wir (eine) Notlage haben, werden wir aktiv“, drückte es etwa eine Teilnehmerin in der türkischen Fokusgruppe (Wien) aus.

#### **5.2.1.4 Rolle von sozialen Netzwerken: NachbarInnen und FreundInnen**

Viele TeilnehmerInnen sprachen davon, dass sie Informationen bei NachbarInnen und FreundInnen suchen würden. Eine Teilnehmerin der philippinischen Fokusgruppe erklärte etwa: „„Unsere Nachbarn und Freunde sind unsere Informanten. Wenn die das schon einmal erfahren haben, dann sagen sie es uns.“ Dies weist auf die Rolle von sozialen Netzwerken bei der Suche nach Informationen hin. Insbesondere weibliche TeilnehmerInnen nannten persönliche Kontakte wie FreundInnen oder NachbarInnen als Informationsquelle. Nach der Netzwerktheorie von Granovetter (1973) zirkulieren in engen sozialen Netzwerken und nahen Beziehungen („strong ties“) eher bereits bekannte Informationen. Problematisch kann dies werden, wenn migrantische Netzwerke wenig mit Netzwerken der Mehrheitsgesellschaft verbunden sind und im Vergleich zu diesen auch weniger Informationen gegeben sind. Gemäß Granovetters These sind „schwache Verbindungen“ („weak ties“) für Informationsbeschaffung oft nützlicher – dabei geht es also um Personen, die im vorliegenden Beispiel sowohl in migrantischen Netzwerken also auch in Netzwerken der Mehrheitsgesellschaft Kontakte haben und daher über andere Informationen verfügen.

Diese These bestätigte sich implizit auch in den Fokusgruppen. So konnte eine Teilnehmerin in der BKS-Gruppe (Wien) von ihrem konkreten Vorgehen bei der Informationssuche erzählen, da sie sich aufgrund des verschlechterten Gesundheitszustands ihrer Mutter informiert hätte:

*„Weil meine Mutter vor ca. drei Jahren sich gerade so auf dem Wege der Verschlechterung befand. (...) Dann habe ich begonnen, mich ein wenig zu informieren, so mündlich, von Freunden und Bekannten. (...) Weil ich kenne Menschen, die lange da sind.“*

Diese hätten einige Informationen gehabt, an welche Stellen sie sich wenden könne. Zu beachten ist hier, von wem sie nützliche Informationen bekam: von „Menschen, die lange da sind“, und daher andere Netzwerke gebildet hatten.

Umgekehrt zeigte sich auch bei der philippinischen Fokusgruppe, welche Rolle Netzwerke spielen. Einige der TeilnehmerInnen waren mit Personen aus der Mehrheitsgesellschaft verheiratet. Die Erzählungen dieser TeilnehmerInnen drehten sich um konkrete Erfahrungen aus einem breiten Spektrum der Pflegeangebote, die sie mit ihren „österreichischen“ Schwiegereltern gemacht hatten. Dadurch verliefen die Diskussionen in dieser Fokusgruppe völlig anders, der allgemeine Informationsstand war weitaus höher. Auch dies weist auf die Bedeutung von sozialen Netzwerken hin.

#### **5.2.1.5 Hilfreiche Stellen: (Haus-)ÄrztInnen und Krankenhäuser**

Wenn soziale Netzwerke einerseits eine wichtige Rolle spielen und andererseits auch zu einem Nachteil für ihre Mitglieder werden können, wie kann man dem entgegenwirken? Eine naheliegende Antwort liegt darin, dass öffentliche Information leicht zugänglich sein bzw. öffentliche Stellen die Rolle von „Vermittlern“ zwischen Netzwerken einnehmen sollten.

Als eine solche zugängliche Stelle und somit Informationsquelle nannten viele TeilnehmerInnen ihre HausärztInnen. Eine Teilnehmerin aus der türkischen Fokusgruppe (Wien) erzählte von ihrem konkreten Vorgehen:

*„Damals, als mein Mann erkrankte, (...) da hat unser Arzt uns unterstützt und informiert. Wir konnten daher das Pflegegeld beantragen und wir haben uns (dann) auch darum gekümmert.“*

Eine andere Teilnehmerin erzählte daraufhin von ihrer Erfahrung im Krankenhaus:

*„Ich war auch in so einer Situation, hatte Beinbruch, war beim Arzt (...), und der hat mich darauf angesprochen, weshalb ich keinen Pflegeantrag eingereicht habe. In dem Moment beauftragte der Arzt seine Assistentin, diesen Antrag auszufüllen und erklärte mir, was ich tun musste. (...) Und damals wurde ich in die Pflegestufe 2 eingestuft.“*

Ähnliche, positive Erfahrungen mit dem Entlassungsmanagement aus Krankenhäusern wurde auch in den Fokusgruppen der türkischen Männer (Linz) und der BKS-Frauen (Wien) berichtet.

Diese Erzählungen zeigen auch, wie wichtig es gerade für TeilnehmerInnen mit einem hohen Informationsmangel ist, wenn andere für sie aktiv werden und sie auf Angebote hinweisen. Ein ähnliches Beispiel ist das einer Teilnehmerin, die von der von ihr kontaktierten Pflegefirma auf die Möglichkeit des Pflegegelds hingewiesen wurde und beim Antrag stellen unterstützt wurde.

## **5.2.2 Sprachprobleme als Hürde**

Ein wiederkehrendes Thema in vielen Erzählungen von TeilnehmerInnen über den Zugang zu institutionalisierter Pflege sind die Auswirkungen von mangelnden Deutschkenntnissen aufseiten der TeilnehmerInnen, und mangelnden Dolmetschdiensten aufseiten von offiziellen Stellen. Besonders in den Frauengruppen wurden mit diesem Thema Ängste verknüpft, und muttersprachliche Beratung zum Thema Pflege als großes Bedürfnis artikuliert. Insgesamt trat deutlich hervor, dass das Thema Pflege eine einfühlsame Vermittlung brauche, gerade aufgrund der moralischen und emotionalen Implikationen. Mehrsprachige Informationsblätter seien zwar ein Anfang, es bräuchte aber noch die zusätzliche, persönliche Beratung, welche Information im eigenen Fall relevant sei. Viele der TeilnehmerInnen waren der Meinung, dass sie eine solche Vermittlung in ihrer Muttersprache bräuchten.

In der Wiener BKS-Fokusgruppe erzählte eine Teilnehmerin, dass bei Interaktionen oft eine gewisse Geduld von GesprächspartnerInnen nötig wäre, um trotz der nicht perfekten Deutschkenntnisse zu kommunizieren:

*„Ich habe Erfahrungen gemacht. Wenn du irgendwohin gehst, um dich zu erkundigen und wenn sie spüren, dass du nicht gerade gut Deutsch sprichst... Oft, oft, oft war es abhängig von dieser Person, die dort sitzt, ob man es kriegt oder nicht kriegt. Oder ob sie dir die Information gibt, oder nicht. Oder sie sagt bloß, nein sie haben kein Recht, keinen Anspruch. Einfach, sie hat keine Lust nachzuschauen, oder zu arbeiten, oder sie will nicht belästigt werden mit einer Erklärung, oder dass sie dir zuhört, dass die versteht, was du willst.“*

Diese Erfahrung von Willkür – Ansprüche sind abhängig von individuellen Launen – bestätigten mehrere TeilnehmerInnen.

Eine Teilnehmerin in derselben Fokusgruppe erzählte, sie wisse nicht, an wen sie sich wenden könne, wenn sie Pflegebedarf hätte. Einmal war sie zwei Wochen in ihrer Wohnung und konnte sich kaum rühren, auch nicht einkaufen gehen, und fühlte sich hilflos. Eine andere Teilnehmerin hatte Verständnis für ihr Verhalten und interpretierte es so:

*„90 Prozent von uns können so viel (Deutsch), dass wir uns verständigen können, wenn wir persönlich reden, mit dem Arzt. (...) Aber das Problem liegt in der Situation, wenn du krank bist (...). Wenn du anrufst, jeder hat seinen eigenen Dialekt, wenn er telefoniert. Und aufgrund der Angst in diesem Moment, wenn man anruft, versteht man nur halb, nicht wahr. In diesem Zustand, wenn man Fieber hat, eine Lungenentzündung, wenn man krank ist, dann weiß man das, was man weiß, nicht mehr. Das, denke ich mir, ist das Problem.“*

Dasselbe grundsätzliche Dilemma hatte bei einer alleinstehenden Teilnehmerin etwa dazu geführt, dass sie sich in einem Krankheitsfall, wo ihr niemand geholfen hatte, nicht getraut hatte, ihren Arzt anzurufen und um Rat zu fragen. Sie habe Angst gehabt, diesen nicht zu verstehen. Als Lösungsansatz für diese Hürden wiederholten viele TeilnehmerInnen ihren Wunsch nach Anlaufstellen mit muttersprachlichen Angeboten.

## **5.2.3 Erfahrungen mit Ämtern als Hürde**

### **5.2.3.1 Erfahrungen der Erniedrigung**

Nachdem oben bereits klar wurde, wie wichtig es für manche TeilnehmerInnen war, dass andere (z.B. ÄrztInnen) für sie aktiv wurden, könnte man davon ausgehen, dass auch Auskunft gebende Stellen wie Ämter (städtische Anlaufstellen, Sozialämter, Anlaufstellen der Sozialversicherung) eine wichtige Rolle spielen. Nur wenige TeilnehmerInnen konnten aber von Ämtern als Anlaufstelle und Informationsquelle berichten. Einige TeilnehmerInnen gingen vielmehr bei diesem Thema dazu über, Erfahrungen mit Ämtern zu erzählen, wo sie sich – auch aufgrund mangelnden Deutschkenntnis – schlechter behandelt, in manchen Fällen auch erniedrigt gefühlt hatten. Dabei werden oftmals städtische Beratungsstellen, städtische Ämter, Anlaufstellen der Sozialversicherung, AmtsärztInnen etc. in einen Topf geworfen. Nachdem Erzählungen über solche Erfahrungen viel Raum in den Fokusgruppen einnahmen, und die Möglichkeiten der TeilnehmerInnen, sich Informationen zu beschaffen, wesentlich zu beeinflussen scheinen, sollen sie hier näher vorgestellt werden.

Besonders deutlich traten Erzählungen über erniedrigende Erfahrungen mit Ämtern und Behörden in den türkischen Gruppen hervor. Ein Teilnehmer der türkischen Männergruppe (Linz) meinte etwa: *„Als Türke hat man schon einen Nachteil, wenn man mit einem türkischen Namen bei einem Amt bei der Tür hineingeht. (...) Man beginnt statt bei null bei minus eins.“* Eine Teilnehmerin in der BKS-Gruppe (Wien) erzählte davon, wie wenig Verständnis ihr bei einer Behörde entgegengebracht wurde, als sie finanzielle Unterstützung brauchte:

*„Ich habe also eben jetzt die Erfahrung gemacht, weil ich mit fünfundvierzig Jahren erkrankt bin. Ich wusste nichts über „Pflegegeld“ ((DE)), ich habe eine Pension von 500 Euro bekommen (...) (F)ast 2 Jahre, also von 2005, als ich erkrankt bin, (...) habe ich nichts bei*

*diesem Staat beantragt. Ich habe nur die Pension von 500 Euro gehabt. (...) Es war (dann) so, dass ich zu meinem Bruder übersiedeln musste, weil ich meine Rechnungen nicht bezahlen konnte. (Die Teilnehmerin erzählt später von ihrem konflikthaften Verhältnis zu ihrem Bruder, Anm.) Also man geht von einem Problem in das noch Größere. (...) Also eine Freundin von mir hat mir damals gesagt, wir gehen in den 16. (...), es gibt dort irgendeine Einrichtung, (...) die die Wohnbeihilfe erteilt. (...) Ich bin dorthin gegangen (...). Und (der Sachbearbeiter) hat ausgerechnet, weil ich mit dem Bruder lebe, dass (...) ich von meinen 520 Euro (noch etwas) sparen könnte, weil ich mit dem Bruder die Rechnungen zur Hälfte teile. (...) Dass das ein Überschuss (sei). Mit diesen 1000 Euro, die ich einspare, könnte ich sogar (noch) auf Urlaub gehen, (meinte der Berater).“*

Die Teilnehmerin wirkte verzweifelt und empört, als sie dieses Ereignis in der Fokusgruppe nacherzählte. Nicht nur entsprach das Zusammenrechnen der Einkommen im Haushalt nicht ihrer Lebensrealität (vgl. Abschnitt 5.2.4.5), auch die Rede von der Finanzierbarkeit eines Urlaubs, nachdem sie gerade ihre Wohnung aufgrund ihrer prekären finanziellen Lage aufgegeben hatte, sah sie als unangemessen.

### **5.2.3.2 Wahrnehmung von bedrohlichen Interaktionen mit Ämtern**

In manchen Fokusgruppen wurde vom „Gang aufs Amt“ auch als bedrohliche Interaktion erzählt, die potentiell negative Konsequenzen haben kann. Eine Teilnehmerin in einer türkischen Fokusgruppe erzählte etwa, dass sie eine Zeitlang kein Einkommen hatte, da ihr aufgrund ihres Türkeiaufenthalts die Notstandshilfe nicht mehr zuerkannt wurde. Sie meinte über ihre prekäre Lage: „Ich habe Angst, etwas zu sagen.“ Die Moderation fragte nach, bei wem oder warum. Mehrere Teilnehmerinnen beantworteten die Frage für sie: „Weil wir die Sprache nicht können.“ Eine andere meinte ebenfalls: „Ja, dem Staat etwas sagen“, davor habe sie Angst.

In der bosnischen Fokusgruppe (Linz) war gerade darüber diskutiert worden, dass in den Herkunftsländern die Situation zu schlecht sei, um zurückzukehren. Eine Teilnehmerin begann daraufhin zu weinen und meinte:

*„Ja, aber es ist trotzdem so schwer. Ich weiß, dass dort schlechtere Chancen für uns sind. Aber ich bin mir so unsicher, wenn ich um etwas ansuche, was kann da weiter passieren.“*

Die Moderation versuchte die Teilnehmerin zu beruhigen und ihre Ängste zu entkräften. Eine andere Teilnehmerin hakte ein:

*„Ich hab Angst, dass ich das, was ich habe, auch noch verliere, wenn ich zur Behörde gehe.“*

Diese starken und zugleich diffusen Ängste, bei einer Interaktion mit einer Behörde etwas zu verlieren, oder nicht gehört zu werden, hängt einerseits erneut mit Sprachproblemen zusammen – was passiert, wenn man etwas nicht versteht, und auch nicht richtig verstanden wird? – andererseits mit der prekären finanziellen Situation der TeilnehmerInnen (vgl. Kapitel 5.2.4).

### **5.2.3.3 Amtsarzt**

Die Befürchtung, nicht verstanden zu werden, beruhte bei manchen TeilnehmerInnen auch auf Interaktionen mit (Amts-)ÄrztInnen. Eine Teilnehmerin der türkischen Fokusgruppe (Linz) sah bei sich Pflegebedarf, da sie zuckerkrank ist und häufig ohnmächtig wird. Als sie aus einem anderen Grund bei der PVA war, wurde ihr geraten, um Pflegegeld anzusuchen.

*„Ich habe es (...) wirklich gebraucht, ich konnte nicht selber aufstehen, ich habe die Hilfe von jemand anderem gebraucht. Und der Arzt hat den Bedarf nicht anerkannt“,*

meinte sie frustriert. In der türkischen Fokusgruppe (Linz) wurde lange darüber diskutiert, zu welchen Missverständnissen es bei Interaktionen mit AmtsärztInnen häufig kommen würde. Ein Teilnehmer erklärte etwa:

*„Was ist mit denen der ersten Generation, die depressiv sind? Die erste Generation leidet sehr darunter, dass die österreichischen Ärzte sie bei den Pensionsanträgen nicht verstehen und sie selbst, die Betroffenen, nicht erklären können, was sie betrübt. Sie können den Ärzten nicht erklären, wie es ihnen wirklich in der Seele geht. Somit fehlt das bei den Befunden, und bei den PVAs.“*

Ein anderer Teilnehmer stellte fest:

*„Diese Ärzte von der PVA, zum Beispiel, da werde ich eine Stunde lang befragt, ohne dass die mich angreifen. Wie kann der über mich nach einer Stunde einen Befund machen, der andere kennt mich jahrelang? Da entsteht für uns ein Misstrauen, zwischen dem österreichischen Staat, und der ersten Generation. Und das schwappt auch auf die 2. Generation über, und das geht dann immer weiter.“*

In dieser Aussage wird deutlich, wie aus einem wiederholten Eindruck des Nicht-Verstanden-Werdens ein Misstrauen gegenüber staatlichen Stellen insgesamt entsteht. Einerseits ist die Frustration, von AmtsärztInnen aufgrund einer vergleichsweise kurzen Interaktion beurteilt zu werden, sicher auch in der Mehrheitsgesellschaft gegeben. Andererseits zeigt sich an diesen Beispielen, wie sich aufgrund der Hürde, nicht verstanden zu werden, solche Gefühlslagen noch einmal verstärken.

#### **5.2.3.4 Vorbehalte: „Informationen werden versteckt“**

Die starken Vorbehalte, die aus diesen Erfahrungen entstehen, zeigen sich deutlich, wenn eine Suche nach Informationen über Pflege bei Ämtern und Behörden konkret thematisiert wurde. Eine Teilnehmerin der türkischen Fokusgruppe erzählte davon, dass ein türkischer Mann, den ihr Ehemann in einem Kurheim kennengelernt hatte, im Gegensatz zu ihrem Mann keine finanzielle Förderung erhalten hatte, obwohl er wesentlich höheren Pflegebedarf hatte als er. Sie war danach überzeugt: „Ich denke, die Türken bekommen absichtlich nicht genug Informationen.“

In der türkischen Fokusgruppe (Wien) meinte ein Teilnehmer ebenfalls: „Die verstecken die Informationen.“ Diese Überzeugung beruhe auf seiner Erfahrung mit Anträgen:

*„Wenn man einen Antrag stellt, gibt es verschiedene Informationen und Punkte, die man ankreuzen muss. Sie erklären nicht, was diese Punkte sind, daher kreuzt man sie nicht an. Und dann kommt der Bescheid, dass man abgelehnt wurde.“*

Andere Teilnehmer stimmten zu.

## 5.2.4 Finanzielle Aspekte

Das Thema Finanzierung von institutionellen Pflegeleistungen ist eine besonders große Hürde für TeilnehmerInnen der Fokusgruppen. Dabei geht es um zwei Aspekte: Einerseits um die faktischen Kosten von Pflegeleistungen, die für die z.T. armutsgefährdeten TeilnehmerInnen trotz der niedrigen Beträge eine Hürde darstellen. Andererseits ging es aber auch schlicht um eine Wahrnehmung von Kosten, das heißt, es gab vonseiten vieler TeilnehmerInnen die fixe Vorannahme, dass institutionell angebotene Pflege nie erschwinglich sein könne.

Dies stellte auch einen relevanten Faktor dar, was präventives Verhalten und Informationssuche betrifft. So meinte eine Teilnehmerin in der Linzer BKS-Fokusgruppe über ihre Annahmen über Pflegegeld:

*„Ich habe (...) geglaubt, dass das mit Staatsbürgerschaft zu tun hat, und ich habe mich nicht einmal getraut zu fragen, weil ich Angst hatte, das nicht zu verstehen. Und ich Angst hatte, dass ich dann nur Rechnungen bekomme und das zahlen muss.“*

Hier tritt also auch wieder die bereits erwähnte Verbindung zu Sprachproblemen zutage, und eine allgemeine Wahrnehmung von Behörden als bedrohliche Instanz (s. oben).

### 5.2.4.1 Prekäre finanzielle Ausgangslage von TeilnehmerInnen

Grundsätzlich wurden keine Daten über die finanzielle Situation der TeilnehmerInnen erhoben. Dennoch können aus den Themen, die von TeilnehmerInnen selbst in die Fokusgruppen gebracht wurden, einige Schlüsse gezogen werden – und dazu gehörten sehr häufig Erzählungen von finanziellen Problemen, dem geringen Einkommen, den Schwierigkeiten, die daraus entstehen, etc.. Viele TeilnehmerInnen scheinen von Armut betroffen zu sein und den dementsprechenden Folgen von Armut auf Gesundheit (Volkshilfe Österreich 2010). Insbesondere in den Frauen-Fokusgruppen wurde von niedrigen Pensionen (zw. 300 und 700 Euro) oder der anderweitig finanziell prekären Lage (Notstandshilfe, nicht durchgängig beschäftigt) berichtet. Erzählungen von TeilnehmerInnen über ihre prekäre finanzielle Situation ergänzten sich in diesem Sinne „typisch“ mit Erzählungen über die prekäre gesundheitliche Situation, wie bei der bereits oben vorgestellten Teilnehmerin der BKS-Gruppe (Wien) oben:

*„Ich habe also eben jetzt die Erfahrung gemacht, weil ich mit fünfundvierzig Jahren erkrankt bin. Ich wusste nichts über das Pflegegeld, ich habe eine Pension von 500 Euro bekommen.“*

Erkrankung und prekäre finanzielle Situation wirken hier zusammen.

Selbst relativ günstige Angebote der Pflege werden daher von vielen TeilnehmerInnen als zu hohe finanzielle Belastung wahrgenommen. Das Thema Finanzierung von Pflege war daher in allen Fokusgruppen ein Thema, mit Ausnahme der philippinischen Gruppe, wo dies gar nicht thematisiert wurde, genauso wenig wie hier Erzählungen über finanzielle Probleme auftauchten. Außerdem ergaben sich bei diesem Thema deutliche Unterschiede nach Geschlecht: Finanzielle Sorgen und die Frage nach der Finanzierung von Pflege wurde in den Frauen-Fokusgruppen erheblich häufiger thematisiert als bei den männlich besetzten.

#### **5.2.4.2 Pflegegeld als willkommene, aber zu geringe Unterstützung**

Es gab zahlreiche TeilnehmerInnen, die zum Zeitpunkt der Fokusgruppe Pflegegeld bezogen oder in der Vergangenheit bezogen hatten. Pflegegeld wird grundsätzlich als eine sehr willkommene Unterstützung gesehen, allerdings selten als Ermöglichung, institutionalisierte Pflegeangebote zu finanzieren. Männer wie Frauen thematisierten vielmehr, dass ein Einkommen im Haushalt wegfällt, wenn ein Familienmitglied zuhause bleiben muss, um Angehörige zu pflegen. Das Pflegegeld wurde daher zum Teil als finanzieller Ausgleich gesehen, um dieses wegfallende Einkommen aufzufangen, und dementsprechend als viel zu gering qualifiziert. Aufgrund solcher Missverständnisse war manchen TeilnehmerInnen auch nicht klar, was die (medizinischen) Bedingungen sind, um Pflegegeld zu bekommen und warum es möglicherweise auch wieder aberkannt wird.

#### **5.2.4.3 Finanzierung von stationärer Pflege: „Heime“ als unerschwinglich**

Viele TeilnehmerInnen gingen ganz grundsätzlich davon aus, dass stationäre Optionen ohnehin nicht leistbar seien. Eine Teilnehmerin in der BKS-Gruppe Wien etwa war überzeugt:

*„Wir alle haben weniger Arbeitsjahre hier als die Österreicher, welche die Vollpension genießen, die eine Pension von 1200, 1500, und was weiß ich, haben. Also, wir Balkaner (...). Wir sprechen über die Arbeiterklasse, zu der die Mehrzahl von uns gehört, die einen Lohn von 1000, 1200 Euro gehabt haben. (...) Unsere Pensionen sind 700 bis 750 Euro, maximal. (...) Mit diesem Geld können wir hier in kein Heim gehen.“*

Das grundsätzliche Finanzierungsmodell solcher Einrichtungen, das einen hohen staatlichen Anteil im Vergleich zum Selbstbehalt vorsieht, war also den meisten TeilnehmerInnen völlig unbekannt und für manche auch richtiggehend unvorstellbar. Wie sich solche Einrichtungen finanzieren, und welche Rolle hier Selbstbehalte spielen würden, gehörte in fast allen Fokusgruppen daher zu einer der ersten Fragen.

Gleichzeitig gingen einige TeilnehmerInnen auch davon aus, dass die Höhe des Einkommens bzw. der Pension einen direkten Einfluss auf die Qualität des „Heims“ haben müsse. Mit solch geringen Einkommen wären nur „schlechte“ Alten- bzw. Pflegeheime mit entsprechend minderwertiger Betreuung und Leistung erschwinglich, so die Vorstellung. „So viel Geld man zahlt, so viel Musik wird man kriegen“, zitierte etwa eine Teilnehmerin in der BKS-Fokusgruppe (Wien) ein muttersprachliches Sprichwort. Eine weitere Teilnehmerin ergänzte:

*„Mein Gatte und meine Familie sollen den Rest finanzieren. Ich bin damit einverstanden. Andererseits werden sie mich sicher nicht dorthin schicken, wo das Heim 5000 monatlich kostet. Sie werden mich dorthin schicken, wohin sie können. (...) Ich meine, ich kann nicht (ein) 5000-Euro-(Heim) wie der Präsident verlangen. (...) Ein 1000, 800 Euro, -Niveau.“*

Manche überlegten daher auch, inwiefern sie mit ihren geringen finanziellen Mitteln vielleicht im Herkunftsland besser dastehen würden, was Pflege betrifft (vgl. Kapitel 5.4.2)

#### **5.2.4.4 Finanzierung von mobiler/teilstationärer Pflege**

Mit Verweis auf ein niedriges Einkommen betonten auch hier wieder vor allem Frauen, dass sie mobile oder teilstationäre Pflegeleistungen nicht als erschwinglich ansehen. Eine Teilnehmerin der türkischen Gruppe (Linz) erzählte etwa ihre Krankengeschichte:

*„Ich habe mehrere Krebsphasen hinter mir, (auch) Operationen. In der Zeit habe ich beim Magistrat, Caritas, überall angefragt. Bei „Kompass“ (einer städtischen Sozialberatungsstelle, Anm.) habe ich nur die Information bekommen, dass ich tagsüber ins Altenheim gehen kann. Das kostet aber 7 Euro die Stunde, die ich selber bekommen muss. Wie soll ich das mit einem Einkommen von 450 Euro schaffen? Ich habe auch um Pflegegeld angesucht und nicht gewährt bekommen.“*

Ihre Tochter, die ca. 14 Jahre alt ist und in die Schule geht, habe sie dann gepflegt. Das habe sich in der Schule bemerkbar gemacht, ihre Leistungen wurden schlechter. Psychologisch seien sie und ihre Tochter beide sehr angeschlagen gewesen.

Wenn in der Fokusgruppe über die tatsächlichen Kosten von mobiler Pflege, oder auch von Tageszentren, informiert wurde (z.B. ca. 7 Euro/Stunde), waren es wie in diesem Beispiel vor allem armutsgefährdete Frauen, die keineswegs über die günstigen Angebote erfreut waren, sondern vielmehr sich hier in ihren Annahmen der „Unerschwinglichkeit“ bestätigt sahen. Selbst relativ geringe Beträge werden also zum Teil als zu große Belastung empfunden.

#### **5.2.4.5 Thema Haushaltseinkommen: Genderspezifische Problemlagen**

In der Wiener BKS-Frauengruppe kam zudem noch ein geschlechtsspezifisches Thema hinzu, nämlich die Wahrnehmung von Haushaltseinkommen. Viele Teilnehmerinnen waren sich ihres aufgrund von mangelnden Pensionszeiten/-ansprüchen bzw. mangelnder Berufstätigkeit sehr geringen Einkommens akut bewusst. Mehrere erzählten davon, wie allerdings von Behörden eine – in ihrer Wahrnehmung so dringend benötigte – finanzielle Hilfestellung (wie etwa die „Ausgleichszulage“) nicht zuerkannt wurde, mit dem Hinweis auf das zu hohe Haushaltseinkommen. Eine Teilnehmerin erklärte etwa: „Also heute muss jede Person in Wien mindestens 740 Euro erhalten, das ist diese Mindestsicherung für das Leben, nicht wahr?“, worauf eine andere entgegnete: „(Nur), wenn sie nicht verheiratet sind.“ Das Zusammenzählen des Haushaltseinkommens wurde von TeilnehmerInnen als nicht gerechtfertigt empfunden, da sie ihre Ehemänner offenbar nicht als verlässliche Quelle von zusätzlicher finanzieller Hilfestellung sahen, insbesondere, wenn es um ihre eigenen Gesundheitsbedürfnisse ging. Diese Interpretation erklärt auch, warum auch in anderen Fokusgruppen Frauen lediglich von ihrem eigenen, geringen Einkommen sprechen, von welchem sie ihre Gesundheitsbedürfnisse finanzieren müssten.

Haushalte können daher nicht per se als gerechte Verteilungssysteme gesehen werden. Sie bestehen außerdem, insbesondere bei armutsgefährdeten Personen, nicht unbedingt aus Angehörigen, die finanziell solidarisch miteinander leben. Diese Problematik zeigt sich am besten beim im Abschnitt 5.2.3.1 beschriebenen Fall der Teilnehmerin, welche aus finanziellen Nöten ihre Wohnung aufgeben und zu ihrem Bruder ziehen musste, zu dem sie ein konflikthafte Verhältnis hatte. Als sie zu einem späteren Zeitpunkt auf ein Amt ging, um eine Unterstützung anzusuchen, wurde ihr diese mit Hinweis auf das Haushaltseinkommen verwehrt. Auf eine Unterstützung von Mitgliedern des Haushalts kann in solchen Fällen nicht vertraut werden.

## 5.3 Erwartungen und Ängste

### 5.3.1 Pflege zuhause durch Angehörige: Ideal und Realität

Welche Erwartungen haben TeilnehmerInnen bezüglich ihrer Pflege und Betreuung im Alter? Die Frage, ob man eher zuhause durch Angehörige oder institutionell gepflegt werden möchte, wurde in allen Gruppen sehr emotional und zum Teil auch ambivalent diskutiert. Emotional, weil es für viele TeilnehmerInnen ein hohes moralisches Ideal darstellt, für die eigenen Eltern zu sorgen, und von den eigenen Kindern daher ähnliches erwartet wird; ambivalent, weil für die eigenen Kinder andererseits ein besseres Leben erhofft wird und es zudem auch Neugierde und ein Interesse gibt, institutionalisierte Angebote kennenzulernen.

Neben vielschichtigen Erwartungen waren aber auch Ängste zu vernehmen. Die Angst vorm Altern, insbesondere der Vorstellung, irgendwann nicht mehr ohne Unterstützung den Alltag bewältigen zu können, ist ein allgemeines Phänomen, das die österreichische Mehrheitsgesellschaft genauso betrifft. In den Fokusgruppen zeigte sich allerdings, dass es für MigrantInnen einige Faktoren geben kann, die diese Ängste noch verstärken – an erster Stelle ist hier etwa der Mangel einer gemeinsamen Sprache mit Pflegekräften zu nennen. Solche Ängste bezüglich konkreter Pflegearrangements sollen daher im folgenden Unterkapitel ebenfalls Thema sein.

Es zeigte sich auch bei diesem Thema ein Geschlechterunterschied: Frauen diskutierten Erwartungen an sich selbst und an die eigenen Kinder wesentlich heißer, ambivalenter und länger, während in den Männergruppen relativ rasch etabliert war, dass man sich „auf die Kinder heutzutage ohnehin nicht verlassen“ könne und daher eine „externe“ Lösung gefunden werden müsse. In der geschlechtlich gemischten philippinischen Gruppe war die Erwartung vorherrschend, dass die eigenen Kinder so „österreichisch“ seien, dass man sich keine Pflege durch sie im Alter erwarten könne.

Ein dominantes Muster in allen Fokusgruppen (mit Ausnahme der Philippinischen) war es zudem, „Pflege zuhause“ stets diametral mit „Pflege im Heim“ zu kontrastieren, wie bereits in Abschnitt 5.2 beschrieben wurde. Pflege „zuhause“ heißt bei allen Fokusgruppen automatisch auch „Pflege durch Angehörige“. Pflege im „Heim“ wurde wiederum von vielen TeilnehmerInnen als schlechteste aller Optionen wahrgenommen und war stark emotional und moralisch mit Gefühlen von Angst, Verlassen sein, „Bestrafung“ assoziiert. Sprachlich wurde dabei in manchen Gruppen zwischen Pflege „innerhalb der Familie“ einerseits, und andererseits Pflege „extern“, „fremde“ Pflege oder „staatliche“ Pflege unterschieden. Eine wichtige Erklärung für dieses Muster in den Diskussionen ist der bereits beschriebene Mangel an Informationen über Alternativen abseits der „Heime“ aufseiten der meisten TeilnehmerInnen (vgl. Kapitel 5.2). Staatliche Pflegeinstitutionen waren vielen TeilnehmerInnen zudem in der österreichischen, ausdifferenzierten Form, aus dem Herkunftsland unbekannt. Wie weit das geht, zeigt sich daran, dass etwa von den TeilnehmerInnen in der Muttersprache keine Wörter für „Pflege“ (von Erwachsenen) gefunden wurden, die TeilnehmerInnen verwendeten stattdessen ein Lehnwort des deutschen Wortes „pflegen“.

Wie allerdings aus den Abschnitten weiter unter klar werden wird, kam es in den Fokusgruppen sehr wohl zu Interesse an allen möglichen Formen der institutionalisierten

Pflege, sobald diese besser erklärt wurden. Gerade ein zukünftiges Interesse an Angeboten, die ein längeres zuhause bleiben des/der Betroffenen ermöglichen, kann als ein Ergebnis der Studie gesehen werden – jedoch nur, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden, wie sich in Folge zeigen wird.

Insgesamt zeigt sich also, dass Pflege zuhause und durch Familienangehörige – den Einstellungen der österreichischen Mehrheitsgesellschaft nicht unähnlich – einen hohen normativen Wert darstellt, diese Familienstrukturen aber im Umbruch sind und vielfach nicht klar ist, wie sich Pflegearrangements weiter entwickeln werden.

### **5.3.1.1 Erwartungen der Eltern und Erwartungen an sich selbst**

#### *Ideal der Pflege von Eltern zuhause*

Der Einstieg in das Thema, wie Pflege im Alter ablaufen könnte und sollte, wurde gerade von Frauen zunächst über Erfahrungen mit den eigenen (Schwieger-)Eltern begonnen. Besonders in den Frauengruppen wurde viel von Erfahrungen gesprochen, wie sie selbst als Angehörige ihre (Schwieger-)Eltern gepflegt hatten, in den meisten Fällen ohne institutionelle Unterstützung. Diese Erfahrungen beeinflussen auch die eigenen Erwartungen stark mit, und bringen normative moralische Vorstellungen zum Ausdruck.

Eine Teilnehmerin in der BKS-Fokusgruppe (Wien) erzählte etwa, wie sie nach dessen Schlaganfall ihren Vater pflegte, der im Herkunftsland lebte, mit (vor allem finanzieller) Hilfe ihres Bruders. „Wir haben das Bewusstsein erhalten, dass man den Eltern helfen soll, ich und der Bruder“, erklärt sie. Da sie ohnehin in Karenz und nicht berufstätig war, hatte sie eine Zeitlang mehr bei ihren Eltern „unten“ gelebt als in Österreich, um zu pflegen. Danach fuhr sie jedes zweite Wochenende hin. „Wir taten so viel wie wir konnten, mein Bruder und ich.“ Dies impliziert auch ein hohes Ideal der Aufopferung für die eigenen Eltern.

#### *Pflege der Eltern „aus Gottesfurcht“*

In der türkischen Fokusgruppe meinte eine Teilnehmerin, dass sie in ihren Entscheidungen bezüglich der Pflege ihrer Schwiegereltern zuhause auch religiöse Motive verfolgte. Sie hatte selbst jahrzehntelang ihre Schwiegereltern betreut und gepflegt. „Jeder ist dankbar, der das bekommt.“ Zwischenzeitlich hätte sie eine mobile Unterstützung gehabt, eine „slowakische Frau geholt“, dieses Arrangement habe aber sehr schlecht funktioniert. Die Schwiegereltern hätten die Pflegekraft sprachlich nicht verstanden und das Essen habe ihnen nicht geschmeckt. Es kam immer wieder zu „Krisen“ zwischen ihnen. Die Teilnehmerin hätte sich daher schlecht gefühlt „Ich habe ihre Gebete gehört“, meinte sie, und die Pflege wieder selbst durchgeführt. Sie habe das „auch aus Gottesfurcht“ gemacht.

#### *Pflicht der Familie in der Pflege der Eltern zuhause*

In mehreren Fokusgruppen wurde die Pflege der Eltern zuhause durch Angehörige auch als Pflicht angesehen. Dies war etwa in der philippinischen Fokusgruppe der Fall, wobei hier mehrere TeilnehmerInnen einschränkten, dass es auf den Philippinen auch die Unterstützung einer ganzen Großfamilie in der Erfüllung dieser Pflicht gegeben hätte. In der BKS-Gruppe (Wien) meinte eine Teilnehmerin, die Eltern würden sicher lieber im Kreis der Familie sein, je länger, desto besser. Die Eltern seien außerdem der Meinung, dass die Familie für sie die Verantwortung habe.

Dass dieses Pflichtgefühl manchmal auch persönliche Grenzen überschreiten kann, beschrieb eine Teilnehmerin in der türkischen Fokusgruppe (Wien). Sie erzählte, wie sie die jahrelange Pflege ihrer Schwiegereltern belastet hatte.

*„Ich habe jahrelang meine Schwiegereltern betreut... sie hatten auch Übergewicht, waren mehr als 100 kg (schwer). Ich selber hatte damals auch gesundheitliche Probleme, aber damit unsere Landsleute nicht schlecht über mich gesprochen haben, musste ich die Betreuung übernehmen.“*

Wieder eine andere Teilnehmerin derselben Gruppe erklärte, „Meine Mutter wollte in eine Betreuungseinrichtung. Wir, die Kinder, haben es ihr nicht erlaubt.“

### *Frauenthema Pflege*

Wie aus den obigen Erzählungen herausgeht, sind Frauen vom Thema Pflege zuhause anders betroffen als Männer, da sie meist diejenigen sind, die Pflēgetätigkeiten selbst durchführen. Männer erzählten auch weniger über Pflegefälle in der Familie. Die Idealvorstellung, dass Pflege in der Familie stattzufinden habe, teilten die Männer aber sehr wohl. Männer sprachen etwa davon, Eltern oder Angehörige zu „sich“ zu nehmen, was den Haushalt impliziert. Gleichzeitig wurde in mehreren Männergruppen auch klar gesagt, dass Pflege als Frauensache angesehen werde. In den Männergruppen wurde Pflege zuhause außerdem als potentiell­es Konfliktthema in der Ehe angesprochen. Ein Teilnehmer der türkischen Männergruppe (Wien) meinte etwa, dass ein potentieller Konflikt mit seiner Frau der einzige Grund für ein Pflegeheim sei: „Es ist keine Lösung, dass die Eltern ins Pflegeheim müssen. Der einzige Grund wäre, damit ich mich weiter gut mit meiner Frau verstehe.“

### *Pflege der Eltern zuhause als Teil der „Mentalität“*

Manche TeilnehmerInnen begründeten die Norm der Pflege zuhause auch in einer gewissen „Mentalität“. So erzählte eine Teilnehmerin der BKS-Gruppe (Wien), wie in ihrer Familie der Pflegefall ihrer Mutter diskutiert wurde.

*„Meine Mama war bereits fast unbeweglich. Mein Bruder ging nach unten und erwähnte das Heim. Und alle sind aufgesprungen: Schämst du dich nicht, die Mutter ins Altenheim zu geben? Sie hat das nicht verdient.“*

Die Teilnehmerin begründete dies mit einer speziellen Mentalität:

*„Also, das ist so, dieses Balkanische. Denn wir scheuen uns davor. Wir scheuen uns, also davor, unsere Eltern ins Heim zu schicken. Weil wir anders sind.“*

Sie kontrastierte dies zudem mit dem von ihr imaginierten Verhalten der Mehrheitsbevölkerung: „Unsere Generation der Österreicher hat seit langem ihre Eltern ins >Heim< geschickt.“ Die Norm der Pflege zuhause wird in dieser Erzählung auch gewissermaßen Teil einer Gruppenidentität.

### *Druck beim Abweichen von der Norm*

Umgekehrt gab es in allen Fokusgruppen immer wieder Anekdoten über Angehörige, die ihre Eltern nicht selbst gepflegt hätten. Viele TeilnehmerInnen sprachen davon, dass solche Eltern von Bekannten ins Pflegeheim „abgeschoben“ worden seien oder „weggeschmissen“

worden seien. Auf Angehörige lastet daher beim Thema Pflege auch stets ein Druck, „was die Leute sagen werden“, wie ein Teilnehmer der BKS-Gruppe (Wien) kritisch anmerkte. Ein anderer meinte, alle in der Fokusgruppe seien aus den Herkunftsländern gewohnt, dass in der Familie für Angehörige gesorgt wird. Er meinte aber kritisch: „Die Familie hat die Pflicht, für Pflegebedürftige zu sorgen. Aber der Grund dafür ist auch, dass es gar keine andere Möglichkeit gibt.“

#### *Kontrast der „damaligen“ mit „heutiger Zeit“*

An diesem Punkt der Diskussion wurde in allen Fokusgruppen eine Wahrnehmung von sozialem Wandel thematisiert. Es gäbe eine starke Änderung gäbe den Erwartungen bezüglich Pflege „früher“ und „heute“; bzw. auch zwischen den Herkunftsländern und Österreich.

In fast allen Fokusgruppen wurde etwa darauf hingewiesen, dass – wie auch in der philippinischen Fokusgruppe oben erwähnt – die Pflege im Herkunftsland in der Großfamilie arrangiert war und daher keine so große Belastung auf Einzelnen lag. Aber auch nachbarschaftliche Beziehungen ermöglichten teilweise Pflege und Betreuung, wie sich aus den Erzählungen von TeilnehmerInnen über ihre derzeitigen Pflegearrangements für ihre (Schwieger-)Eltern im Herkunftsland schließen lässt (vgl. Abschnitt 5.1.2). Innerhalb der Großfamilie waren die Frauen zudem in den meisten Fällen auch nicht berufstätig. In der philippinischen Fokusgruppe wurde mehrfach erwähnt, dass es in der Großfamilie auf den Philippinen immer Hausangestellte gegeben hätte, die bei allem geholfen hätten. Weiters meinte in der türkischen Männergruppe ein Teilnehmer, „früher waren 12 Leute in einem Haushalt“, heute sei man zu zweit. Die zeitlichen Ressourcen seien bei den Kindern eben nicht mehr da. Daher fände er es wichtig, dass es Pflegeheime geben sollte, die auf die Bedürfnisse türkischer KlientInnen zugeschnitten sind.

Wie diese Aussagen zeigen, werden Vorstellungen und Wünsche von TeilnehmerInnen immer wieder mit der Frage verknüpft – und zum Teil auch davon abhängig gemacht – welche Rolle die Kinder in der eigenen Zukunft spielen werden. Auf diese Erwartungen soll daher nun näher eingegangen werden.

### **5.3.1.2 Eigene Wünsche und Erwartungen an die Kinder**

#### *Pflichten der eigenen Kinder*

Nachdem in mehreren Fokusgruppen zunächst etabliert worden war, inwiefern TeilnehmerInnen selbst den hohen Erwartungen der (Schwieger-)Eltern pflichtergeben genau entsprochen hätten, diskutierten viele TeilnehmerInnen in einem nächsten Schritt die Pflichten der eigenen Kinder, was Pflege im Alter betrifft. Eine Teilnehmerin in der BKS-Gruppe (Wien) drückte dies so aus:

*„Unsere Tradition am Balkan ist, dass die Familie zusammenlebt und dass wir sehr verbunden sind. Und wir erwarten, ich, wir alle, die Kinder haben – wir haben unseren Kindern alles ermöglicht und jetzt erwarten wir von unseren Kindern, wenn wir alt sind, dass sie sich um uns kümmern.“*

Ähnlich in der türkischen Gruppe (Wien), wo eine Teilnehmerin meinte: „Natürlich möchte jeder, dass die eigenen Kinder die Betreuung übernehmen sollen.“ Eine andere erklärte: „Meine fünf Enkelkinder werden schon auf mich aufpassen.“ Mehrere meinten auch, im Alter

würden sie ein bisschen sensibler behandelt werden wollen, und gefühlsbetonter sein. Daher würde die Nähe zu den Kindern gesucht.

In der philippinischen Fokusgruppe wurde zunächst länger diskutiert, dass man Kinder eigentlich nicht belasten wolle, schließlich meinte eine Teilnehmerin aber doch: „Wenn man wirklich jemanden liebt“, würde man auch die Pflege übernehmen – ein sehr hoher Anspruch an die Kinder. Später meinte eine andere: „Ich habe das selbst erlebt, Arbeiten full-time, und dann Kinder abholen, Kinder in den Kindergarten bringen...“ Eine andere entgegnete daraufhin laut: „Ja, aber wir haben es auch überlebt!“ Die Teilnehmerin lachte zunächst, dann stimmt sie aber zu: „Wir wollen das auch erfahren“, womit sie die Aufopferung und das Pflichtgefühl der Kinder impliziert.

Eine ähnliche Einstellung zeigte sich auch in einer Diskussion in der türkischen Männergruppe (Linz), in welcher ein Teilnehmer zunächst Verständnis für die Kinder äußerte, welche nicht mehr die „Einstellungen“ der 1. Generation vertreten würden. Er selbst habe gelernt, dass man „immer auf seine Eltern aufpassen“ müsse. Die Kinder der 2. Generation hätten die Einstellung der österreichischen Bevölkerung übernommen, dass es doch gute Angebote für Pflege gäbe. Somit würden sie die Eltern nicht mehr pflegen wollen.

Während dieser Teilnehmer dies recht distanziert schilderte, reagierte ein anderer auf diese Aussage sogleich emotional. Wenn das der Fall sein sollte, dann würde er seine Kinder enteignen und seinen Besitz dem Pflegeheim geben. Er meinte:

*„Ich habe bis jetzt für meine Kinder gesorgt, und auch jetzt noch, obwohl sie erwachsen sind. Und wenn ich alt bin, soll ich vom Pflegeheim betreut werden, und nicht meinem Sohn?!“*

Diese Vorstellung empfand er als empörend.

Eine Teilnehmerin in der BKS-Gruppe (Linz) drückte ihre Erwartungen sehr klar aus: „Ich kann mir das auch nicht vorstellen, dass ich in ein Altenheim gehe. Ich glaube an Allah und verlasse mich auf meine Kinder. Ich habe auch meine Schwiegereltern gepflegt und hoffe, dass meine Kinder dasselbe für mich tun.“

In all diesen Aussagen treten also sehr klare Erwartungen hervor: Kinder haben eine Pflicht, sich um die (Schwieger-)Eltern zu kümmern. Da man selbst für seine Eltern gesorgt hatte, erwarte man sich nun dasselbe von den eigenen Kindern.

*„Die Kinder sind auch nicht das, was sie waren“*

Aber auch von TeilnehmerInnen, die hohe Erwartungen an die eigenen Kinder hatten, wurde thematisiert, dass die Kinder diesen Erwartungen vielfach nicht entsprechen würden. Über dieses Thema, inwiefern Kinder die eigenen Einstellungen oder auch Werte vertreten, wurde daher in allen Fokusgruppen lange diskutiert.

Eine Teilnehmerin der türkischen Gruppe (Linz) meinte etwa, sie möchte nicht in ein „Heim“, aber würde ihren Kindern nicht vertrauen, dass sie sie pflegen. „Die Kinder sind auch nicht das, was sie waren.“ Diese würden zudem nicht bei ihr in der Nähe wohnen. Eine Teilnehmerin in der BKS-Gruppe (Wien) erzählte von ihrem Sohn:

*„Ich war selbst 2 Monate krank, aber es bringt mir gar nichts, dass mein Sohn hier ist. Er will nicht einmal die Medikamente einkaufen gehen. Die Kinder sind heutzutage total anders. Sie haben keine Menschlichkeit, wie wir sie haben.“*

Eine andere stimmte zu:

*„Sie haben auch kein Gefühl. Für manche Dinge. Er sollte eigentlich, wenn er sieht, dass man krank ist, aufstehen. Aber er wartet, dass du es ihm sagst. Und dann, wenn du ihm sagst, geh´ einkaufen, wird er es machen oder er wird schnell weggehen und sagen, mach´ ma später.“*

Hier geht es also um bestimmte Formen von Umgang mit Respektpersonen, die die Eltern aus ihrer eigenen Jugend kennen, die eigenen Kindern aber offenbar nicht mehr. Dieses Thema zog sich wiederholt durch alle Fokusgruppen. Ein Teilnehmer der türkischen Gruppe (Wien) fasste es so zusammen: „

*Wir haben alle das gleiche Problem, dass die Kinder nicht mehr wie wir denken. Wenn ich frage, kann ich ein Glas Wasser haben, wird er es mir nicht geben. Deswegen frage ich erst gar nicht.“*

### *Kinder haben keine Zeit*

In mehreren Fokusgruppen wurde außerdem angesprochen, dass die eigenen Kinder heutzutage keine Zeit hätten. Hier treten auch wieder implizite Erwartungen hervor, was Pflege und Geschlecht betrifft, denn während zwar von „den Kindern“ insgesamt gesprochen wird, ist in der Folge deutlich, dass es vor allem um die *weiblichen* Kinder geht. Frauen in der Familie sind diejenigen, welche für Pflege und Betreuung zuständig, aber nunmehr vielfach berufstätig sind, was einen großen Unterschied macht. Dies wird wiederum mit dem Wandel der Familienformen, von der Groß- zur Kernfamilie, in Verbindung gebracht, wie bereits oben diskutiert.

Wenn es um Zeitmangel geht, wurde auch von vielen TeilnehmerInnen davon gesprochen, dass die Kinder wiederum eigene Kinder und daher keine Zeit hätten. Wie bereits oben zitiert wurde, meinte eine Teilnehmerin der phil. Gruppe: „Ich habe das selbst erlebt, Arbeiten full-time, und dann Kinder abholen, Kinder in den Kindergarten bringen...“ Eine andere entgegnete daraufhin laut: „Ja, aber wir haben es auch überlebt!“ Hier zeigt sich, dass im Herkunftsland vieler TeilnehmerInnen mehrere Generationen am selben Ort gelebt hatten, während nun auch die Distanz zwischen mehreren Kernfamilien-Haushalten hinzukommt. Mehrere TeilnehmerInnen berichteten etwa von ihren eigenen Erfahrungen, wie mühsam es für sie ist oder war, die Distanz zwischen zwei weit entfernten Wiener Bezirken neben Berufstätigkeit und Kinderbeaufsichtigung zu überbrücken, um sich um Eltern zu kümmern. Eine Teilnehmerin der Türkischen Fokusgruppe meinte, es wäre einfacher, wenn die (Schwieger-)Eltern in derselben Wohnung sein könnten, diese seien dafür aber zu klein:

*„Die Wohnungen (in Wien) sind klein und reichen gerade noch für die eigene Familie aus. Wenn aber der pflegebedürftige Elternteil wo anders wohnt, wie oft (kann) man sie besuchen bzw. unterstützen. Letztendlich hat man ja auf der anderen Seite auch eine eigene Familie mit Mann und Kinder.“*

Aus diesen Diskussionen wird klar, dass diese geänderten Problemlagen zwar von manchen erkannt werden, deswegen aber noch nicht unbedingt von allen als legitim angesehen werden.

### *Kinder nicht belasten wollen*

In allen Fokusgruppen sprach etwa die Hälfte der TeilnehmerInnen über die hohen Erwartungen, die sie an ihre Kinder hätten, was Pflege zuhause betrifft. Gleichzeitig gab es aber in allen Fokusgruppen auch Stimmen, die damit nicht übereinstimmten. Diese TeilnehmerInnen betonten die Schwierigkeiten, die durch Pflege für die Kinder entstehen würden, und wollten daher ihre Kinder nicht damit „belasten“.

In der türkischen Fokusgruppe erzählte eine Teilnehmerin, wie viel sie für die Pflege ihrer Schwiegereltern auf sich genommen hatte, obwohl sie selbst nicht gesund war. Daraufhin meinte eine andere Teilnehmerin, „Eigentlich wollen die Kinder die Betreuung gar nicht übernehmen, aber wir informieren uns einfach zu wenig über die Möglichkeiten.“ Die potentielle Belastung der Kinder, die vermieden werden soll, wird also von manchen auch im Spiegel der eigenen belastenden Erfahrungen gesehen. Eine weitere meinte in diesem Sinne, dass sie sich sehr wohl in ein Heim begeben würde:

*„Ich würde mich auch anmelden, ich kenne die Betreuungseinrichtungen. Ich habe ein Kind, aber kann es meinem Kind nicht zumuten, weil ich weiß wie schwierig es ist, pflegebedürftige Menschen zu Hause zu betreuen.“*

In der türkischen Gruppe (Linz) erklärte ein Teilnehmer, er wolle seine Familie und Kinder nicht belasten und daher in ein Heim gehen, denn: „Diese sind hier moderner und besser als in der Türkei.“

### *Ambivalente Erwartungen, Verdrängung und Überforderung*

In allen Fokusgruppen gab es auch TeilnehmerInnen, die insgesamt ambivalent waren, einerseits von ihren Kindern gepflegt werden wollten, sie andererseits nicht belasten wollten. In anderen Fällen waren sich TeilnehmerInnen unsicher, was von den Kindern zu erwarten sei. In zwei Aussagen aus zwei verschiedenen Fokusgruppen tritt dies besonders klar hervor.

In der BKS-Gruppe sprach etwa eine Teilnehmerin folgendermaßen über ihre Wünsche: „Diese Frage, was würde ich morgen für mich entscheiden, steht absolut ohne Zweifel fest: ein Altenheim. Warum? Erstens, ich würde nicht wollen... Es ist absolut klar, dass die Kinder nicht... Sie sagen, >Mama, aber nein<.“ In ihrer Erzählung sagt die Teilnehmerin also einerseits eindeutig, dass sie in ein Altenheim gehen würde. Andererseits imaginiert sie ihre Kinder, wie sie ihr widersprechen und sagen: „Mama, aber nein“. Wichtig ist dieser Teilnehmerin in ihrer weiteren Erzählung, dass niemand ein „schlechtes Gewissen“ haben soll, schon gar nicht ihre Kinder, weil sie ins Heim geht. Hier tritt also auch ein großer Wunsch nach Harmonie hervor.

In der BKS-Gruppe (Linz) sprach eine Teilnehmerin ähnlich ambivalent.

*„Ich würde schon ins Pflegeheim gehen. Wenn meine Kinder (jetzt) da wären, wären sie sicher beleidigt und würden sagen: >Mama, was redest du. Ich bin für dich da.<“*

Dieser imaginierte Dialog mit den Kindern zeigt den starken Wunsch, dass die Kinder von sich aus die Betreuung übernehmen, ohne dass es zu einem Konflikt kommt.

In beiden Dialogen tritt wieder die Dualität in der Wahrnehmung zwischen Pflege zuhause durch Angehörige, und Pflege im „Heim“ hervor. Optionen „dazwischen“ werden nicht angedacht. Außerdem wird klar, dass es oft nicht einfach ist, das Thema mit den eigenen

Kindern explizit anzusprechen, und daher auch nicht bekannt ist, wie die jeweiligen Erwartungen aussehen. Eine Teilnehmerin erzählte, dass ihr Mann das Thema völlig verdrängen würde. Sie selbst ging davon aus, dass ihre Kinder Pflege schlicht nicht machen würden. Mit ihrem Mann könne sie wiederum das Thema Altern aber nicht besprechen, denn dieser würde sofort „blockieren“, wann immer sie es anspricht. Sie selbst könne schlecht Deutsch und mache sich daher Sorgen über ihre Versorgung.

### *Situation von Alleinstehenden*

Überforderung zeigte sich insbesondere auch bei alleinstehenden TeilnehmerInnen ohne Kinder, oder ohne Kinder in unmittelbarer Nähe. Nachdem viele ihre Erwartungen an Pflege im Alter so stark auf die Kinder stützten, kam es zu Ratlosigkeit, wenn diese Stütze nicht gegeben ist. Bei der BKS-Gruppe (Linz) waren unter den Teilnehmerinnen zwei alleinstehende Frauen ohne Kinder, die betonten, im Pflegefall auf sich selbst gestellt zu sein. Eine der beiden meinte, sie würde sich wünschen, dass sich ihre Nichten um sie kümmern würden. Eine weitere sprach über eine eventuellen Pflegebedürftigkeit nur sehr hypothetisch und ausweichend:

*„Ich hoffe und vertraue auf Gott, dass das nie passieren wird. Ich würde meine Nachbarn fragen, oder ich weiß nicht, was würdet ihr machen?!“*

In der türkischen Gruppe (Linz) gab es ebenfalls eine alleinstehende Teilnehmerin ohne Kinder, welche von Notstandshilfe lebt und in großer finanzieller Bedrängnis ist. Sie hatte Angst, was passieren wird, sollte sie einmal Unterstützung brauchen, und hatte hierfür auch keine Szenarien. Hier zeigt sich also eine große Überforderung, die auch mit der Annahme, institutionalisierte Angebote seien nicht finanzierbar, zusammenhängen (vgl. Abschnitt 5.2.4).

## **5.3.2 Stationäre Angebote: „im Heim sein“**

Im vorhergehenden Abschnitt wurde in der Diskussion der Einstellungen der TeilnehmerInnen über Pflege zuhause (durch Angehörige) mehrmals deutlich, wie stationäre Angebote oft der Pflege zuhause diametral gegenübergestellt werden. In allen Fokusgruppen herrschte eine mal größere, mal geringere grundsätzliche Ablehnung gegenüber stationären Einrichtungen. Um an dieser Stelle nicht die ganze Diskussion des vorherigen Abschnitts mit anderen Vorzeichen zu wiederholen, sollen lediglich einzelne, zu kurz gekommene Aspekte vertieft werden. Außerdem standen einige TeilnehmerInnen der Idee eines „Heims“ positiver gegenüber, sobald in den Fokusgruppen ihre konkreten Erwartungen und Bedürfnisse in einer solchen Einrichtung diskutiert wurden. Auf diese soll daher in den späteren Unterkapiteln ebenfalls noch einmal im Detail eingegangen werden.

### **5.3.2.1 Ablehnung stationärer Einrichtungen.**

*„Heime“ als normativ aufgeladene Orte und tabuisiertes Thema*

Warum werden stationäre Einrichtungen so stark abgelehnt? Welche Assoziationen spielen hier eine Rolle? Zunächst einmal sprachen viele TeilnehmerInnen, über alle Gruppen hinweg, von einem starken Pflichtgefühl gegenüber den (Schwieger-)Eltern, die „beste“ Option der Pflege zuhause zu verwirklichen. Viele waren überzeugt, dass ein „Heim“ für die

Eltern unter keinen Umständen eine Option sei. „Heime“ waren mit starken normativen Vorstellungen aufgeladen: nur nachlässige Kinder würden ihre Eltern in „Heime“ „abschieben“, die Menschen dort seien von ihren Familien „weggeschmissen“ worden, ein „Heim“ sei nur ein Ort für Arme oder extrem Kranke. Eine Teilnehmerin der türkischen Frauengruppe (Linz) meinte etwa: „Altenheim ist ein Ort, wo die Leute zusammengetragen werden.“ Dass Pflege im „Heim“ mit starken Emotionen und moralischen Wertungen wie Schuldgefühlen, „Bestrafung“, etc. assoziiert ist, und als Thema daher in manchen Fällen schon fast tabuisiert ist, wurde auch bereits in Abschnitt 5.2.1. diskutiert.

*Fatalismus: „Im >Heim< ist auch schon alles egal“*

In manchen Fokusgruppen, insbesondere bei den Frauengruppen, zeigte sich zudem ein gewisser Fatalismus, wenn es um „Heime“ ging. In der türkischen Fokusgruppe (Wien) fragte etwa die Moderation nach religiösen Essensvorschriften, und die erste Reaktion einer Teilnehmerin darauf war: „Solange wir nicht wirklich in eine Notlage gelangen, würden wir uns eh nicht für eine Betreuungseinrichtung entscheiden.“ Diese Einstellung hängt also damit zusammen, dass „Heime“ als letzte Option für den äußersten Notfall gesehen werden. Ein anderer Grund für diese Haltung kann in einem latenten Gefühl von „Illegitimität“ identifiziert werden. Nach ihren Bedürfnissen bezüglich stationärer Einrichtungen gefragt, meldete sich eine Teilnehmerin etwa erst nach einer Stunde Diskussion zu Wort: „Normalerweise traue ich mir nicht sowas zu wünschen, denn sonst sagen sie, die kommen her und wollen alles.“ Dann erst sprach sie über ihre Präferenzen, was das Geschlecht von PflegerInnen betrifft.

Später erzählte eine Teilnehmerin derselben Fokusgruppe, dass sie selbst, auf sich gestellt, ihren Mann pflegen würde, obwohl sie selbst nicht gesund sei: „Aber mein Mann lässt mich meine Beschwerden vergessen.“ Ihr Mann habe Pflegestufe 1. „Er würde nie akzeptieren, dass eine fremde Person die Betreuung übernimmt“, meint sie. Erst, wenn es gar nicht mehr ginge, würde sie mit ihm in ein Heim gehen, denn dann sei auch schon alles egal.

*„Wenn wir alt sind, brauchen wir aber Pflege, egal wen. Wenn ich nicht mehr in der Lage bin, uns beide zu betreuen, erst dann würden wir gemeinsam in eine Betreuungseinrichtung gehen. In dem Moment werden wir uns auch keine Gedanken machen, inwiefern die Einrichtungen nach unserem Glauben gerichtet sind.“*

Auch hier zeigte sich also wieder dieser Fatalismus: „Heime“ seien nur eine Option im äußersten Notfall, meinten viele TeilnehmerInnen; erst dann könnte man sich mit dieser Option auseinandersetzen, womit auch hier wieder das Tabu auftaucht, das das Thema umgibt.

Außerhalb dieser fatalistischen Einstellung waren aber viele TeilnehmerInnen gerne bereit, über Erwartungen und Ansprüche zu diskutieren. Wie ebenfalls bereits im vorhergehenden Unterkapitel besprochen, schlossen nicht alle TeilnehmerInnen „Heime“ für sich selbst aus. Etwa die Hälfte aller TeilnehmerInnen war ambivalent. In dieser Ambivalenz spielte der Wunsch hinein, die eigenen Kinder nicht belasten zu wollen, oder aber die eigenen Kinder als unzuverlässig anzusehen. Außerdem standen einige TeilnehmerInnen der Idee eines „Heims“ positiver gegenüber, sobald in den Fokusgruppen ihre Erwartungen und Bedürfnisse diskutiert und somit als legitim anerkannt wurden. Auf diese soll daher an dieser Stelle noch einmal im Detail eingegangen werden.

### 5.3.2.2 Erwartungen bezüglich der Pflegekräfte

#### *Geschlecht der Pflegekräfte*

Die meisten TeilnehmerInnen, über alle Fokusgruppen hinweg, erwarteten eine gleichgeschlechtliche Pflegekraft, das heißt, Frauen wollen von Frauen und Männer von Männern betreut werden. Wobei hier angemerkt werden muss, dass dieses Thema bei Diskussionen über Pflege zuhause durch Angehörige von TeilnehmerInnen gar nicht aufgebracht wurde. Wie in Abschnitt x diskutiert, kann davon ausgegangen werden, dass in den meisten Fällen Frauen für Pflege- und Betreuungsarbeit zuhause zuständig sind.

Wenn es aber um Pflege durch Pflegekräfte geht, wird insbesondere der Faktor Schamgefühle bei der Körper- bzw. Intimpflege auf ganz andere Weise relevant. In der BKS-Gruppe (Wien) fasste eine Teilnehmerin dies so zusammen: „Wenn’s nur um Gespräche oder einkaufen geht, ist es egal, aber wenn es um Körperpflege geht, soll es kein Mann sein.“ In der türkischen Männergruppe (Wien) meinte ein Teilnehmer, wenn es eine Frau wäre, würde er sich nicht wohl fühlen, könnte nicht ehrlich antworten und nicht entspannt umgehen. „Wenn die Frau mich waschen wollen würde, würde ich eher sagen, nein, ich muss nicht gewaschen werden.“ Ein ungezwungener Umgang wäre also nicht möglich. Andere gingen eher davon aus, dass Pflege Frauenarbeit sei, und erwarteten daher eine weibliche Pflegeperson auch für Männer – so etwa in der BKS-Männergruppe (Wien).

Bei anderen Betreuungs- und Pflegeangeboten sahen viele TeilnehmerInnen das Geschlecht für nicht so wichtig an. Einzelne meinten, es sei ihnen grundsätzlich egal. In der BKS-Gruppe (Wien) meinte etwa eine Teilnehmerin, sie habe bei ihrer Mutter erlebt, dass das Geschlecht oft gleichrangig sei: „Es ist wichtig, wie es dir in diesem Moment geht, wie jemand dir die Hilfe leistet. Das ist das Grundkriterium.“ Die Qualität der Pflege sei also wichtiger als das Geschlecht der Pflegekraft.

#### *Sprachkenntnisse der Pflegekräfte*

Die Kenntnis der jeweiligen Muttersprache durch Pflegekräfte war für die institutionalisierte Pflege genauso ein Thema wie beim Zugang zu Pflegeangeboten, wie es in Abschnitt 5.2 diskutiert wurde. Das Thema wurde vor allem von denjenigen TeilnehmerInnen betont, die von sich selbst sagten, sie würden nur schlecht Deutsch sprechen. In den BKS-Gruppen meinten mehrere, dass es ja auch in Krankenhäusern bereits so viele ex-jugoslawische MitarbeiterInnen gäbe, es würde wohl in „Heimen“ nicht anders sein. Wie aus den ExpertInneninterviews in Kapitel 4 deutlich wird, entspricht diese Annahme auch der Wahrnehmung von AnbieterInnen.

In den türkischen Gruppen wurde über dieses Thema hingegen viel besorgter diskutiert. In der philippinischen Gruppe wurde das Thema, als einziger Fokusgruppe, nicht so wichtig eingestuft. Aber auch solche TeilnehmerInnen, die gut Deutsch beherrschten, äußerten die Sorge, nicht ganz verstanden zu werden. Eine Teilnehmerin in der BKS-Frauengruppe (Linz) meinte etwa: „Ich habe hier selber gearbeitet, habe hier Pension, kann mich schon verständigen, aber die Muttersprache ist etwas anderes. Das wäre wichtig, dann kann ich alles sagen, und kann sicher sein dass alles verstanden wird.“

Mit dieser Sorge, verstanden zu werden, waren wiederum zentrale Ängste in Bezug auf „Heime“ verbunden: Was, wenn die Vorurteile stimmen, und die Behandlung im „Heim“ eine schlechte ist? Aufgrund der fehlenden Deutschkenntnisse könnte man sich dann nicht

einmal beschweren. Hier ist also eine große Angst vor Ausgeliefertsein und Wehrlosigkeit zu erkennen, die durch mangelnde Sprachkenntnisse noch verstärkt wird. Mal implizit, mal explizit wurde von TeilnehmerInnen auch angenommen, dass MuttersprachlerInnen für sie eine Art Vertrauensperson in der Institution sein könnten, an die man sich wenden kann, wenn man etwas nicht versteht. Der Zusammenhang zwischen Muttersprache und Vertrauensbildung tritt also auch hier wieder klar zutage.

### *Sprachverlust im Alter, Demenz und kulturelles Kontextwissen*

Eine Teilnehmerin thematisierte auch, wie wichtig Sprachkenntnisse der Pflegekräfte seien, da bei manchen Krankheitsverläufen die später erworbene Sprache verloren gehen kann, auch wenn sie bereits gekonnt wurde, etwa bei Demenz. Aber auch abgesehen von Demenz würden Sprachkenntnisse im Alter wieder abnehmen, wie eine Teilnehmerin der BKS-Gruppe (Wien) befürchtete:

*„Solange wir arbeiten, reden wir gut genug Deutsch. Später benützt man diese Sprache nicht mehr und man spricht immer weniger. Wenn man also weniger spricht, kann man es auch nicht so gut.“*

In der Pension wird demnach der Kontakt zu Deutsch sprechenden Personen, die man durch berufliche Kontakte kannte, wieder verloren.

Eine andere Teilnehmerin erzählte, dass ihre Mutter kurz nach der Flucht von Ex-Jugoslawien nach Österreich einen Schlaganfall hatte und daher mit keinerlei Deutschkenntnissen ins Krankenhaus musste. Umgeben von einem fremden Umfeld kamen bei ihr traumatische Erfahrungen aus dem Krieg wieder hoch, und sie wühlte sich in einem Gefangenenaustausch. Die Teilnehmerin erzählte:

*„Und das hat sie sich gut gemerkt, den Austausch. (...) Also, sie soll ausgetauscht werden, und sie wartet, sie wartet, dass sie dran kommt. Die Übrigen sind alle Chinesen. Das waren schreckliche Dinge, ihr zu erklären, dass sie in Österreich ist, was soll ich euch (sagen). (...) Wenigstens uns (konnte) sie erkennen, alles andere war ein richtiges Leiden.“*

Es hätte laut der Teilnehmerin sehr geholfen, wenn im Krankenhaus jemand die Muttersprache sprechen und das Verhalten der Mutter richtig interpretieren hätte können.

### *Sprache ermöglicht, Gespräche zu führen und Kontakte zu knüpfen*

Auf einer weniger dramatischen, aber ebenfalls wichtigen Ebene sahen es fast alle TeilnehmerInnen als äußerst wichtig an, im „Heim“ auch Gespräche führen zu können, sich über die eigenen Lebenserfahrungen austauschen zu können. Eine Teilnehmerin in der türkischen Gruppe (Wien) meinte etwa:

*„Wenn ich in eine deutschsprachige Betreuungseinrichtung gehe, dann werde ich mich nicht richtig ausdrücken können (...). Was mache ich dann? Ich werde mich nicht unterhalten können.“*

Eine Teilnehmerin der türkischen Frauengruppe (Linz) verband das Thema Sprache ebenfalls mit sozialen Kontakten in einem „Heim“: „Das Problem ist, ich kann keine Dialoge führen, keine Freundschaften knüpfen.“ Eine andere erzählte von der guten Erfahrung ihres

Bruder in einem Pflegeheim in Deutschland, schränkte aber aufgrund des Faktors Sprache ein:

*„Für meinen Bruder in Deutschland ist das super, er findet alles gut, aber er vermisst es, in seiner eigenen Sprache sprechen zu können.“*

Von manchen TeilnehmerInnen wurde außerdem die Frage gestellt, ob es denn überhaupt erlaubt sei, in der Institution in der eigenen Sprache zu sprechen. Das Sprechen der eigenen Sprache wurde dabei als ein wichtiger Faktor angesehen, um sich wohlfühlen zu können, sich als ganze Person respektiert und angenommen zu fühlen. Von diesen TeilnehmerInnen wurde vorausgesehen, dass diese Idee möglicherweise nicht unbedingt Anklang finden würde.

### **5.3.2.3 Kulturelle und religiöse Akzeptanz im „Heim“**

#### *Ernährung*

Um Akzeptanz ging es vielen TeilnehmerInnen auch bei anderen Themen, die von der Moderation in den Fokusgruppen angeschnitten wurden. Zunächst zum Thema Ernährung. In den türkischen Gruppen waren viele TeilnehmerInnen der Meinung, dass Menüs ohne Schweinefleisch bereits in den Krankenhäusern angeboten würden, und dass dies wohl auch für „Heime“ zutreffen würde. Manche sahen daher weiter kein Problem, andere thematisierten allerdings, dass das Essen deswegen noch keineswegs halal sei. Ein Teilnehmer in der Wiener Gruppe hatte in einer Kantine gearbeitet und dort gesehen, dass Schweinefleisch nicht getrennt verarbeitet wurde, was den Reinheitsvorschriften widerspräche. In allen Gruppen wurde zudem diskutiert, dass das Essen auch auf gewisse Weise vertraut sein sollte. Ein weiterer Teilnehmer in der türkischen Gruppe (Wien) war etwa einmal auf Kur und vom Essen dort nicht angetan: „Mir war schon übel von Salat und Kuchen“, scherzte er. In der philippinischen Gruppe waren sich die TeilnehmerInnen außerdem einig, dass es unbedingt Reis geben müsse. Eine verglich dieses essentielle Bedürfnis mit österreichischen Essgewohnheiten: „Österreicher würden sagen, ich kann nicht leben ohne Brot. (...) Ich kann nicht leben ohne Reis.“ Manche meinten weiters, vielleicht könnten die Kinder involviert werden und philippinisches Essen bringen.

#### *Religiöse Bedürfnisse*

Gerade wenn bestimmtes Essen mit einem religiösen Lebensstil in Verbindung steht, wurde dies von den TeilnehmerInnen in der Diskussion mit weiteren religiösen Bedürfnissen verknüpft. Die meisten muslimischen TeilnehmerInnen waren der Ansicht, dass ein Gebetsraum wichtig sei. Selbst wenn man, etwa in einem PensionistInnenheim, ein Einzelzimmer habe, sei es wichtig, manchmal auch gemeinsam beten zu können. Eine Teilnehmerin in der BKS-Gruppe (Wien) betonte außerdem, dass es erlaubt sein muss, sich im Todesfall auf die gewünschte Art und Weise von der/dem Toten zu verabschieden.

#### *Besuch*

Dieses Thema der Akzeptanz von kulturellen und religiösen Unterschieden wurde in einigen Gruppen außerdem beim Thema Besuchsmöglichkeiten aufgebracht. In der philippinischen Fokusgruppe meinten etwa einige TeilnehmerInnen, wie bereits oben erwähnt, dass es möglich sein sollte, Kinder mehr in die Pflege im „Heim“ einzubinden, indem sie

beispielsweise Essen bringen. In den meisten Gruppen waren die TeilnehmerInnen der Meinung, dass Besuchszeiten so lange wie möglich sein sollten, und gerade bei PensionistInnenheimen herrschte die Vorstellung vor, dort Verwandte zu jeder Tageszeit besuchen zu können. In der Wiener BKS-Gruppe thematisierte eine Teilnehmerin, dass es hier kulturelle Unterschiede zur Mehrheitsbevölkerung gäbe:

*„Unser Problem ist die Sprache und die Kultur. Weil wir gewohnt sind, wenn jemand krank ist, dass alle zu uns kommen. (...) Die ganze Familie. Denn es ist respektlos, wenn nicht alle ins Spital kommen. Natürlich sagen dann die Österreicher, das geht über unseren Verstand.“*

Eine andere stimmte zu: „Das geht nicht über den Verstand. Das bedeutet dem Kranken viel.“

#### **5.3.2.4 Exkurs: Religiös/Ethnisch/Kulturell definierte Angebote**

In den meisten Fokusgruppen wurde von der Moderation außerdem das Angebot eines speziell für MigrantInnen definierten Pflege- oder Altenheims aufgebracht, wie es sie bereits in Deutschland gibt. Solche Angebote sind zum Teil religiös, zum Teil ethnisch oder kulturell definiert. Diese Idee rief bei TeilnehmerInnen gemischte Reaktionen hervor. In mehreren Fokusgruppen lehnten es TeilnehmerInnen entschieden ab, weil sie keine Segregation von der Mehrheitsgesellschaft wünschten. Auf spezielle Bedürfnisse sollte in gemeinsamen Institutionen eingegangen werden, wie es bei Krankenhäusern der Fall ist.

Andere fassten die Idee aus verschiedenen Gründen positiv auf. Viele meinten, dass die Berücksichtigung der in diesem Kapitel dargelegten, zahlreichen und vielfältigen Bedürfnisse in einem solchen MigrantInnen-„Heim“ gegeben sein würde. In der BKS-Gruppe (Wien) unterschieden die Teilnehmer in Bedürfnisse der „älteren Generation“ der Einwanderer und der jüngeren. Diejenigen, die ihr ganzes Leben in Österreich gearbeitet, aber die Sprache nicht gelernt hätten, bräuchten in vielen Fällen sprachlich und kulturell angepasste Angebote. Die anderen seien hingegen „integriert“ genug, dies nicht zu brauchen. Eine Teilnehmerin in der türkischen Fokusgruppe (Linz) ging außerdem davon aus, dass ein muslimisches Altenheim auch karitativ agieren würde, wenn KlientInnen finanzielle Probleme hätten, was in der Gruppe mehrfach als großes Problem diskutiert worden war.

Wenn die Moderation die Frage stellte, ob TeilnehmerInnen sich in ein „Heim“ begeben würde, wenn es auf diese Art gestaltet wäre, antworteten mehr TeilnehmerInnen positiv als zuvor. Insgesamt dominierte die Vorstellung, dass es in einer solchen Institution keine Probleme geben würde mit der Akzeptanz von (sprachlichen, kulturellen, religiösen,...) Unterschieden.

#### **5.3.3 Mobile und Teilstationäre Angebote: Unbekannt, aber interessant**

Während Pflege zuhause durch Angehörige für viele TeilnehmerInnen der Fokusgruppen die Norm darstellte, und „Heime“, wenngleich zum Teil nur klischeehaft, aber doch bekannt waren, waren Angebote außerhalb dieser Dualität den meisten TeilnehmerInnen unbekannt, wie bereits im ersten Kapitel diskutiert. In zwei Fokusgruppen (BKS-Frauen Wien sowie PhilippinerInnen) war mobile Pflege bekannt, da Teilnehmerinnen selbst als Pflegekräfte tätig sind oder private Erfahrungen gesammelt hatten, ansonsten herrschte zum Teil völlige Ratlosigkeit. Über teilstationäre Angebote wie Tageszentren war in der türkischen Gruppe

(Wien) eine Teilnehmerin informiert, da sie selbst als Pflegekraft in einer solchen Einrichtung gearbeitet hatte. In diesen Fokusgruppen wurde daher besonders intensiv über Vor- und Nachteile dieser Angebote diskutiert. Wobei hier anzumerken ist, dass in fast allen Gruppen teilstationäre und mobile Angebote zusammen, mit einem starken Fokus auf letzteres Angebot, diskutiert wurden und daher die folgenden Ausführungen für beide Angebote gelten. Der letzte Abschnitt fasst diejenigen Anmerkungen von TeilnehmerInnen zusammen, welche speziell teilstationäre Angebote betreffen.

Was die Verteilung von persönlichen Erfahrungen im Bereich Pflege betrifft, wird also auch hier wieder der Geschlechterunterschied deutlich: In den Männergruppen waren die Angebote gänzlich unbekannt und es wurde von keinen privaten Erfahrungen berichtet. In diesen Fokusgruppen wurden von der Moderation jeweils Informationen gegeben, was die Diskussion startete.

Insgesamt erweckten diese Angebote ein sehr großes Interesse, es wurden aber auch einige Ängste angesprochen. Entsprechende Erwartungen an die Angebote sollen daher hier in der Folge dargestellt werden.

### **5.3.3.1 Interesse an mobilen Angeboten: Möglichkeit, zuhause zu bleiben**

Mobile Angebote wurden von den meisten TeilnehmerInnen in allen Fokusgruppen als interessant eingestuft, vor allem, da sie die von vielen gewünschte Unterstützung bringen, so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden bleiben zu können. In der türkischen Männergruppe (Linz) etwa wurde nur sehr kurz über das Thema gesprochen, da es den meisten Teilnehmern völlig unbekannt war. Nach einigen Erklärungen meinte allerdings ein Teilnehmer, dass er sich mobile Pflege sehr gut vorstellen könne, da er dann zuhause in seinem Umfeld bleiben könne. In der türkischen Frauengruppe (Linz) begründeten die Teilnehmerinnen ihr hohes Interesse auf gleiche Weise. Eine Teilnehmerin erzählte davon, dass in ihrem Haus viele NachbarInnen mobile Pflege nehmen würden, und sie das auch sehr gut fände. Schließlich würden TürklInnen zuhause gepflegt werden wollen: „Auch wenn das dann eine Pflegeperson ist.“ Eine andere Teilnehmerin meinte, sie würde unter keinen Umständen ins Altenheim gehen, aber auch keine Pflege von ihren Kindern erwarten. Daher würde sie eine mobile Betreuung wollen. In der BKS-Gruppe (Wien) waren zwei Teilnehmerinnen sogar bereits einen Schritt weiter und hatten bereits Erfahrungen mit mobiler Pflege gemacht. In der philippinischen Fokusgruppe war dies ebenso der Fall, hier meinten auch mehrere TeilnehmerInnen, an mobiler Pflege interessiert zu sein. Eine hatte dies bereits mit ihrer Tochter vereinbart: „Jemand wird für dich kochen und putzen, du gehst spazieren, und ich zahle.“ Diese Vorstellung fanden auch die anderen TeilnehmerInnen sehr gut.

Doch wie eine Teilnehmerin derselben Gruppe kommentierte: „Wir reden hier noch nicht über Pflegebedürftigkeit. Solange alles noch geht, ist alles ja kein Problem.“ Wenn spazieren gehen keine Option mehr ist und ein höherer Pflegebedarf diskutiert wurde, kamen also andere Erwartungen, aber auch andere Ängste ins Spiel.

### 5.3.3.2 Erwartungen bezüglich der Pflegekräfte

#### *Sprache*

Im Unterkapitel zur stationären Pflege wurden die Erwartungen der TeilnehmerInnen bezüglich Sprachkenntnissen der PflegerInnen bereits ausführlich dargelegt. Auch im mobilen Bereich wurde Sprache als wichtiger Faktor angesehen, vor allem von denjenigen TeilnehmerInnen, die selbst über geringe Deutschkenntnisse verfügten. Im Zusammenhang mit Sprache stand auch hier die Notwendigkeit, der Pflegekraft Wünsche und Ängste kommunizieren zu können. Außerdem erwähnten auch hier viele die Wichtigkeit von Gesprächen, wobei hier insbesondere der Zeitmangel bei mobiler Pflege beklagt wurde (s. unten). Der Zusammenhang zwischen Sprache und einem Gefühl von (kultureller) Vertrautheit und Angenommensein wurde insbesondere in Bezug auf teilstationäre Angebote diskutiert (s. unten).

#### *Geschlecht der Pflegekräfte*

Im Unterkapitel zur stationären Pflege wurden die Einstellungen der TeilnehmerInnen bezüglich Geschlecht der PflegerInnen ebenfalls bereits präsentiert. Die meisten wollten gerade für die Körper- bzw. Intimpflege eine gleichgeschlechtliche Pflegekraft, während dies für andere Betreuungs- und Pflegeaufgaben als nachrangig angesehen wurde. Anderen war das Geschlecht insgesamt nicht so wichtig. Was speziell mobile Pflege betrifft, fasste ein Teilnehmer die Problemlage folgendermaßen in Worte: „Wie würden sich unsere Mütter fühlen, wenn ein Mann sie im Intimbereich wäscht und so weiter?“ Er stellte sich eine Situation in der mobilen Pflege vor:

*„Wenn meine Mutter hier wäre, und sie sollte von einem Mann gepflegt werden, würde sie sagen, schick ihn lieber weg. Man muss dann ja auch Frauen im Intimbereich rasieren. Das würde meine Mutter nicht von einem Mann machen lassen.“*

Das wäre eine sehr unangenehme und belastende Situation und mit Schamgefühlen besetzt. In der BKS-Gruppe (Linz) erzählte eine Teilnehmerin von einem Erlebnis, als sie einmal bei der Pflege ihrer Nachbarin geholfen hatte, zu der ein männlicher Pfleger gekommen war. Sie empfand die weitere Situation als schrecklich:

*„Ich habe so geweint, als ich nach Hause gekommen bin, allein die Vorstellung, dass mich so jemand badet. Ein Mann, und er zog Handschuhe an dafür. Oh Gott, ich hoffe, das wird mir nicht passieren.“*

Die Teilnehmerinnen waren sich danach einig, dass sie Intimpflege durch Frauen präferieren würden.

### 5.3.3.3 Erwartungen bezüglich der Rahmenbedingungen

#### *Fremde Menschen ins Haus lassen*

Mehrere TeilnehmerInnen in unterschiedlichen Fokusgruppen thematisierten, dass mobile Pflege bedeute, unbekannte Menschen ins eigene Haus bzw. Wohnung zu lassen. Dies löste bei manchen Ängste aus. In der BKS-Gruppe (Wien) äußerten sich die Männer besonders besorgt darüber, wie dies funktionieren solle, wenn man keine gemeinsame

Sprache mit der Pflegekraft habe. In der türkischen Gruppe (Linz) adressierte eine Teilnehmerin folgendermaßen das Problem:

*„Habt ihr euch überlegt, wie die Pflegeperson ist? Da kommt jemand zu euch nach Hause! (...) Wie willst du jemandem Fremden vertrauen, den du in die Wohnung lässt?“*

Von anderen wurde dies aber gar nicht thematisiert. Mobile Pflege anzunehmen, erfordert also immer eine Überwindung von Misstrauen gegenüber Unbekannten, die für manche mehr, für andere weniger schwierig ist. Während diese Herausforderung auch in der Mehrheitsgesellschaft gegeben ist, verstärkt sie sich für MigrantInnen durch aufgrund von Sprachkenntnissen mangelnde Möglichkeiten, mit Pflegekräften zu kommunizieren und somit Vertrauen aufzubauen.

### *Faktor Zeit*

In der türkischen Frauengruppe (Wien) überwog tendenziell die Skepsis gegenüber mobilen Angeboten. Ein wesentlicher Faktor war die äußerst limitierte Zeit, welche mobile Kräfte in der Regel für ihre KundInnen haben. Eine Teilnehmerin berichtete, dass eine Bekannte als Heimhelferin tätig sei. Von dieser wisse sie, dass nur 20 Minuten pro Person zur Verfügung stehen würden. Daraufhin meinte eine Teilnehmerin: „Das ist eine Massenabfertigung!“, und andere stimmten zu. Nur 20 Minuten seien zu wenig – schließlich seien Kommunikation, Gespräche und Unterhaltungen wichtig. Dies wurde von mehreren wiederholt. Auch in der BKS-Männergruppe (Wien) äußerten sich Teilnehmer negativ über den ihnen bekannten Zeitmangel bei mobilen Diensten, da keine Gespräche geführt und Beziehungen aufgebaut werden könnten.

Eine ähnliche Dynamik entwickelte sich in der BKS-Frauengruppe (Wien), nachdem eine Teilnehmerin, die selbst Krankenschwester ist, erklärte, wie sehr mobile Pflegekräfte unter Zeitdruck stehen würden. Die Teilnehmerinnen zeigten sich nach diesen Erläuterungen nicht beeindruckt vom Angebot. Mehrere schienen es zwar grundsätzlich für eine gute Idee und notwendig zu halten, auch für sich selbst, sahen aber solche Rahmenbedingungen als nicht adäquat an. Eine Teilnehmerin meinte, man müsse schauen, wie solche Angebote auf eine „humane“ Art und Weise umgesetzt werden könnten. Es sei wichtig, „dass, (wenn) man (zu diesem kranken Menschen) kommt, man fünf Minuten mehr Zeit für ihn hat, dass man ihm ein gutes Wort sagt.“ Hier waren sich alle einig.

In der philippinischen Gruppe wies eine Teilnehmerin auf die Zeitdimension hin. Sie hätte gerne jemanden, der länger kommt, drei bis vier Stunden, bis man angezogen und gepflegt ist – wenn man das wirklich nicht mehr selber kann, würde das schließlich länger dauern.

### *Teilstationäre Angebote*

Da teilstationäre Angebote in den meisten Fokusgruppen gemeinsam mit stationären oder mobilen Angeboten diskutiert wurde, wäre es müßig, die soeben erläuterten Bedürfnisse an dieser Stelle noch einmal zu wiederholen. Gerade bei Angeboten wie Tageszentren war in fast allen Fokusgruppen der große Informationsmangel von TeilnehmerInnen zu bemerken (vgl. x). Einige TeilnehmerInnen zeigten sich allerdings nach ersten Erklärungen an Angeboten wie Tageszentren durchaus interessiert, gerade weil es eine Alternative zum stationären „Heim“ darstellen könnte. Eine Teilnehmerin der türkischen Gruppe (Wien)

meinte etwa: „Ältere Menschen wollen viel reden und erzählen, daher wäre ein Tageszentrum gut.“

Aber auch für diesen Bereich äußerten TeilnehmerInnen die Sorge, ob man mit einer nicht-deutschen Sprache akzeptiert würde, und inwiefern bestimmte Angebote auf die eigenen Bedürfnisse zugeschnitten seien. Auch wenn es um Unterhaltung geht, meinte eine Teilnehmerin der BKS-Gruppe (Wien): „Ich würde eben lieber eine Sevdalinka ((ex-jugoslawisches Volkslied)) hören, als, ich weiß nicht, einen Wiener Walzer.“ Hier geht es also auch wieder um das Thema der Akzeptanz von Unterschieden, wie in Abschnitt x diskutiert. Eine andere Teilnehmerin in der türkischen Gruppe (Wien) teilte ihre Berufserfahrung in einem Tageszentrum. Sie hätte es als einen sehr schönen Raum für ältere Menschen erlebt, schränkte aber ein, es sei ihrer Ansicht nach nicht für muslimische Frauen geeignet, da Männer und Frauen keine getrennten Ruheräume hätten. „Da kann sich ein Herr auf das Bett legen und daneben (ist) eine Frau, und dies würde eine muslimische Frau stören.“ Insgesamt überwog aber in den Fokusgruppen das positive Interesse.

## 5.4 Rückkehrwünsche von TeilnehmerInnen und Pflege von Angehörigen im Herkunftsland

### 5.4.1 Pro: Sehnsucht nach dem Herkunftsland

In Debatten über Pflegebedarf wird häufig darüber gesprochen, ob Menschen mit Migrationshintergrund im Alter nicht ohnehin in ihr Herkunftsland zurückkehren wollen würden. An dieser Stelle sollen daher auch die entsprechenden Diskussionen aus den Fokusgruppen präsentiert werden.

Zu einem Thema wurde die Rückkehr ins Herkunftsland vor allem in der BKS-Frauengruppe (Wien) und in der philippinischen Fokusgruppe. In diesen Fokusgruppen sprachen manche TeilnehmerInnen von ihrer Sehnsucht, ins Herkunftsland zurückzukehren. In der BKS-Fokusgruppe meinte etwa eine Teilnehmerin:

*„Wir reden alle (von unseren Vorstellungen über Pflege in der Gegenwart). Aber in zehn Jahren, je älter wir werden, werden wir immer mehr dorthin gehen wollen, woher wir stammen. Also zu der Erde, aus welcher wir geworden sind.“*

Hier protestierten jedoch mehrere Teilnehmerinnen, dass dies so nicht stimmen würde, und insistierten, sie würden in Österreich bleiben wollen. Eine entgegnete: „Für mich ist die Erde die gleiche hier und unten, schwarz.“ Eine andere meinte, ihr Mann wolle zurück, sie aber nicht: „Ich sage, ich gehe nicht. Nie. Nicht nur weil meine Kinder hier sind, sondern weil ich mich gewöhnt habe. Ich bin seit 25 Jahren hier, ich habe mich gewöhnt und mir geht es hier ausgezeichnet.“

In der philippinischen Gruppe hatte eine Teilnehmerin bereits finale Pläne, in einem Monat (nach der Fokusgruppe) endgültig in die Philippinen zurückzukehren:

*„Ich bin bereits 72, also muss ich nach Hause. Ich muss bei meiner Familie auf den Philippinen sein. (...) Meine Tochter geht ins Ausland. Wir werden Haushaltshilfe haben. Ich bin sehr dankbar, dass ich in Österreich sein konnte.“*

Sie selbst habe keine Familie in Österreich.

In den anderen Fokusgruppen gab es kaum derartige Erzählungen eines dauerhaften Rückkehrwunschs. In der türkischen Fokusgruppe (Wien) meinte eine Teilnehmerin, „Wir vermissen unsere Heimat“. Die Konklusion war für sie daraus allerdings nicht, dauerhaft zurückzukehren, sondern mehrere Monate im Jahr in der Türkei zu verbringen und weiterhin den Hauptwohnsitz in Österreich zu belassen.

### 5.4.2 Pro: Finanzielle Sorgen

Neben Gefühlen der Sehnsucht spielten auch finanzielle Sorgen eine Rolle in den Diskussionen der TeilnehmerInnen über eine Rückkehr ins Herkunftsland.

In der philippinischen Fokusgruppe waren sich die meisten TeilnehmerInnen einig, dass man sich um dasselbe Geld auf den Philippinen mehr leisten könne, etwa mobile Pflegekräfte. Die Frauen der BKS-Fokusgruppe (Wien) diskutierten, ob sie ihre Pension, die

Ausgleichszulage und etwaiges Pflegegeld ins Herkunftsland gegebenenfalls mitnehmen könnten – hier fehlten ihnen die Informationen. Diese Frage kam aber vor allem auf, da sie sich nicht vorstellen konnten, mit ihren geringen finanziellen Mitteln eine institutionalisierte Pflege in Österreich leisten zu können. Eine Teilnehmerin meinte:

*„Es wäre (finanziell) besser, also, (...) dass man zum Beispiel unten eine Pflege nimmt. (...) Um dieses Geld kann man hier nichts bekommen und unten kann man (das sehr wohl), denke ich.“*

Eine andere wiederholte dieses Argument später:

*„Mit diesem (geringen) Geld können wir hier in kein Heim gehen. (...) Ich kann unten ins Heim gehen, aber. Unten kostet das Heim, zum Beispiel 450 Euro.“*

Die Teilnehmerinnen waren sich aber nicht einig, ob diese Kostenvorstellungen wirklich stimmen würden.

### **5.4.3 Contra: Qualität der pflegerischen Versorgung**

Unmittelbar nach oben stehender Aussage argumentierte eine andere Teilnehmerin, dass die Rechnung insgesamt nicht aufgehen würde:

*„Nein. Da bin ich mehr informiert. Im Fall, dass Sie unten ins Pflegeheim möchten, also, (...) haben Sie dann Abzüge. Falls Sie das ab dem 60-ten Lebensjahr möchten, müssen Sie sich unten anmelden, unten leben, und unten jahrelang auf ein Altenheim warten. Das ist (die) Situation.“*

Außerdem sei die Qualität schlechter, meinte sie weiter:

*„Ich muss sagen, also, das, was ihr hier kriegt, im alten Jugoslawien, kriegt ihr nicht mal 30 Prozent davon. Das sage ich euch. Ich war zu Besuch im Altenheim unten, unsere Altenheime unten sind zum Beispiel sehr vernachlässigt.“*

### **5.4.4 Contra: Nächste Angehörige leben im Zielland**

In den anderen Fokusgruppen war eine Rückkehr ins Zielland kaum eine Diskussion wert. Trotz eines bei manchen vorhandenen Wunschs, wieder zurückzukehren, waren die eigenen Kinder in Österreich für die meisten TeilnehmerInnen der ausschlaggebende Grund, hier zu bleiben: „Ich denke mir, wenn ich dorthin zurückgehe, was ist dann. Wenn meine Kinder eigene Kinder (in Wien) haben, ich habe niemanden“, erklärte etwa eine Teilnehmerin der philippinischen Fokusgruppe. Eine andere stimmte zu:

*„Wenn mein Mann und ich alt sind, was ist unsere Alternative. Dorthin zurückgehen, mein Haus habe ich schon verkauft, weil niemand dort (im Dorf) wohnt. (...) Meine Tochter ist in Wien, mein Mann ist hier, wohin soll ich gehen? Dort, wo sie sind. Sie sind die einzige Familie, die ich habe.“*

Einzelne, kürzere Diskussionen aus den Fokusgruppen der türkischen Männer (Wien), der BKS-Männer (Wien), der türkischen Frauen (Linz) und der türkischen Frauen (Wien) verliefen nach ähnlichen Mustern. Einzelne meinten, sie würden ihr Herkunftsland schon vermissen, daher periodisch auch immer wieder zurückreisen. Manche äußerten auch den Wunsch, in ihrem Herkunftsland begraben zu werden. Insgesamt aber überwog das

Argument, dass die Familien hier seien und sie daher nicht mehr dauerhaft zurückkehren würden.

### **5.4.5 Pflege von Angehörigen im Herkunftsland**

Ein weiterer Grund für TeilnehmerInnen der Fokusgruppen, immer wieder in ihr Herkunftsland zu fahren, ist die Pflege von dortigen Angehörigen. Viele TeilnehmerInnen haben (Schwieger-)Eltern im Herkunftsland, was eine moralische und organisatorische Belastung darstellt. Daher kam bei manchen TeilnehmerInnen der Wunsch auf, die (Schwieger-)Eltern nach Österreich zu bringen, während andere dies ablehnten, weil die Eltern zu alt seien, sich an die neue Umgebung zu gewöhnen. In manchen Fällen reisten TeilnehmerInnen ins Herkunftsland, um die Eltern selbst zu pflegen, dies war vor allem in der BKS-Gruppe der Fall. Umgekehrt erzählten türkische TeilnehmerInnen häufiger, dass die (Schwieger-)Eltern bereits einmal in Österreich gewesen seien, bzw. inwiefern schon sehr konkrete Pläne, Eltern nach Österreich zu bringen, an finanziellen oder rechtlichen Hürden scheiterten.

#### **5.4.5.1 Pflegearrangements im Herkunftsland**

In der philippinischen Fokusgruppe waren die Eltern zumeist auf den Philippinen geblieben. TeilnehmerInnen berichteten, dass sie Geschwistern Geld heimschicken, um die Pflege der Eltern zu finanzieren, die meist privat und zuhause in der Großfamilie, nicht institutionell, arrangiert wird. In anderen Fokusgruppen wurde die Pflege der Eltern im Herkunftsland wesentlich problematischer beschrieben. Hier spielt oft ein schlechtes Gewissen eine Rolle – man würde sich gern selbst um die Eltern kümmern, kann aber nicht vor Ort sein. In den türkischen Gruppen wurde außerdem stärker darüber diskutiert, welche Pflegearrangements in der Türkei überhaupt möglich seien. Viele sahen ein Pflegeheim als letzte, unausweichliche Lösung, trotz der in Abschnitt 5.2 diskutierten allgemeinen Vorbehalte gegenüber Pflege außerhalb der Familie, und obwohl die meisten von der schlechten Qualität dieser Einrichtungen überzeugt waren.

#### **5.4.5.2 Pflege und Betreuung durch NachbarInnen**

In der türkischen Frauengruppe erzählte eine Teilnehmerin, ihre Mutter lebe in der Türkei und würde im Alltag nicht mehr zurechtkommen und sie wolle daher, dass sie in ein „Heim“ geht. Diese verweigere das aber aufgrund der schlechten Erfahrungen ihrer Schwester in einem „Heim“: „Die Haare meiner Tante wurden ganz weg rasiert, sie hat sie zunächst gar nicht wieder erkannt. Natürlich hatte dies seine Gründe, aber für meine Mutter war das unfassbar.“ Dies habe zu ihrer absoluten Verweigerungshaltung geführt.

Diese Teilnehmerin wies darauf hin, dass Pflegearrangements im Herkunftsland durch nachbarschaftliche Beziehungen ermöglicht würden. Die Lösung für ihre Mutter sei letztendlich gewesen, dass ihre NachbarInnen sie unterstützen.

*„Ich habe ihr empfohlen, ins Heim zu gehen. Aber sie hat sehr gute Nachbarn. Ihre Nachbarn sind sehr hilfsbereit und unterstützen sie bei jeder Sache. Meine Mutter gibt für die Einkäufe das Geld her und die Nachbarn gehen für sie einkaufen und kochen auch für meine Mutter.“*

Eine Teilnehmerin in der BKS-Gruppe (Wien) erzählte von ihrem Vater, der ebenfalls von einer Nachbarin betreut wurde, als ihre Mutter einmal keine Zeit hatte: „Mama ist zum Arzt gegangen und die Nachbarin hat das Mittagessen gekocht. Dann hat sie die Suppe meinem Vater gebracht und er hat das Mittagessen gehabt. Und sie hat ihn auch gefüttert. Das funktioniert hier nicht.“

#### **5.4.5.3 Mobile Pflege im Herkunftsland**

Eine andere Frau in dieser Fokusgruppe hatte die Situation so gelöst, dass alle Geschwister Geld zusammengelegt hatten und eine Heimhelferin gesucht haben, sowie Essen auf Rädern organisiert hatten. Dies funktionierte aber nur leidlich: „Mutter war damit nicht zufrieden (und) hat sich immer beschwert.“ Das Essen habe sie nicht gegessen.

#### **5.4.5.4 Rückreise ins Herkunftsland**

In der türkischen Frauengruppe in Linz war eine Frau für einige Monate in die Türkei gereist, um ihre pflegebedürftige Mutter zu unterstützen. Diese Teilnehmerin, deren Lage in Abschnitt 5.1 bereits einmal dargelegt wurde, ist alleinstehend und lebt von Notstandshilfe. Als sie in die Türkei reiste, um sich um ihre Mutter zu kümmern, multiplizierten sich ihre Probleme: Sie bekam keine Notstandshilfe mehr, musste aber ihre Miete in Österreich weiter zahlen. Später erzählte sie weiter, dass ihre Mutter auf keinen Fall in ein „Heim“ wolle, da sie Angst vor Gewalt in der Institution habe, und Angst, ihr soziales Umfeld zu verlieren. Die Mutter habe ein geringes Einkommen und es sei schwer, um das Geld eine Person zu finden, die wirklich verlässlich auf sie aufpasst.

Von einem Arrangement, das mit viel Pendeln verbunden war, wurde außerdem in der Wiener BKS-Frauengruppe berichtet (s. auch Abschnitt 5.2). Eine Teilnehmerin erzählte, dass ihr Vater in Folge eines Schlaganfalls in den 90er Jahren fünf Jahre stark pflegebedürftig war. Zu dieser Zeit war sie gerade in Karenz mit ihrem Kind und lebte folglich mehr „unten“ als in Österreich. Danach fuhr sie noch immer jedes 2. Wochenende zu ihren Eltern, da auch die Mutter erkrankte. Später finanzierten sie und ihr Bruder dann auch gemeinsam eine Betreuungsperson, „eine Frau, welche sich um sie gekümmert hat“. Die Teilnehmerin betont sehr stark die moralische Verpflichtung gegenüber ihren Eltern.

#### **5.4.5.5 Angehörige aus Herkunftsland holen: Scheitern an Rahmenbedingungen**

Aufgrund solcher Schwierigkeiten, aus der Ferne ein passendes Pflegearrangement zu finden, hatten schon viele TeilnehmerInnen Überlegungen angestellt, die (Schwieger-)Eltern nach Österreich zu holen. Allerdings scheiterten diese Überlegungen in fast allen Fällen aus rechtlichen, organisatorischen, oder emotionalen Gründen.

Die Teilnehmerin oben, welche jahrelang hin- und hergependelt war, um ihre Eltern zu pflegen, wurde im Anschluss an ihre Erzählung von der Moderation gefragt, ob es eine Option gewesen wäre, die Eltern nach Wien zu holen, wäre dies rechtlich möglich gewesen. Die Teilnehmerin verneinte dies, denn die Eltern seien auch zuvor bereits kurz in Österreich gewesen, aber wieder zurückgekehrt. Sie hätten sich so stark ihrem eigenen Haus und Heim verbunden gefühlt, dass sie nicht nach Österreich gekommen wären, selbst wenn dies möglich gewesen wäre.

Eine Teilnehmerin der türkischen Gruppe (Wien) erzählte, sie und ihre acht Geschwister wollten ihre Mutter aus der Türkei holen. Ihre eigene Wohnung in Wien sei zu klein, sie habe keinen Platz, aber bei einem Bruder wäre dies möglich gewesen. Letztlich sei die Idee gescheitert, weil die betroffene Schwiegertochter „das nicht gewollt“ habe.

Auch in der türkischen Männergruppe in Wien waren Pflegefälle im Herkunftsland ein Thema, allerdings nicht immer aus eigener Erfahrung. Ein Teilnehmer meinte etwa, er habe „im Fernsehen gesehen, dass die Eltern (in der Türkei) ins Heim gesteckt werden und nicht einmal an Feiertagen besucht werden.“ Er selbst würde gerne seine Mutter nach Österreich holen-sie war schon vor mehreren Jahren insgesamt 10 Jahre lang in Österreich, aber sie hat keine Versicherung, die sie für das Visum braucht. Auch ein anderer Teilnehmer meinte, er könne sich finanziell kein Visum für seine Mutter leisten.

## 5.5 Zusammenfassung

Insgesamt spiegelten die TeilnehmerInnen der Fokusgruppen die Angaben aus den ExpertInneninterviews, dass MigrantInnen institutionalisierte Pflegeangebote zurzeit noch wenig annehmen (vgl. Kapitel 4). Aus den Diskussionen der Fokusgruppen ergeben sich einige Interpretationen, warum dem so ist. Aus einer Analyse der Hürden, vor welchen MigrantInnen bei der Nutzung solcher Angebote stehen, sowie der Erwartungen und Ängste, welche bezüglich verschiedener Pflegearrangements bestehen, lässt sich außerdem eine erste Interpretation über die Bedingungen einer künftigen stärkeren Nutzung von institutionalisierten Pflegeangeboten durch MigrantInnen leisten.

Zunächst einmal wird Pflege und Betreuung zuhause, durch nächste Angehörige, ähnlich wie in der österreichischen Mehrheitsbevölkerung, als das ideale Arrangement angesehen. Vielleicht noch stärker als in der Mehrheitsbevölkerung bestehen zum Teil hohe Erwartungen an die Pflichten, welche Kinder gegenüber ihren (Schwieger-)Eltern in der Betreuung im Alter hätten. Die älteren TeilnehmerInnen in den Fokusgruppen haben diese Erwartungen ihrer eigenen Elterngeneration meist pflichtergeben erfüllt, und viele erwarten sich daher Ähnliches von ihren eigenen Kindern.

Allerdings zeichnete sich in den Diskussionen der Fokusgruppen auch ganz klar ein Wertewandel in der 2. Generation ab: TeilnehmerInnen klagten einerseits darüber, dass ihre Kinder „anders“ seien, Erwartungen nicht mehr entsprechen würden, beziehungsweise sahen sie als nicht verlässlich an. Andererseits gab es bei manchen TeilnehmerInnen auch ein Bewusstsein dafür, dass sich die Lebenssituation ihrer Kinder zum Teil erheblich von ihrer eigenen, und noch mehr von der im Herkunftsland, unterscheidet. Hier spielen Veränderungen der Geschlechterrollen hinein: Auch wenn Männer davon sprechen, (Schwieger-)Eltern „zu sich“ (in den Haushalt) zu nehmen, ist doch immer klar, dass die konkrete Pflege- und Betreuungstätigkeit den Frauen des Haushalts obliegt. Diese Vorstellungen spießen sich aber mit einerseits einer zunehmenden Berufstätigkeit von Frauen, andererseits mit einem Wandel vom Großfamilien- zu (räumlich entfernt liegenden) Kernfamilienhaushalten. Pflege und Betreuung war in der Großfamilie wesentlich leichter in der Familie zu arrangieren, wie viele TeilnehmerInnen sozusagen „eingestanden“. Wenn solche Verschiebungen in Lebenssituationen und Werten anerkannt werden, sind

TeilnehmerInnen auch wesentlich ambivalenter, was den eigenen Kindern tatsächlich zugemutet werden kann und welche Erwartungen an sie legitim sind. An dieser Stelle der Diskussion wurde das Interesse an den vielen unbekanntem, institutionalisierten Pflegeangeboten wesentlich intensiver.

Die Vorbehalte gegenüber stationären Angeboten, oft unter der Bezeichnung „Heime“ in einen Topf geworfen, waren unter TeilnehmerInnen der Fokusgruppen, wie wohl auch in der österreichischen Mehrheitsbevölkerung, sehr groß. Sie wurden gewissermaßen als Gegenstück zum Ideal der Pflege zuhause diskutiert, auch, weil Angebote dazwischen vielen TeilnehmerInnen nicht bekannt waren. Vorbehalte basierten zum Teil auf normativen Vorstellungen, nur „schlechte“ Kinder würden ihre Eltern ins Heim „abschieben“, oder Ängsten, was Gewalt in Institutionen betrifft. Es wurden aber auch sehr reale Probleme diskutiert, wie etwa der Mangel an muttersprachlichen Pflegekräften in Institutionen, und die damit zusammenhängende Angst, im „Heim“ sozial zu vereinsamen und Bedürfnisse gegenüber Pflegekräften nicht artikulieren zu können. Außerdem wurde gleichgeschlechtliche Pflege wurde vor allem beim Thema Körper- bzw. Intimpflege gefordert. Ein nicht zu vernachlässigender Vorbehalt war außerdem der der Finanzierbarkeit: Es herrschte ein großer Mangel an Faktenwissen darüber, wie sich stationäre Einrichtungen finanzieren. Insbesondere von TeilnehmerInnen der Frauengruppen wurde davon ausgegangen, dass mit den oft gegebenen Mindestpensionen (oder weniger) ein „Heim“ ohnehin nicht finanzierbar sei. Das grundsätzliche Finanzierungsmodell solcher Einrichtungen, das einen hohen staatlichen Anteil im Vergleich zum Selbstbehalt vorsieht, war also den meisten TeilnehmerInnen völlig unbekannt und für manche auch richtiggehend unvorstellbar. Wie sich solche Einrichtungen finanzieren, und welche Rolle hier Selbstbehalte spielen würden, gehörte in fast allen Fokusgruppen daher zu einer der ersten Fragen.

Wenn die Vorbehalte gegenüber „Heimen“ so groß sind und die Pflege zuhause als ideal angesehen wird, warum werden dann auch mobile Angebote nicht genutzt? Das dies noch nicht der Fall ist, kommt aus ExpertInneninterviews und Fokusgruppen gleichermaßen hervor. Dabei würden solche Angebote das Verbleiben in den eigenen vier Wänden unterstützen.

Tatsächlich interessierten sich viele TeilnehmerInnen aus genau diesem Grund in der Fokusgruppe sehr stark für das ihnen unbekanntem Angebot der mobilen Pflege, oder auch Angeboten wie Tageszentren. Was hier das Problem darstellt, wurde aber in vielen Fokusgruppen im weiteren Verlauf der Diskussion deutlich, denn einige relevante Einschränkungen dieses Angebots dämpften den Enthusiasmus deutlich. Ein großer Faktor ist, wie auch bei stationären Angeboten, die Sprache. Muttersprachliche Pflege und Betreuung wird schlicht als Notwendigkeit gesehen, um mit Pflegekräften kommunizieren zu können. Die Vorstellung, sich nicht verstehen zu können, beflügelt zudem andere Ängste, die ebenfalls zum Teil aus der Mehrheitsbevölkerung bekannt sind, wie die Angst, jemand Fremden ins eigene Haus zu lassen. Ein weiterer Faktor ist der des Zeitdrucks, unter dem mobile Pflegekräfte stehen. Viele TeilnehmerInnen sahen eine solche „Massenabfertigung“, wie es eine Teilnehmerin ausdrückte, als inakzeptabel an – es sollte mehr Zeit pro Besuch geben. Wie auch bei stationären Angeboten wurde auch hier zudem gleichgeschlechtliche Pflege, insbesondere für Körperpflege, erwartet. Teilstationäre Angebote wie Tageszentren stießen ebenfalls zunächst auf Interesse, aber auch hier kamen bald Zweifel auf: Würde es hier muttersprachliche Betreuung geben? Inwiefern ist das „Unterhaltungsprogramm“ auch

auf eigene (kulturelle) Interessen abgestimmt? Würde es überhaupt erlaubt sein, sich an so einem Ort in der eigenen Muttersprache zu unterhalten? Die Akzeptanz von (sprachlichen, kulturellen, religiösen...) Unterschieden wurde von fast allen TeilnehmerInnen als klare Voraussetzung gesehen, Angebote nutzen zu können. Darüber hinaus gab es auch bei teilstationären und mobilen Angeboten die Befürchtung, dass diese nicht finanzierbar seien. Wenn TeilnehmerInnen von der Moderation über die tatsächlichen Kosten informiert wurden, meinten insbesondere Frauen, welche über ein geringes Einkommen verfügen, sich ein solches Angebot gar nicht leisten zu können. Selbst geringe Beträge werden hier als zu hohe Belastung angesehen. Diese Vorbehalte entsprechen auch (ungelösten) Herausforderungen, die von ExpertInnen identifiziert werden (vgl. Kapitel 4).

Neben diesen Erwartungen und Ängsten in Bezug auf konkrete Angebote wurden in diesem Kapitel auch Hürden diskutiert, welchen MigrantInnen beim Zugang zu institutionalisierten Pflegeangeboten begegnen, etwa bei der Informationssuche. Die größte Hürde ist zunächst ein großer, allgemeiner Informationsmangel und wenig Institutionenwissen, die MigrantInnen auch daran hindern, überhaupt einmal „die richtigen Fragen zu stellen“, wie eine Teilnehmerin aus ihrem Beruf als Beraterin treffend schildern konnte. Außerdem führt die prekäre finanzielle Situation vieler TeilnehmerInnen dazu, dass Lösungen zunächst im familiären Bereich gesucht werden. Die oben erwähnte Annahme vieler TeilnehmerInnen, sich institutionalisierte Pflegeangebote ohnehin nicht leisten zu können, verhindert in solchen Fällen, zusammen mit den beschriebenen, zum Teil diffusen Ängsten, eine proaktive Informationssuche. Diese Annahme führte außerdem zu einem Rückkehrwunsch ins Herkunftsland bei manchen TeilnehmerInnen. Für die Mehrheit der TeilnehmerInnen war dies keine Option, da die eigenen Kinder und die Familie im Zielland Österreich seien und man bei ihnen bleiben wolle.

In der Suche nach Informationen spielen zudem auch Sprachprobleme eine große Rolle. Gerade Frauen äußerten Ängste, aufgrund ihrer geringen Deutschkenntnisse nicht verstanden und/oder ernst genommen zu werden, und wünschten sich daher persönliche Beratung in der Muttersprache. FreundInnen und Bekannte wurden daher zu ersten Anlaufstellen; aber auch (Haus-)ÄrztInnen wurden als Personen genannt, auf deren Unterstützung viele TeilnehmerInnen vertrauten. Im Gegensatz dazu hatten viele TeilnehmerInnen mit Ämtern oder offiziellen (Beratungs-)Stellen negative Erfahrungen gemacht, sich erniedrigt oder nicht verstanden gefühlt. Manche empfanden „Gänge aufs Amt“ auch als bedrohliche Interaktionen, in welchen man auch „verlieren“ kann.

Mehrsprachiges Informationsmaterial war zwar zum Teil bekannt, jedoch waren sich die meisten TeilnehmerInnen einig, dass das sensible und konfliktbesetzte Thema Pflege zusätzlich noch eine persönliche Vermittlung brauche. Dabei geht es auch darum, Ängste zu lindern, und vermittelt zu bekommen, welche Angebote für die eigene Lage überhaupt passend sind. In der Vorstellung vieler TeilnehmerInnen vermittelt die eigenen Muttersprache hier Vertrauen und gibt die Sicherheit, auch tatsächlich verstanden und als ganze Person – nicht nur als „MigrantIn“ – akzeptiert zu werden.

Insgesamt wird klar, dass sich Einstellungen gegenüber „Heimen“ auf viele Weise den Einstellungen der österreichischen Mehrheitsbevölkerung ähneln, wo „Heimen“ ebenfalls in vielen Fällen mit Skepsis begegnet wird, und der Wunsch, in der vertrauten Umgebung zu bleiben, oft gegeben ist. Der Unterschied zur Mehrheitsbevölkerung besteht einerseits im großen Informationsmangel, etwa über neue Konzepte der stationären Pflege, welche vom klischeehaften „anonymen Institution voller Kranker“ sich wegbewegen. Andererseits sind es

aber reale Hürden wie Sprachprobleme und religiöse und kulturelle Bedürfnisse, auf die in vielen Fällen in Institutionen tatsächlich noch nicht adäquat begegnet werden kann. Sehr grundlegende Ängste, wie sich in heiklen Situationen wie Körper- bzw. Intimpflege mit dem Personal schlichtweg nicht verständigen zu können, betreffen Pflegebedürftige aus der Mehrheitsbevölkerung nicht, oder nur in Ausnahmefällen.

## 6 Hauptergebnisse – Zusammenfassung

Folgende Hauptergebnisse lassen sich zusammenfassen:

### 4.) Pflegeabschätzung

Die vorliegenden Daten über Pflegegeldbezug und die Nutzung der Pflegeangebote enthalten keine migrationsspezifischen Informationen. Eine Abschätzung des Pflege- und Betreuungsbedarfs von älteren MigrantInnen ist somit nur rudimentär in Form einer mit einer Vielzahl von Kautelen behafteten Grobabschätzung auf möglich ist.

Vergleicht man unter Berücksichtigung dieser Einschränkung die Daten aus der Bevölkerungsevidenz mit den Daten zur Pflegegeldnutzung, lassen sich für das Jahr 2020 insgesamt rund 26.000 PflegegeldbezieherInnen in der Gruppe der 60- bis 79-Jährigen und rund 32.000 BezieherInnen in der Gruppe der über 80-Jährigen im Ausland Geborenen erwarten, für das Jahr 2025 lauten die entsprechenden Zahlen rund 29.000 bzw. rund 42.000 Personen. Zwischen 2013 und 2025 steigt die Zahl der pflegeldbeziehenden Personen mit Auslandsgeburtsort somit um rund 47%.

Dieser Grobabschätzung zufolge werden im Jahr 2020 etwa 30.000 pflegeldbeziehenden Personen mit Auslandsgeburtsort keine externen Angebote in Anspruch nehmen, und etwa 16.600 mobile und etwa 9.200 stationäre Angebote nutzen. Bis zum Jahr 2025 werden diese Werte auf etwa 37.500 Personen in häuslicher Betreuung und etwa 20.500 mobil bzw. etwa 11.300 stationär betreute Personen steigen.

Aus den bestehenden Daten ist weder eine genauere regionale noch eine herkunftgruppenbezogene Abschätzung möglich. Diese könnte von Statistik Austria unter Heranziehung der vorhandenen demografischen Modelle einfach errechnet werden. Es ist daher anzuregen, Statistik Austria mit der Entwicklung einer derartigen Abschätzung zu beauftragen.

### 5.) Die Wahrnehmung der Pflegeeinrichtungen

- Die Thematik Alter und Migration wird von allen befragten Einrichtungen als wesentliche Herausforderung begriffen und insbesondere in Weiterbildungsmaßnahmen behandelt.
- Ein Teil der Einrichtungen hat interne Diversitätsmanagementprozesse entwickelt, die auch das Thema Pflegedienste umfassen. Bei den meisten Einrichtungen stehen ad-hoc-Lösungen im Vordergrund.
- Nur größere Anbieter verfügen über mehrsprachiges Informationsmaterial in Form von Broschüren oder auf einer webpage. Allerdings wird dieses von den meisten ExpertInnen nur als notwendiger Teil der Informationsvermittlung angesehen, das die persönliche Beratung nicht ersetzen kann.
- Einige Einrichtungen haben auch Maßnahmen der aufsuchenden, zielgruppengerichteten Informationsarbeit entwickelt. Dabei zeigten sich vor allem Projekte, die über private und Familiennetze Kontakte zu MigrantInnen herstellen – wie etwa das von der Volkshilfe betriebene Projekt „Mimi – Mit MigrantInnen für

MigrantInnen“ als besonders zielführend. Die Zusammenarbeit mit MigrantInnenvereinen wird von den meisten Organisationen als sinnvoll angesehen, doch auch darauf hingewiesen, dass über die organisierten Vereine jeweils nur Teilgruppen der zugewanderten Bevölkerung angesprochen werden können.

- Gemeinsamer Anknüpfungspunkt der Pflegephilosophie der meisten Einrichtungen ist ein personenzentriertes Pflegeverständnis, für das Migration ein Element unter mehreren für die Entwicklung einer professionellen Pflegebeziehung ist. Als zentraler Aspekt einer positiven Pflegebeziehung wird die Möglichkeit der Kommunikation zwischen Pflegenden und KlientInnen in der Muttersprache der KlientInnen angesehen.
- Die Bedeutung kultursensibler Angebote wird unterschiedlich bewertet, unabhängig von der Bewertung experimentieren jedoch die meisten Anbieter mit Formen kultursensibler Pflege, insbesondere dem „Matching“ der Sprachkenntnisse von Pflegenden und KlientInnen.
- Sowohl im mobilen wie im stationären Bereich stoßen kultursensible Angebote und „Sprachmatching“ oft auf organisatorische Grenzen. Trotz dieser Einschränkungen lehnen die meisten ExpertInnen gesonderte Angebote für einzelne Sprach- oder Herkunftsgruppen ab, da diese einerseits ausschließend wirken würden und andererseits die nötige Pflegequalität bei einer Aufsplitterung der Angebote nicht sichergestellt werden könne.
- Die wachsende Zahl von Demenzerkrankungen stellt im Kontext der Migration eine besondere Herausforderung dar: Der mit Demenz oft einhergehende Verlust der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit betrifft zuvorderst später im Leben erlernte Sprachen; daher wird es in Zukunft vermehrten Bedarf nach MitarbeiterInnen mit Erstsprachkenntnissen der Patientinnen geben.
- Das geringe Interesse türkischer MigrantInnen an Pflegeberufen wurde mehrfach als Problem für die Zukunft thematisiert.
- Die Aufsplitterung der Kompetenzen im Bereich der Pflegeangebote auf die Bundesländer erschwert die Entwicklung gemeinsamer Zugänge und Standards.

#### 6.) Die Wahrnehmung der MigrantInnen

- Der Informationsstand von MigrantInnen zum Thema ist oft niedrig und wird durch Informationsweitergabe in der peer-group geprägt, beim Zugang zu Informationen der Pflegeanbieter ist die Information durch Verwandte und Freunde dominant.
- Den meisten GesprächsteilnehmerInnen ist nur die Institution „Pflegeheim“ bekannt, dieses wird zumeist negativ wahrgenommen, wobei die negative Wahrnehmung oft auf dem Image dieser Einrichtungen im Herkunftsland beruht.
- Mobile und teilstationäre Pflegeangebote sind kaum bekannt, es gibt jedoch eine positive Grundeinstellung gegenüber diesen, da sie einen möglichst langen Verbleib in der eigenen Wohnung ermöglichen.
- Das Thema „familiäre Pflege“ wird ambivalent wahrgenommen: Einerseits dominiert der Wunsch, in der Familie gepflegt zu werden, andererseits ist den meisten Befragten bewusst, dass heute eine Pflege im Familienverband meist faktisch nicht möglich wäre ist. Da dieses Thema weder von MigrantInnenvereinen noch von anderen Organisationen bearbeitet wird, wird es meist verdrängt.
- Negative Erfahrungen mit Behörden und öffentlichen Stellen führten oft zu einer Ablehnung öffentlicher Pflegeangebote.

- Sowohl bei mobilen wie bei stationären Angeboten besteht der deutliche Wunsch, in der eigenen Erstsprache kommunizieren zu können. Ebenso erwünscht sind der eigenen Tradition folgenden Ernährungsangebote und eine Berücksichtigung der jeweiligen Alltagskultur.
- Vor allem im stationären Bereich besteht die Angst, aufgrund schlechter Deutschkenntnisse keinen sozialen Anschluss zu finden; darauf sollten die Anbieter durch proaktive Maßnahmen reagieren.
- Zu religions- bzw. ethnisch spezifischen Angeboten besteht eine ambivalente Haltung: Während diese von einem Teil der Befragten als wünschenswert angesehen wurden, da sie sich dann eher angenommen fühlen würden, lehnte eine anderer Teil diese ab, da sie die Möglichkeit sozialer Kontakte einschränken würden.

## 7 Empfehlungen und Handlungsoptionen

Die Ergebnisse der ExpertInnenbefragungen wie der Fokusgruppengespräche zeigen eine Vielfalt von Herausforderungen sowohl in Bezug auf die Kommunikation der Thematik, wie auf die Organisation der Angebote und die Anpassung der Prozesse im Pflegebereich. Auch wenn seitens der InterviewpartnerInnen immer wieder auch auf die Herausforderungen für den Pflegeprozess eingegangen wurde, worüber im empirischen Teil auch entsprechend berichtet wurde, konzentrieren sich, da die AutorInnen über keine pflegewissenschaftliche Expertise verfügen, die hier vorgestellten Empfehlungen auf Kommunikations- und Organisationsfragen.

### 7.1 Informationsaustausch und Koordination zwischen den Bundesländern

Die konkrete Ausgestaltung der Pflege- und Betreuungsangebote für ältere Menschen liegt im Verantwortungsbereich der Bundesländer. Dadurch ist zwar sichergestellt, dass die jeweiligen regionalen Gegebenheiten bei der Pflegeversorgung berücksichtigt werden, es bestehen jedoch in der Praxis neun verschiedene regionale Pflegesysteme, die jeweils eigene Lösungen zum Umgang mit der Zielgruppe der älteren MigrantInnen entwickelt haben.

Zwar bestehen durch verschiedene Plattformen bereits erste Ansätze der Vernetzung, es gibt jedoch keinen systematischen und nachhaltigen Austausch über Ansätze und Praxiserfahrungen in diesem Bereich. Aufgrund der Bundesländerkompetenz werden auch Qualitätsstandards auf Bundesländerebene definiert, so dass es schwerfällt, die Angebote für ältere MigrantInnen zu vergleichen.

- Es wird daher empfohlen, die bestehenden bundesländerübergreifenden Vernetzungsansätze mit dem Ziel der Errichtung einer nachhaltig gesicherten Plattform für den Austausch von Praxiserfahrungen auszubauen und gemeinsame,

bundesländerübergreifende Standards für die Betreuung älterer Menschen mit Migrationshintergrund zu entwickeln.

## **7.2 Informationsvermittlung gegenüber der Zielgruppe**

Sowohl ExpertInnen wie MigrantInnen nannten fehlende Informationen zum Pflegesystem als ein wesentliches Problem bei der Versorgung älterer MigrantInnen mit Pflegeleistungen. Diese „Informationsarmut“ bezöge sich nicht nur auf das Pflegesystem, sondern auf das gesamte Gesundheitssystem, und sei ein wesentlicher Faktor zur Erklärung der im Vergleich schlechteren Gesundheitslage von MigrantInnen. Viele MigrantInnen hätten zudem Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitssystem gemacht und hätten daher nur wenig Vertrauen zu diesem.

Trotz dem allgemeinen Wissen um die schlechte Informationslage haben bisher nur wenige Einrichtungen damit begonnen, proaktiv Informationen an MigrantInnen heranzutragen, wobei sich die Informationsweitergabe oft auf schriftliches Informationsmaterial konzentrierte. Sowohl ExpertInnen wie MigrantInnen sahen die bestehende Form der Informationsvermittlung als nicht zureichend an und betonten vor allem die Notwendigkeit von face-to-face Gesprächen.

- Es wird daher empfohlen, eine Kommunikationsstrategie zum Thema Altern in der Migrationsgesellschaft mit einem speziellen Fokus auf die Zielgruppe der älteren MigrantInnen zu entwickeln. Dabei sollten, neben mehrsprachigem Informationsmaterial, vor allem pro-aktive und aufsuchende Formen der Informationsvermittlung mit dem Ziel der Reduktion der „Informationsarmut“ verfolgt werden, wobei bestehende Angebote aufsuchender Sozialarbeit (.z.B. „Parkbetreuung“) als Anknüpfungspunkt genutzt werden sollten. Ziel der Maßnahmen sollte eine frühere und intensivere Auseinandersetzung mit dem Thema Altern und Angebote zur Betreuung sein. Zentral dabei ist die Zusammenarbeit mit VermittlerInnen aus den migrantischen Communities, die in der Lage sind, die für eine erfolgreiche Kommunikation nötigen sprachlichen und kulturellen Übersetzungsleistungen zu erbringen.
- Aufgrund der Komplexität des Themas und der von vielen älteren MigrantInnen gewünschten Beratung in einem face-to-face Gespräch sollten die bestehenden Projekte zur Ausbildung von „Gesundheitslotsen“ ausgeweitet und entsprechende Anlaufstellen geschaffen und bekannt gemacht werden.

## **7.3 Einbindung von MigrantInnen in die Entwicklung von Pflegeangeboten**

Zur Zeit bestehen kaum Informationsbrücken zwischen Einrichtungen aus dem Pflegebereich und MigrantInnen, die es den Einrichtungen ermöglichen würde, die Wünsche und Vorstellungen von KlientInnen mit Migrationshintergrund zu erheben und ihre Angebote darauf, wo möglich, einzustellen. Dazu kommt, dass aufgrund fehlender Datenerhebungsstandards die AnbieterInnen auch nur wenig über die Anteile von MigrantInnen an ihren KlientInnen bzw. dem Pool der potentiellen KlientInnen wissen. Dies erschwert eine nachhaltige Anpassung des Angebots an die Bedürfnisse der KlientInnen.

- Es wird daher empfohlen, bundesländerübergreifende Standards über die Datenerhebung zur Nutzung von Pflegeangeboten durch MigrantInnen zu entwickeln und eine regelmäßige regionalisierte Berichterstattung zur soziodemografischen Zusammensetzung der älteren Bevölkerung zu entwickeln, die auch ausreichende Informationen zum Migrationshintergrund enthält. Zur Sicherstellung einer regelmäßigen Anpassung der Angebote im Pflegebereich an die spezifischen Bedürfnisse der NutzerInnen wird die Einrichtung von Nutzerbeiräten angeregt, die auch VertreterInnen von MigrantInnen umfassen und den BetreiberInnen bei der Weiterentwicklung ihrer Angebote beratend zur Seite stehen, wobei durch entsprechende Anreizsysteme sichergestellt werden sollte, dass die Empfehlung dieser Beiräte auch umgesetzt werden.

## 7.4 Entwicklung von Standards für kultursensible Pflege

Das Thema „kultursensible Pflege“ umfasst neben der Frage der Qualität der Kommunikation zwischen Pflegenden und KlientInnen – hier vor allem auch der Frage der Kommunikationsmöglichkeit in der Muttersprache – auch Themen wie die Einbindung der Angehörigen, das Geschlechtsrollenverständnis oder die Berücksichtigung religiöser Ernährungsvorschriften und Regeln für die Alltagsgestaltung. Sowohl im mobilen wie im stationären Bereich steht das Ziel der individualisierten Pflege unter Berücksichtigung der jeweiligen individuellen Bedürfnisse oft im Konflikt mit organisatorischen und finanziellen Gegebenheiten, die eine Realisierung dieses Anspruches erschweren oder verhindern.

Trotz des allgemeinen Wissens um diese Herausforderungen wurden in Österreich bisher keine verbindlichen Standards zu ihrer Bearbeitung entwickelt, in der Praxis dominieren ad-hoc Lösungen, die wesentlich von den jeweils vorhandenen Ressourcen bestimmt werden. Die bestehenden Pflegestandards fokussieren zumeist auf die medizinischen und pflegerischen Anforderungen, und geben der kommunikativen und kulturellen Dimension oft nicht ausreichend Platz.

- Es wird daher empfohlen, bundesländerübergreifend pflegewissenschaftlich fundierte Standards für die Berücksichtigung kommunikativer und kultureller Dimensionen im Pflegeprozess zu schaffen, die sicherstellen, dass die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund adäquat berücksichtigt werden. Insbesondere im Kontext der Pflege demenzkranker PatientInnen ist dabei ein besonderes Augenmerk auf die Rolle der Erstsprache der KlientInnen im Betreuungsprozess zu legen. Im Sinn eines holistischen Pflegeverständnisses, das eine Reduktion auf reine

Funktionspflege als menschenunwürdig ablehnt, sollten diese Standards in die Evaluierungsnormen für die Erfassung der Pflegequalität einfließen.

## 7.5 Flexibilisierung der Pflegearrangements

Die zurzeit bestehende deutliche organisatorische Trennung zwischen stationären und mobilen Angeboten zwingt oft zu einer von den Betroffenen nicht gewünschten, unumkehrbaren Entscheidung der Aufnahme in eine stationäre Einrichtung. Da insbesondere in migrantischen Familien der Wunsch nach Pflege durch Familienangehörige stark ausgeprägt ist, dieser Wunsch aber aufgrund der Anpassungsprozesse an die Kleinfamilienstruktur der Mehrheitsgesellschaft immer schwerer realisierbar ist, werden externe Angebote seltener genutzt, was zu einer starken Belastung der erwachsenen Kinder, und hier vor allem der Töchter, führt. Eine flexiblere Form der Pflegearrangements, die mobile und stationäre Betreuung nicht als Gegensätze, sondern als Punkte in einem Kontinuum sieht und es ermöglichen würde, stationäre Angebote selbstbestimmt temporär zu nutzen, könnte die Nutzung der Pflegeangebote durch MigrantInnen erhöhen.

- Es wird daher empfohlen, die bestehenden Angebote stationärer Betreuung stärker zu flexibilisieren und die Möglichkeit zu schaffen, diese selbstbestimmt temporär zu nutzen, wenn gesundheitliche oder familiäre Aspekte eine Betreuung zu Hause für eine bestimmte Zeit nicht möglich erscheinen lassen. In diesem Kontext sollte ein besonderes Augenmerk auf die Auswirkungen flexiblerer Angebote auf die Nutzung durch MigrantInnen und die damit verbundenen möglichen Entlastungen der Familienangehörigen gelegt werden.

## Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: PflegegeldbezieherInnen nach Geschlecht und Pflegestufe per 1.8.2014 .....	20
Tabelle 2: Anteile der verschiedenen Altersgruppen am Pflegegeldbezug .....	20
Tabelle 3: Anteile der Pflegegeldstufen nach Alter 2013 (%).....	21
Tabelle 4: Pflegegeldstufen der KundInnen der verschiedenen Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen des Fonds Soziales Wien, Anteilswerte (%).....	22
Tabelle 5: Zahl der über 60-Jährigen nach Geburtsland per 1.1.des Jahres 2020 und 202524	
Tabelle 6: Abschätzung der Zahl der PflegegeldbezieherInnen über 60 mit Auslandsgeburtsort .....	26
Tabelle 7: Aufteilung der zu erwartenden PflegegeldbezieherInnen mit Auslandsgeburtsort auf Pflegegeldstufen 2020 .....	27
Tabelle 8: Abschätzung der Nutzung verschiedener Betreuungsangebote durch PflegegeldbezieherInnen mit Auslandsgeburtsort 2020 und 2025.....	28
Tabelle 9: Überblick über die Fokusgruppen .....	60

\*\*\*

Abbildung 1: Gesundheitszustand nach Migrationshintergrund und Geschlecht, 2006/200715	
Abbildung 2: Nutzung der Pflegeangebote durch PflegegeldbezieherInnen .....	21

# Literaturverzeichnis

BMASK 2012: Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2011, Wien: BMASK.

BMASK 2013: Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2012, Wien: BMASK.

BMASK 2014a: Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2013, Wien: BMASK.

BMASK 2014b: Sozialbericht 2013-2014. Ressortaktivitäten und sozialpolitische Analysen, Wien: BMASK.

Bohnsack, R. 2010: Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden, Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.

European Union Agency for Fundamental Rights 2013: Inequalities and Multiple Discrimination in Access to and Quality of Healthcare, Vienna, Luxembourg: European Union Agency for Fundamental Rights.

Förster, M.; Heitzmann, K. 2007: Armutsgefährdung, manifeste Armut und Einkommenschancen von MigrantInnen in Österreich. In: H. Fassmann (Hg.): 2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001 – 2006, Klagenfurt/Celovec: Drava, 291 – 305.

Granovetter, M.S. 1973. The Strength of Weak Ties, in: American Journal of Sociology, 78/1973, 1360-1380.

Ilijć M., Kavazović E., Schornböck H. 2007: Kultursensibilität in der KundInnenbeziehung im Rahmen der mobilen Pflege und Betreuung, Eine sozialwissenschaftliche Studie, <http://wien.hilfswerk.at/d301>.

Kohlbacher, J., Reeger, U. 2007: Wohnverhältnisse und Segregation. In: : H. Fassmann (Hg.): 2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001 – 2006, Klagenfurt/ Celovec: Drava, 305 – 328

Kohls, Martin 2008: Healthy-Migrant-Effect, Erfassungsfehler und andere Schwierigkeiten bei der Analyse der Mortalität von Migranten. Eine Bestandsaufnahme. Nürnberg (BAMF), Working Paper 15 der Forschungsgruppe des Bundesamtes.

Kremla, M. 2004: Interkulturelle Altenpflege in Wien: Angebot und Veränderungsbedarf aus der Sicht von ZuwanderInnen und Trägereinrichtungen, Wien: Asylkoordination Österreich.

Kytir, J. 2009: Demografische Entwicklung. In: BMASK (Hg.): Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. Wien: BMASK, 43 – 71

Perchinig, B, Schmid, K. 2012: Hebel zu einer kompensatorischen Bildung. Pilotstudie. Wien (ibw) = ibw-Forschungsbericht Nr. 173

Reinprecht C. 1999: Ältere MigrantInnen in Wien, Empirische Studien zu Lebensplanung sozialer Integration und Altersplanung, Wien: Institut für Soziologie der Universität Wien

Reinprecht C. 2005: Ergebnisse der Befragung älterer MigrantInnen im Rahmen der Begleitforschung der EQUAL-Projekts „IntegrationsInfoService von MigrantInnen für MigrantInnen (IIS)“ Wien (Unveröffentlichter Projektbericht)

Reinprecht C. 2006: Nach der Gastarbeit, Prekäres Altern in der Einwanderungsgesellschaft, Wien: Braumüller.

Reinprecht C. 2007: Alt nach der Gastarbeit. In: H. Fassmann (Hg.): 2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001 – 2006, Klagenfurt/Celovec: Drava, 211 – 227.

Reinprecht C. 2010: Menschen mit Migrationshintergrund und speziellen Bedürfnissen. In: Trummer, Ursula K.; Pammer Christoph (Hg.): Migration, Kultur und Gesundheit. Chancen, Herausforderungen und Lösungen. Tagungsband der 12. Wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health, Linz, 24. – 25. September 2009. Linz (Oberösterreichische Gebietskrankenkasse), S. 69 – 79.

Schimany, P. 2007: Migration und demographischer Wandel. Forschungsbericht 5. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

Schopf, C., Naegele, G. 2004: Alter und Migration – Ein Überblick, in: Zeitschrift für Gerontologie 38/2004, 17 – 34.

Stadtentwicklung und Stadtplanung Wien 2007: Leben und Lebensqualität in Wien. Kommentierte Ergebnisse und Sonderauswertungen der Großstudien "Leben in Wien" und "Leben und Lebensqualität in Wien", Wien: Stadt Wien, Magistratsabteilung 18 – Stadtentwicklung und Stadtplanung.

Statistik Austria 2007: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Wien (Statistik Austria)

Statistik Austria 2013: migration & integration. zahlen.daten.indikatoren 2012. Wien: Statistik Austria.

Volkshilfe Österreich 2010: Armut macht krank. Fakten, Zusammenhänge, Empfehlungen, Wien: Volkshilfe Österreich.

Zwicklhuber M. (Hrsg.) 2003: Interkulturelles Zusammenleben und Integration als kommunalpolitische Herausforderung, Handbuch für die interkulturelle Gemeindegemeinschaft, Interkulturelles Zentrum, Wien: Rabas.

## Anhang 1: Liste der ExpertInneninterviews

1. Afro-Asiatisches Institut, Universität Wien
2. AKH, Klinische Abteilung für Palliativmedizin
3. Anbieter, Wien (anonymisiert)
4. Caritas Linz: Fach- und Forschungsstelle für Migration/Integration sowie Bereich Pflege und Betreuung
5. Caritas, Bereich Betreuen und Pflegen
6. Center for Health and Migration
7. CS Caritas Socialis, Wien
8. Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen
9. Fonds Soziales Wien
10. Institut für Soziologie, Universität Wien
11. Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger
12. Islamische Fachschule, Wien
13. Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser
14. Lebenswelt Heim, Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs
15. Maimonides-Zentrum, Wien
16. MEN Gesundheitszentrum, Wien
17. Miteinander GmbH, Linz
18. Österreichisches Rotes Kreuz
19. Pflegekoordination Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
20. Projekt miges (miteinander gesund älter werden) von beratungsgruppe.at, Wien
21. Stadt Linz, Integration
22. Stadt Wien, Magistratsabteilung 24, Gesundheits- und Sozialplanung
23. Stadt Wien, SeniorInnenbeauftragte
24. Terra, Beratungszentrum für ältere Migranten und Migrantinnen, Wien
25. Volkshilfe Oberösterreich, Bereich Pflege und Betreuung
26. Volkshilfe Österreich, Bereich Pflege und Betreuung
27. Volkshilfe Wien, Projekt MiMi
28. Volkshilfe Linz, Projekt MiMi
29. Wiener Hilfswerk
30. Wiener Krankenanstaltenverbund

Projektbericht

**Betreuungs- und Pflegebedarf älterer MigrantInnen:  
Bedarfsabschätzung und Herausforderungen (BEMIG)**

Bernhard Perchinig, Katharina Schaur, Elisabeth Strasser

International Centre for Migration Policy Development, 2015

ISBN: xxx-x-xxxxxx-xx-x