

hochschule für angewandte wissenschaften hamburg

Fachbereich Ökotrophologie

Studiengang Gesundheitswissenschaft

**Gesundheitliche Situation und Versorgungsbedarf von
älteren türkischen Arbeitsmigranten –
Darstellung anhand einer Expertenbefragung in Hamburg**

Diplomarbeit von Anja Lüneburg

Tag der Abgabe: 18.01.2006

Vorgelegt von: Anja Lüneburg

Redderblock 36

22147 Hamburg

Matrikelnummer: 1643613

Betreuende Prüferin: Frau Prof. Annette Seibt

Zweite Prüferin: Frau Christiane Deneke

Danksagung

Tesekkür Ederim, das heißt „Danke“ auf Türkisch!

Ich danke den türkischen Menschen, die den Mut aufbrachten, vor 40 Jahren ihre Heimat zu verlassen, um in ein fremdes Land aufzubrechen, von dem sie nur wussten, dass es dort Arbeit gibt. Mit ihrer Arbeit trugen unsere türkischen Mitbürgerinnen und Mitbürger zum Wohlstand der Bundesrepublik bei. Wenn meine Diplomarbeit hilft, zu mehr Verständnis für diese Menschen beizutragen, habe ich ein wichtiges Ziel erreicht. Ich möchte es mit den Worten eines für diese Arbeit interviewten Experten sagen:

„...das meiste, das sie sich wünschen, die erste Generation (türkische Gastarbeiter; Anmerkung der Verfasserin) , ist so etwas wie Dankbarkeit; dass ein Offizieller dieses Staates aufsteht und sagt, Leute, liebe Gastarbeitergeneration, ihr habt für das Gelingen dieses Wohlstandsstaates maßgeblich mit beigetragen; wir sind euch dankbar, weil ihr Jobs getan habt, für die viele Deutsche zu fein waren...“ (Experte E1tm)

Ferner möchte ich vor allem meinen Eltern danken für ihre moralische und finanzielle Unterstützung während der Studienzeit. Ohne ihre Hilfe hätte ich diesen neuen beruflichen Weg, der mir viel Freude macht, nicht so leicht einschlagen können.

Ich danke meinem Freund für seine Unterstützung und Fürsorge während der letzten Monate, in denen wir uns gerade erst kennen gelernt haben.

Schließlich danke ich meinen Freunden und Kommilitoninnen, die mir während des Schreibens meiner Diplomarbeit wertvolle Ratschläge gegeben haben.

Anja Lüneburg

Zusammenfassung

Hintergrund: Migranten stellen an die Verantwortlichen im Gesundheitswesen besondere Herausforderungen. Aufgrund ihrer Heterogenität als Zielgruppe sind sie weder leicht zu definieren, noch leicht zu erreichen. Vor diesem Hintergrund ist die gezielte Auseinandersetzung mit den einzelnen Migrationstypen Arbeitsmigranten, Asylanten, Flüchtlingen oder Spätaussiedlern wichtig. Eine sorgfältige, statistisch relevante Erhebung gesundheitsbezogener Daten ist für die Entwicklung zielgruppenspezifischer Maßnahmen unerlässlich. Diese Arbeit setzt sich mit der spezifischen Gruppe älterer türkischen Arbeitsmigranten auseinander, die als Gastarbeiter der ersten Generation vor etwa vierzig Jahren in die Bundesrepublik kamen.

Ziel: Ziel der Arbeit ist die Darstellung der gesundheitlichen Situation und des Versorgungsbedarfs von älteren türkischen Arbeitsmigranten.

Methode: Als Erhebungsmethode dienten qualitative Experteninterviews mit explorativem Charakter.

Ergebnisse: Ältere türkische Arbeitsmigranten weisen zum Teil sowohl wegen ihres Migrationshintergrunds als auch aufgrund schlechter sozialer Bedingungen spezifische gesundheitliche Probleme auf. Als problematisch werden von den interviewten Experten vor allem schwere Arbeitsbedingungen sowie die unzureichende Integration der türkischen Gastarbeiter in die deutsche Gesellschaft angesehen. In diesen Punkten stimmen die Aussagen der Experten weitestgehend überein. Vor allem die familiären, aber auch kulturelle und religiöse Netzwerke, gelten laut den befragten Experten als wichtige Ressource zur Erreichbarkeit und Unterstützung der älteren türkischen Arbeitsmigranten. Die Ergebnisse der für diese Arbeit durchgeführten explorativen Untersuchung sind zwar nicht repräsentativ, können aber Tendenzen zur gesundheitlichen Situation und Bedarfslage älterer türkischer Menschen aufzeigen. Daraus lassen sich wichtige Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen für weiterführende Maßnahmen ableiten. Es ist auf jeden Fall zu empfehlen, dass die Ergebnisse der Experteninterviews durch umfangreichere, auch statistische, Untersuchungen verifiziert werden.

Inhalts- und Abbildungsverzeichnis

Danksagung	2
Zusammenfassung	3
1 Einleitung	6
2 Migration: Begrifflichkeiten und Hintergrund	10
2.1 Demografische Entwicklung und Datenlage.....	10
2.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen der Migration.....	13
2.3 Migration und Gesundheit.....	15
2.3.1 Gesundheit und Krankheit im Kontext der Kultur	15
2.3.2 Risikofaktoren und Ressourcen der Migration	17
2.3.3 Der gesundheitliche Übergang	19
2.3.4 Forschungsstand.....	21
3 Ältere türkische Arbeitsmigranten – die Zielgruppe	25
3.1 Rückblick auf die Arbeitsmigration aus der Türkei.....	25
3.2 Versorgung älterer türkischer Arbeitsmigranten	26
3.3 Datenerhebung bei der Zielgruppe im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung ...	27
4 Methodenbeschreibung	29
4.1 Explorative Experteninterviews	29
4.1.1 Der Interviewleitfaden.....	30
4.1.2 Auswahl der Experten und Durchführung der Interviews	31
4.2 Auswertung der Interviews.....	34

5	Ergebnisse der Experteninterviews	36
5.1	Gesundheitliche Situation von älteren türkischen Arbeitsmigranten	36
5.2	Migrationsverlauf und Integration	39
5.3	Soziale Situation, Arbeitsbiografie und Rente	41
5.4	Ältere türkische Frauen.....	44
5.5	Soziale Netzwerke als gesundheitsfördernde Ressource.....	45
5.6	Versorgungsbedarf im Alter	47
5.7	Fazit.....	51
6	Diskussion	53
6.1	Methodendiskussion	53
6.2	Ergebnisdiskussion.....	54
7	Handlungsempfehlungen	58
8	Ausblick	63
9	Literaturverzeichnis	66
10	Eidesstattliche Erklärung	72

Abbildung

ABBILDUNG 1: ALTERSPYRAMIDE	11
--	-----------

1 Einleitung

„gekommen und geblieben“

...lautet der Titel eines Buches, welches deutsch-türkische Lebensgeschichten beschreibt und von türkischen Menschen handelt, die als Gastarbeiter der ersten Generation aus der Türkei in die Bundesrepublik kamen (Richter; 2004). Wie der Begriff „Gastarbeiter“ aussagt, kamen diese Menschen um als „Gäste“ für eine begrenzte Zeit in Deutschland zu arbeiten. Die Gastarbeiter aus der Türkei wollten einige Zeit möglichst viel Geld in der Bundesrepublik verdienen, um sich damit eine sichere Existenz in ihrer Heimat aufzubauen. Vorwiegend übten sie Tätigkeiten aus, welche deutsche Arbeiter nicht verrichten wollten. Dabei handelte es sich oftmals um schwere körperliche Arbeit, Arbeit im Schichtdienst oder im Akkord. Mehr als vierzig Jahre nach Ankunft des ersten legal angeworbenen Arbeiters aus der Türkei wird deutlich: die Gastarbeiter der ersten Generation sind keine Gäste mehr, sie sind in der Bundesrepublik alt geworden (Richter; 2004). Sie erreichen inzwischen zunehmend das Rentenalter und stellen an die Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Altenhilfe als „neue“ Zielgruppe neue Herausforderungen. Die speziellen Bedürfnisse der Zielgruppe ältere türkische Arbeitsmigranten¹ bezüglich ihrer zukünftigen Versorgung im Alter sowie ihre gesundheitlichen Situation und Risiken beziehungsweise Ressourcen werden im Rahmen dieser Arbeit dargestellt.

Ziel der Arbeit

Ziel dieser Arbeit sind die Darstellung der gesundheitlichen Lage sowie der Bedürfnisse bezüglich der Versorgung im Alter von türkischen Arbeitsmigranten. Untersuchungsgegenstand ist die Frage, ob für die Zielgruppe ältere türkische Migranten im Alter besondere Gesundheitsrisiken aufgrund ihres Migrationshintergrundes bestehen, aber auch welche Ressourcen für diese Zielgruppe vorhanden sind. Anhand der Ergebnisse aus den für diese Arbeit durchgeführten Experteninterviews werden Handlungsempfehlungen für weiterführende Untersuchungen sowie für die zukünftige Versorgung älterer türkischer Migranten für den Öffentlichen Gesundheitsdienst und Einrichtungen der Altenhilfe entwickelt.

¹ In dieser Arbeit beschränkt sich die Verfasserin auf die männliche Form des Begriffs „Migrant“; gemeint sind sowohl Migrantinnen als auch Migranten

Hintergrund

Seit dem Ende des zweiten Weltkriegs kam es zu mehreren großen Einwanderungswellen nach Deutschland. Zu den personenmäßig Größten zählen die Arbeitsmigrationen aus den Anwerbestaaten, mit denen die Bundesrepublik zur Zeit des Wirtschaftsaufschwungs in den 50er und 60er Jahren des 20. Jahrhunderts Verträge über die Anwerbung von Arbeitskräften abschloss. Zu diesen Anwerbestaaten gehörte, neben Italien, Spanien, Griechenland und dem ehemaligen Jugoslawien, vor allem die Türkei. Die Arbeitsmigranten, welche heute, zu Beginn des 21. Jahrhunderts, zum Teil in der dritten Generation in Deutschland leben, prägen das Gesellschaftsbild in der Bundesrepublik seit mehr als vierzig Jahren maßgeblich. Daher ist die Beschäftigung mit Migranten sowohl aus gesundheitsspezifischer, sozialer und medizinischer, als auch aus kultureller und ethnomedizinischer² Sicht erforderlich. Dies gilt unter anderem für die in Deutschland älter werdenden türkischen Arbeitsmigranten der ersten Gastarbeitergeneration. Entgegen der ursprünglichen Planung seitens der Bundesrepublik und der Türkei bezüglich der Rückführung³ türkischer Arbeitsmigranten in ihre Heimat entschied sich die Mehrheit der in Deutschland lebenden türkischen Menschen gegen eine Rückkehr in die Türkei. Im Rahmen des Familiennachzugs kamen, im Gegensatz, auch deren Angehörige in die Bundesrepublik.

Heute steht das Sozial- und Gesundheitssystem Deutschlands vor der Tatsache, dass viele türkische Arbeitsmigranten das Rentenalter erreichen oder bald erreichen werden. Sie werden in Zukunft vermehrt auf Hilfe durch die Gesundheits- und Altenpflegesysteme angewiesen sein. Diese Menschen unterscheiden sich auf Grund kultureller und ethnischer sowie religiöser Hintergründe in ihren Lebensgewohnheiten und Bedürfnissen aber zum Teil erheblich von älteren Deutschen. Einrichtungen im Bereich der Altenhilfe müssen sich daher auf einen neuen Kundenkreis einstellen. Sorgfältig geplante und durchgeführte Untersuchungen können dabei Informationen über die gesundheitliche Lage und die Bedürfnisse bezüglich der Versorgung älterer türkischer Arbeitsmigranten liefern.

² Die Ethnomedizin beschäftigt sich als Wissenschaft mit Krankheitsmodellen in anderen ethnischen Gruppen, was häufig auch andere Sprachen und ein anderes kulturelles Verständnis von Krankheit und Gesundheit beinhaltet.

³ Die Rückführung der Arbeitsmigranten sollte mit dem Anwerbestopp Anfang der 1970er Jahre einhergehen. Dieser wurde erlassen, da sich mit der Ölkrise Anfang der 70er Jahre auch die deutsche Arbeitsmarktsituation verschärfte und vermehrt deutsche Arbeitskräfte arbeitslos wurden.

Public Health Relevanz

Nur auf der Grundlage einer umfassenden Gesundheitsberichterstattung kann eine sinnvolle bedarfsgerechte Gesundheitspolitik, welche auch spezielle Problemgruppen erreicht, definiert und umgesetzt werden (Rosenbrock et al.; 2004). Die Gesundheitsberichterstattung spielt daher, als wichtige Einheit von Public Health, eine entscheidende Rolle bei der Konzipierung gesundheitspolitischer Ziele und Maßnahmen in Ländern, Kommunen und Städten. Gesundheitspolitische Maßnahmen sollten darauf abzielen, allen Menschen einen bestmöglichen Gesundheitszustand zu ermöglichen. Relevant ist dabei vor allem die Gewährleistung eines gerechten Zugangs zu Leistungen des Gesundheitssystems. Dies gilt sowohl für die Bevölkerung im allgemeinen, als auch für spezielle, besonders gefährdete, Zielgruppen, beispielsweise Migranten oder ältere Menschen. Migranten stellen in diesem Zusammenhang an die Gesundheitswissenschaften besondere Herausforderungen. Sie sind als Zielgruppe weder leicht zu definieren, noch leicht zu erreichen. Es ist nicht ausreichend, für Migranten allgemeine gesundheitsbezogene Daten zu erheben. Die einzelnen Migrationstypen Asylanten, Flüchtlinge, Aussiedler oder Gastarbeiter sind Gruppen, welche voneinander abweichende Gesundheitsrisiken, aber auch Ressourcen aufweisen.

Aufbau der Arbeit

Die Arbeit gliedert sich in zwei Abschnitte. Der erste Abschnitt (Kapitel 2 und 3) bietet einen allgemeinen Überblick über das Thema Migration und dessen gesundheitspolitische Relevanz. Dieser Teil der Arbeit beruht in erster Linie auf Literaturrecherche.

Im zweiten Abschnitt (Kapitel 4 – 7) werden die durchgeführte Untersuchung sowie deren Ergebnisse mit abschließender Diskussion und Handlungsempfehlungen dargestellt.

Im folgenden werden die einzelnen Kapitel dieser Arbeit kurz vorgestellt:

Kapitel 2 erläutert grundlegende Begriffe sowie die gesundheitspolitische Relevanz einer effizienten Einwanderungspolitik. Ferner wird in diesem Kapitel das Verständnis von Gesundheit und Krankheit vor dem kulturellen Hintergrund erörtert. Menschen weisen aufgrund ihrer verschiedenen soziokulturellen Biografien sehr voneinander differierende Vorstellungen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit auf. Im letzten Abschnitt des zweiten Kapitels erfolgt ein Überblick über den Forschungsstand zur Thematik.

Kapitel 3 dient der Beschreibung der in dieser Arbeit dargestellten Zielgruppe ältere türkische Migranten.

In Kapitel 4 wird die Untersuchungsmethode der qualitativen Experteninterviews dargestellt, sowie der Aufbau des Leitfadens und die Auswertungsmethode beschrieben.

Die Darstellung der Untersuchungsergebnisse erfolgt in Kapitel 5.

Das methodische Vorgehen und die Ergebnisse der Untersuchung werden in Kapitel 6 diskutiert.

Kapitel 7 richtet sich mit Handlungsempfehlungen, welche anhand der Untersuchungsergebnisse abgeleitet wurden, an die Einrichtungen des Gesundheits- und Altenhilfesystems.

In Kapitel 8 erfolgt ein Ausblick.

2 Migration: Begrifflichkeiten und Hintergrund

Unter dem Begriff Migration wird ein dauerhafter Wechsel des Wohnortes verstanden. Unterschieden wird zwischen der Binnenmigration innerhalb desselben Landes und der Außenmigration, das heißt der Verlagerung des Lebensmittelpunktes ins Ausland⁴ (Bundesinstitut für Bevölkerungsfragen⁵; 2004). Der Begriff „Migrant“ dient im Allgemeinen als Bezeichnung für Einwohner ausländischer Herkunft. Dabei ist aber zwischen zum Teil sehr voneinander differierenden Migrantengruppen zu unterscheiden, beispielsweise Arbeitsmigranten, Spätaussiedlern, Asylsuchenden und Kriegsflüchtlingen. Alle diese Gruppen weisen unterschiedliche Migrationsbiografien auf. Die Migration kann aus verschiedenen Gründen erfolgen. In den 50er bis 70er Jahren des 20. Jahrhunderts waren es vor allem die Gastarbeiter, welche für einen begrenzten Zeitraum aus den Anwerbeländern in die Bundesrepublik kamen, um hier zu arbeiten. Unabhängig vom Typ prägt die Migration die Aufnahmegesellschaft, in diesem Fall die Bundesrepublik Deutschland, vor allem in demografischer Hinsicht und hat entscheidende Auswirkungen auf die zukünftige Entwicklung der Gesundheits- und Sozialsysteme. In diesem Kapitel soll besonders die Relevanz einer effektiven Einwanderungspolitik erläutert werden. Ferner wird im zweiten Abschnitt dieses Kapitels der Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit einleitend dargestellt.

2.1 Demografische Entwicklung und Datenlage

Neben der Mortalität und der Fertilität gilt die Migration als dritte wichtige Komponente der Demografie. Der demografische Wandel beschreibt die Veränderungen in einigen grundlegenden Verhaltensmustern der Bevölkerung⁶. Dabei handelt es sich um einen langsam verlaufenden Prozess, welcher in Europa bereits in der Mitte des 19. Jahrhunderts begann (BiB; 2004). Aus dem Zusammenspiel zwischen Geburten- und Sterbehäufigkeiten entstanden seit dieser Zeit zwei demografische Übergänge, in welchen die Geburtenraten zurückgingen und gleichzeitig die durchschnittliche Lebensdauer auf Grund verbesserter

⁴ Im folgenden bezeichnet der Begriff Migration in dieser Arbeit ausschließlich die Migration aus dem Ausland in die Bundesrepublik

⁵ Im folgenden BIB

⁶ Demografie beschreibt mit Zahlen und Kennziffern, wie beispielsweise dem Altersquotienten, wie sich die Bevölkerungszahl und ihre Strukturen (Alter, Geschlecht, Familienstand, Religion, Nationalität u.ä.) durch demografische Ereignisse (Kinderhaben, Heirat, Scheidung, Todesfälle) verändern

sozialer und medizinischer Bedingungen, anstieg. Inzwischen hat sich die Lebenserwartung in den Industrienationen derart erhöht, dass die Nachkriegsjahrgänge (nach dem 2. Weltkrieg 1945) in der Regel ein sehr hohes Alter erreichen. Gleichzeitig wurden aber, besonders in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts, in der deutschen Bevölkerung deutlich weniger Kinder geboren. Dies führt langfristig zu einer Umkehrung der Alterspyramide⁷. Bei rückläufigen Geburtenziffern und gleichzeitigem Anstieg der durchschnittlichen Lebensdauer der deutsch stämmigen Bevölkerung in der Bundesrepublik geht diese einschneidenden Veränderungen ihrer Altersstruktur entgegen. In dem Zusammenhang spricht man auch von der demografischen Alterung eines Landes. Trotz einer aufgrund dieser Entwicklung stetigen Abnahme der deutschen Bevölkerung, konnte dieses fehlende innere Wachstum in den vergangenen dreißig Jahren durch ein migrationsbedingtes Wachstum von außen überdeckt werden (BiB; 2004).

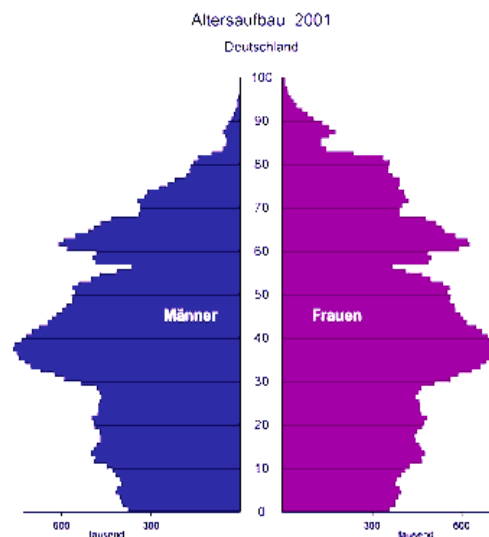


Abbildung 1: Alterspyramide (Statistisches Bundesamt Wiesbaden 2003)

Der demografische Wandel beeinflusst maßgeblich die Gesundheits- und Sozialsysteme. Die Finanzierung der Sozialversicherungen beruht auf dem Umlageverfahren und ist an den Arbeitslohn gekoppelt. Dies bedeutet, dass Arbeitnehmer und Arbeitgeber in Form der Lohnnebenkosten die Beiträge zu den Sozialversicherungen zahlen. Wenn mehr ältere, nicht mehr erwerbstätige, Menschen Leistungen aus den Sozialversicherungen, beispielsweise Renten- oder Pflegeversicherung, beziehen, und immer weniger junge Arbeitnehmer Beiträge einzahlen, ist die Finanzierung der Sozialversicherungen gefährdet.

⁷ Die Alterspyramide ist die grafische Darstellung der Alterstruktur der Bevölkerung; bis vor einigen Jahren hatte diese Grafik die Form einer Pyramide, d.h. die jüngeren Jahrgänge an der Basis überwogen; inzwischen verschiebt sich deren Anteil in die Mitte (siehe auch Abbildung I)

Für den Nutzen der Einwanderung, besonders für das Gesundheits- und Sozialsystem, ist daher die Integration der Migranten und von deren Nachkommen in die deutsche Gesellschaft entscheidend. Die Ressourcen der Migranten, beispielsweise deren höhere Neigung zur Familiengründung, können durch eine effektivere Familien- und Arbeitsplatzpolitik genutzt werden (Kaufmann; 1997).

Daten zur Bevölkerung in der Bundesrepublik

Zur Zeit hat Deutschland etwa 82,5 Mio. Einwohner. Ab dem Jahr 2013 wird diese Bevölkerungszahl zurückgehen und bis zum Jahr 2050 auf ca. 75 Millionen sinken. Gleichzeitig wird das niedrige Geburtenniveau dazu führen, dass die jüngeren Altersjahrgänge bis etwa zum 50. Lebensjahr schwächer besetzt sein werden. Die Gruppe der 60jährigen und Älteren wird mehr als doppelt so groß sein, nämlich ca. 28 Millionen, also 37% der Bevölkerung ausmachen. Älter als 80 Jahre werden im Jahr 2050 etwa 9,1 Millionen Menschen in Deutschland sein, also 12%. Besonders in der Altersgruppe der 20 bis 40jährigen wird es zu einem starken Rückgang kommen. Bis zum Jahr 2010 ist in dieser Altersgruppe ein Rückgang um etwa 5 Millionen Menschen zu erwarten, das heißt um 20%. Gleichzeitig wird es zu einer Zunahme in der Altersgruppe der 40 bis unter 60jährigen bis zum Jahr 2010 kommen, da bis dahin die geburtenstarken Jahrgänge noch nachrücken. Dies führt bis zirka 2030 zu einem Anstieg des Anteils der 60 bis unter 80jährigen Menschen. Die Altersgruppe der 60 bis 80jährigen Menschen wird bis zum Jahr 2050 den höchsten Anteil an der Bevölkerung ausmachen (Statistisches Bundesamt Wiesbaden, 2000). Die hochbetagte Bevölkerung (< als 80 Jahre) wird sich bis zum Jahr 2050 verdreifachen (Flöthmann et. al.; 2004).

Im Jahr 2002 betrug der Anteil der ausländischen Bevölkerung in der Bundesrepublik 7,34 Millionen Menschen. Dies entspricht von 1991 bis 2002 einem Bevölkerungswachstum von 20,9% (Flöthmann et. al.; 2004).

Die größte einzelne Nationalitätengruppe in Deutschland sind die etwa zwei Millionen türkischen Migranten mit einem Anteil von 26% der Menschen in Deutschland mit Migrationshintergrund (BiB; 2004). Von den aus der Türkei stammenden Erwachsenen leben mehr als die Hälfte bereits länger als 20 Jahre in Deutschland. Ungefähr 800.000 Menschen türkischer Herkunft in der Bundesrepublik sind jünger als 21 Jahre, etwa 445.000 sind zwischen 21 und 30 Jahre alt. Der Anteil der alten Menschen türkischer Herkunft (60 Jahre und älter) an der ausländischen Bevölkerung beträgt zur Zeit etwa 500.000, das

heißt 6,8% (BiB; 2004).

In Hamburg leben derzeit etwa 270.000 Menschen ausländischer Herkunft. Der Anteil türkisch stämmiger Menschen ist am höchsten mit etwa 62.000 Menschen (Stand: 31.12.2002). In Altona-Altstadt leben ca. 500 ausländische Männer, welche älter als 60 Jahre sind und ca. 490 ausländische Frauen, die 60 Jahre und älter sind. In Altona – Nord leben ca. 300 ausländische Männer und ca. 240 ausländische Frauen, die älter als 60 Jahre sind. Im gesamten Bezirk Altona leben etwa 1300 Menschen türkischer Herkunft, die älter als 60 Jahre sind (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig Holstein; 2004).

2.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen der Migration

Das deutsche Einbürgerungsgesetz beruhte seit Mitte des 19. Jahrhunderts auf dem Prinzip der Abstammung. 1991 wurde es geändert und somit die Einbürgerung ausländischer Mitbürgerinnen und Mitbürger erleichtert. In Ausnahmefällen wurde auch die doppelte Staatsbürgerschaft zugelassen. 1997 wurde dieses Vorgehen allerdings durch die deutsche Regierung wieder eingeschränkt. Am ersten Januar 2000 ersetzte das neue Staatsbürgerschaftsrecht das oben erwähnte Einbürgerungsgesetz von 1991. Nach dem neuen Gesetz tritt neben das Recht der Abstammung auch das Recht des Bodens, das heißt das Geburtsortprinzip. Somit hat jeder in Deutschland geborene Mensch, unabhängig von der Staatsangehörigkeit der Eltern, einen Anspruch auf die deutsche Staatsbürgerschaft, wenn ein Elternteil mindestens acht Jahre in Deutschland lebt. Das Gesetz trat am 20.06.2002 in Kraft.

Neben dem Staatsangehörigkeitsgesetz (STAG) beinhaltet das Ausländergesetz (AuslG), das Gesetz über die Einreise und den Aufenthalt von Ausländern im Bundesgebiet, verschiedene aufenthaltsrechtliche Bestimmungen für Migranten. Hier wird unterschieden zwischen der unbefristeten Aufenthaltserlaubnis, der unbefristeten Aufenthaltserlaubnis für Ehegatten und für minderjährige Kinder, sowie der Aufenthaltsberechtigung (AuslG; §§24, 25, 26, 27). Die unbefristete Aufenthaltserlaubnis erhält ein Ausländer in Deutschland, wenn er unter anderem die Aufenthaltserlaubnis seit mindestens fünf Jahren besitzt. Vor Ablauf der fünf Jahre, muss der Ausländer diese jährlich neu beantragen. Weitere Gesetze beinhalten aufenthalts- und arbeitsrechtliche Bestimmungen für Asylanten und Kriegsflüchtlinge.

Die Bundesrepublik wird seit etwa fünfzig Jahren durch eine hohe Anzahl von Zuzügen verschiedener Migrantengruppen geprägt. Im Jahr 2002 betrug der Anteil ausländischer Menschen in Deutschland 7,3 Millionen. Der prozentuale Anteil der Ausländer an der Gesamtbevölkerung betrug 8,9%. Im europäischen Vergleich ist dieser Wert recht hoch. Nur Österreich und Belgien haben mit 9% beziehungsweise 8% einen vergleichbaren und die Schweiz mit 19% einen höheren Anteil ausländischer Einwohner. Allerdings praktizieren andere europäische Länder wie beispielsweise Frankreich oder die Niederlande eine freizügigere Einbürgerungspraxis. Dies führt dazu, dass hier die Bürger ausländischer Herkunft nicht in den Ausländerstatistiken erfasst werden (BiB; 2002).

In der Bundesrepublik hat sich die Zusammensetzung der Migranten, von denen einige inzwischen die deutsche Staatsbürgerschaft erlangt haben, seit den 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts sehr verändert. In den 60er und Anfang der 70er Jahre des vorigen Jahrhunderts prägten überwiegend Arbeitsmigranten aus Ländern wie der Türkei oder Italien das Bild der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland. Heute handelt es sich bei Zuwanderern in erster Linie um Spätaussiedler, aber auch asylsuchende Menschen und Flüchtlinge aus Krisen-, beispielsweise Kriegsgebieten. Im Jahr 2002 waren etwa ein Viertel der Migranten in der Bundesrepublik Staatsangehörige anderer Staaten der Europäischen Union⁸. Mit der Osterweiterung der EU wird sich deren Anteil noch vergrößern. Die meisten Migranten, auch die türkischen, leben bereits seit vielen Jahren in der Bundesrepublik. Ihre Nachkommen gelten als die so genannte zweite und dritte Generation.

Die Einbürgerung von Menschen mit Migrationshintergrund gilt als maßgeblich entscheidend für eine erfolgreiche Integration. Mit dem Erhalt der deutschen Staatsbürgerschaft werden in der Regel auch die Rechte und Pflichten, etwa das Wahlrecht oder die Anerkennung gesellschaftlicher Normen und Werte, angenommen (Kaufmann; 1997). Dies bedeutet nicht auf die eigene Kultur oder Religion verzichten zu müssen. Im Gegenteil können sich auch Deutsche türkischer und anderer Herkunft auf die EU-Menschenrechtskonvention zum Schutz nationaler Minderheiten berufen. Das Rahmenübereinkommen zum Schutz nationaler Minderheiten vom 1. Februar 1995 (BGBl. 1997 II S. 1406) ist seit 1998 in Kraft. Dabei handelt es sich um das erste rechtsverbindliche multilaterale europäische Übereinkommen, welches dem Schutz von Angehörigen nationaler Minderheiten im allgemeinen gewidmet ist.

⁸ im folgenden EU

2.3 Migration und Gesundheit

Gesundheitliche Probleme von Migranten werden in der Literatur oft unter dem Aspekt eines Kulturkonfliktes sowie eines problembehafteten Übergangs in die Aufnahmegesellschaft diskutiert (Akgün; 2002). Untersuchungen zu diesem Thema beruhen auf der so genannten „Migrations-Stress-Hypothese“. Diese geht davon aus, dass es bei Migranten aufgrund des Verlustes des soziokulturellen Umfelds im Herkunftsland zu gesundheitlichen Problemen kommen kann. Dabei werden als pathogene⁹ Faktoren unter anderem Anpassungsprobleme, Klimawechsel, Ernährungsumstellung, Heimweh und soziale Entwurzelung genannt. Als wichtiger Einflussfaktor auf die Gesundheit von Migranten wird auch die ethnische Zugehörigkeit, welche die soziale Identität bestimmt, genannt (Keller; 2003).

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass mit der Migration tief greifende soziale Veränderungen einhergehen. Diese betreffen sowohl die Zuwanderer, als auch die Aufnahmegesellschaft (Verwey; 2003).

Zur Erläuterung soll an dieser Stelle kurz auf den Zusammenhang zwischen Gesundheit und kulturellem Hintergrund eingegangen werden.

2.3.1 Gesundheit und Krankheit im Kontext der Kultur

Im Zusammenhang von Gesundheit erfordert der Umgang mit Patienten/Menschen, die einen fremden ethnischen und kulturellen Hintergrund aufweisen, ein besonderes Maß an Sensibilität. Im Rahmen der Diskussion um eine interkulturelle Öffnung der Einrichtungen der Altenpflege wird beispielsweise häufig von kultursensibler Altenhilfe gesprochen.

Die Ethnologie beschäftigt sich als Wissenschaft am intensivsten mit der Kultur. Sie untersucht zum einen verschiedene Kulturen und vergleicht diese, zum anderen bildet die Kultur an sich einen methodischen Arbeitsbegriff der Ethnologie. Dabei wurden bereits mehrere Hundert Definitionen zu dem Begriff Kultur entworfen.

⁹ pathogene Faktoren: krankmachende Faktoren

Viele Begriffsdefinitionen basieren auf einer Erklärung, welche die Kultur als ein komplexes System versteht,

„...das Wissen, Glaubensvorstellungen, Künste, Moral, Recht und Sitten und alle anderen Fähigkeiten und Gewohnheiten umfasst, die der Mensch als Mitglied seiner Gesellschaft erwirbt.“ (Tylor, 1871/ Lenk-Neumann; S. 24).

Aus dieser Definition lässt sich herleiten, dass Kultur erlernt, nicht losgelöst von der Gesellschaft zu sehen und nicht gleichzusetzen ist mit menschlichem Verhalten. Kulturelle Muster werden von Individuen in der Interaktion mit ihrer Umwelt gelernt und sind einem immer währenden Wandel unterlegen. Unter den Mitgliedern einer Gesellschaft lassen sich ähnliche kulturelle (Verhaltens-)Muster feststellen. Hier muss zwischen Verallgemeinerungen und Stereotypen unterschieden werden. Bei vielen Menschen türkischer Herkunft lässt sich beispielsweise im Falle der Erkrankung eines Familienmitglieds, eine große Hilfsbereitschaft untereinander feststellen. Dennoch trifft dies nicht grundsätzlich auf alle türkischen Familien zu (Hörbst; 2002). Innerhalb der verschiedenen Kulturen haben die Begriffe Gesundheit und Krankheit zum Teil sehr unterschiedliche Bedeutungen. Im westlichen Medizinkonzept erfolgt in der Regel eher die Trennung des Menschen vom Körper, das heißt der Mensch wird als Maschine betrachtet. Dagegen werden in den asiatischen oder arabischen Kulturen Körper und Geist in einem engen Zusammenhang betrachtet. Das so genannte „Mittelmeer-, oder „Mamma-Mia-Syndrom“ beschreibt zum Beispiel Schmerzäußerungen von Patienten aus der Mittelmeerregion. Deren Schmerzäußerungen unterscheiden sich von den in der westlichen Medizin erwarteten durch eine höhere Intensität oder durch unzureichende Angaben zur Lokalität des Schmerzes (Hörbst; 2002). Es kann daher vorkommen, dass sich südländische Patienten beim Arzt eher diffus zu Bauchschmerzen mit den Worten „Mir brennt der Bauch...“ äußern (Experteninterview E16w). In der westlichen Medizin werden solche Krankheitsbeschreibungen als „kulturgebundene Syndrome“ bezeichnet (Hörbst; S. 45). Im Rahmen der Auseinandersetzung mit Menschen eines anderen kulturellen und ethnischen Hintergrunds ist es daher wichtig, Verständnis für deren unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit zu entwickeln (Hörbst; 2002). Das ist sowohl im Umgang mit ausländischen Patienten im Krankenhaus sowie mit älteren Migranten, welche auf die Hilfe des deutschen Alten- und Pflegesystems angewiesen sind, unerlässlich. Ältere türkische Migranten weisen sehr unterschiedliche Bedürfnisse und Vorstellungen im Alter und vom Altern auf. Zur interkulturellen Öffnung von Einrichtungen der Altenhilfe in der Bundesrepublik ist daher die Auseinandersetzung mit den kulturellen und ethnischen Vorstellungen der älteren türkischen Migranten von großer Bedeutung.

2.3.2 Risikofaktoren und Ressourcen der Migration

Wie bereits zu Beginn von Kapitel 2.4 erwähnt, gehen viele Untersuchungen zum Thema Migration und Gesundheit davon aus, dass sowohl die Migration an sich als sehr einschneidendes Lebensereignis, als auch der Verlust des gewohnten Umfelds im Heimatland ein Risiko für die Gesundheit darstellen können.

Anhand eines Gesundheitsmodells von Faltermaier (2001) werden die Einfluss- und Risikofaktoren auf die Gesundheit von Migranten verdeutlicht. In diesem Modell wird die ethnische Zugehörigkeit, welche die Basis für Deutungssysteme darstellt, als ein wichtiger Einflussfaktor beschrieben. Diese Deutungssysteme bestimmen den Umgang mit Konflikten und Krankheiten (vergleiche Abschnitt 2.4.1: kulturgebundene Syndrome) und können innerhalb verschiedener Kulturen, beispielsweise des Umgangs mit Genussmitteln oder Essgewohnheiten, sehr voneinander abweichen (Keller; BKK: Migration und Gesundheit; S. 49).

Neben den verhaltensbedingten Risikofaktoren, beeinflusst die Qualität der Gesundheitsversorgung im Aufnahmeland die Gesundheit von Migranten. Auch wenn diesbezüglich ein hoher Forschungsbedarf besteht, gilt die Versorgung von Migranten in den westlichen Gesundheitssystemen vor allem aufgrund von kulturellen und sprachlichen Barrieren eher als unzureichend (Keller; 2003).

Als weiterer Einflussfaktor auf die Gesundheit von Migranten wird in dem Modell von Faltermaier der Migrationsprozess beschrieben. Danach wird die Migration als einschneidendes, kritisches Lebensereignis verstanden, welches eine hohe psychische Belastbarkeit erfordert. Gesundheit bedeutet in diesem Fall auch, mit Stresssituationen adäquat umgehen zu können. Dabei kann die Migration als besonders stressreiche Erfahrung gewertet werden kann. Plötzliche Veränderungen der allgemeinen Lebenssituation bilden für viele Menschen den Kern stresserzeugender Lebensereignisse, zu welchen auch die Migration gezählt werden kann. Dabei ist der Einfluss bedeutender Lebensveränderungen auf die körperliche und seelische Gesundheit unbestritten. Der Migrationsprozess kann sowohl negativ als auch positiv verlaufen (Seeberger; 1998). Verläuft dieser Prozess erfolgreich, das heißt erfolgt eine befriedigende Anpassung an die neuen Lebensumstände mit der Integration der Werte und Normen der Aufnahmegesellschaft in das bestehende Wertesystem, so kann von einem intakten Copingsystem¹⁰ ausgegangen werden. Umgekehrt kann im negativen Sinne im Migrationsprozess zwar eine scheinbare Anpassung erfolgen, diese führt jedoch vermehrt zu kritischen Lebensereignissen als Folge von

¹⁰ Coping: Bewältigung; bezieht sich auf den Versuch, den Anforderungen unserer Umwelt so zu begegnen, dass negative Konsequenzen vermieden werden (Lazarus & Folkmann in: Zimbardo: Psychologie; 1995)

gesellschaftlicher Isolation. Meist erfolgt seitens der älteren türkischen Arbeitsmigranten der Rückzug in die familiäre und kulturelle Gemeinschaft (Keller; 2003).

Als dritter wichtiger Einflussfaktor auf die Gesundheit von Migranten wird deren soziale Lage, welche die Art der beruflichen Tätigkeit einschließt, genannt (Keller; 2003). Arbeitsmigranten verfügen im Vergleich zu deutschen Arbeitnehmern in der Regel über eine niedrigere berufliche Qualifikation. Vor allem die ehemaligen Gastarbeiter verrichteten zumeist schwere körperliche Arbeiten, was sich heute auf deren gesundheitliche Verfassung auswirkt. Rentenstatistiken zeigen einen relativ hohen Anteil türkischer Arbeitnehmer, welche die Möglichkeit der Frühverrentung in Anspruch nehmen. Allerdings besteht hier Forschungsbedarf, da auch die derzeitige Arbeitsmarktlage dafür verantwortlich gemacht werden kann.

Ebenfalls maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheit hat der Bildungsgrad. Dieser liegt bei Migranten, vor allem bei denen der ersten Gastarbeitergenerationen, oft unter dem der deutschen Bevölkerung. Durch die Anwerbung der Arbeitsmigranten in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts sollten in erster Linie Arbeitsplätze besetzt werden, welche kein hohes Maß an beruflicher Qualifikation erforderten. Viele Arbeitsmigranten hatten bereits in ihrer Kindheit im Herkunftsland schwere körperliche Tätigkeiten zu verrichten und nur eine geringe, meist auch keine, Schulbildung erfahren. Dies trifft vor allem auf die türkischen Arbeitsmigranten der ersten Gastarbeitergeneration zu, welche überwiegend aus den ländlichen Regionen der östlichen Türkei kamen (Brucks et al. 2003).

Die Migration birgt aber nicht nur Risiken, sondern auch Chancen und kann sich daher positiv auf den Gesundheitszustand von Migranten auswirken. In vielen Fällen bietet die Migration in ein anderes Land den Weg aus einer schwierigen Situation. Hierzu zählen beispielsweise wirtschaftliche oder politische Probleme im Herkunftsland wie Krieg oder Armut. Viele Migranten können mit dieser Stresssituation gut umgehen, zumal die Migration an sich meist freiwillig erfolgt und bereits ein hohes Maß an psychischer und physischer Stärke voraussetzt (Akgün; 2002).

2.3.3 Der gesundheitliche Übergang

Der gesundheitliche Übergang bedeutet, dass sich das Risiko von Migranten, beispielsweise an behandelbaren Infektionskrankheiten zu erkranken oder zu sterben, mit der Einwanderung in ein industrialisiertes Land relativ schnell dem der einheimischen Bevölkerung angleicht, das heißt sinkt. In erster Linie hängt dies mit einer besseren medizinischen Betreuung im Aufnahmeland sowie flächendeckender Prävention, zum Beispiel Impfung, zusammen. Dagegen wird sich die Sterblichkeitsrate von Migranten etwa bezüglich Herz-Kreislauf-Erkrankungen, welche die häufigste Todesursache in industrialisierten Ländern darstellen, länger auf dem niedrigen Niveau des Herkunftslandes halten. Daten zur Lebenserwartung von türkischen Menschen, beispielsweise im Vergleich zu älteren Deutschen, liegen derzeit nicht vor. Allerdings kann anhand einiger Untersuchungen angenommen werden, dass die Mortalitätsrate für bestimmte Erkrankungen bei türkischen Migranten, welche in industrialisierte Länder einwandern, unter der Sterblichkeitsrate der einheimischen Bevölkerung liegt (Razum et al.; 2004).

Mehrere Theorien versuchen die niedrigere Sterblichkeitsrate von Zuwanderern zu erklären. So spricht man, besonders im Zusammenhang mit den ehemaligen Gastarbeitern, von einem „healthy migrant“-Effekt¹¹ (Razum et al.; 2004). Der sogenannte „healthy-migrant-effect“ betrifft vor allem die Arbeitsmigranten, welche im Rahmen der Anwerbeverfahren für ausländische Arbeitskräfte medizinisch sorgfältig untersucht wurden. Auf diese Weise sollte seitens der Anwerbeländer sicher gestellt werden, dass nur arbeitsfähige und gesunde Menschen ausgesucht wurden.

Ferner gehen Public Health Wissenschaftler, die sich mit der Theorie des gesundheitlichen Übergangs von Migranten befassen, davon aus, dass vor allem ältere Migranten, welche an Krankheiten leiden, beziehungsweise sich nicht integrieren konnten, in ihre Herkunftsländer zurückkehren. Es kann daher bei der Auswahl von Untersuchungspopulationen zu dem Thema Migration und Gesundheit zu einem Selektionsbias kommen. Andere Untersuchungen zu dem Thema weisen darauf hin, dass nicht alleine Auswahleffekte, Rückmigration oder ähnliches für die niedrigere Sterblichkeitsrate von Migranten verantwortlich sind. Vielmehr kann davon ausgegangen werden, dass auch eine Verbesserung der medizinischen Versorgung und Vorsorge, welche mit der Zuwanderung in ein industrialisiertes Land einhergehen sowie das relativ geringe Risiko an einer

¹¹ Der healthy-migrant-Effekt beruht auf der Selektion besonders leistungsfähiger, gesunder und junger Gastarbeiter, die im Rahmen der Anwerbeverfahren im Herkunftsland, z.B. der Türkei, vor der Anwerbung von deutschen Medizinern untersucht wurden

Zivilisationskrankheit zu sterben für eine niedrigere Mortalitätsrate unter Migranten verantwortlich gemacht werden können (Razum et.al.; 1998).

Anhand einer Untersuchung zur Sterblichkeit bei Herzerkrankungen unter türkischen Zuwanderern in Deutschland zeigt sich, dass unter diesen die Mortalitätsrate bislang relativ gering anstieg. Eine Erklärung für dieses Ergebnis wird unter anderem in den unterschiedlichen Rauchgewohnheiten im Herkunftsland sowie dem Zielland gesehen. Obwohl in den Herkunftsländern, beispielsweise in der Türkei, zur Zeit der Anwerbeverfahren in den 1960er und 70er Jahren der Anteil der Raucher höher lag als in den Anwerbländern, lag die konsumierte Tabakmenge unter derjenigen in den Industrienationen. Das Risiko, etwa an Herz-Kreislauf-erkrankungen oder Lungenkrebs zu sterben beziehungsweise zu erkranken, liegt dementsprechend niedriger, bis sich die Rauchgewohnheiten dem der einheimischen Bevölkerung angepasst haben (Razum, Zeeb; 2000).

Obwohl viele Arbeitsmigranten in den reicheren Industrienationen eher sozial benachteiligte berufliche Positionen einnehmen, kann dies zu Beginn der Migration nicht zwangsläufig als Risikofaktor für eine schlechtere Gesundheit gelten. Zumindest mit der Arbeitsmigration kann sich im Vergleich zur wirtschaftlichen und sozialen Lage im Herkunftsland in der Regel eine Verbesserung des Lebensstandards und somit auch der Lebensqualität einstellen. Da aber inzwischen ein Großteil der ehemaligen Gastarbeiter aus den Anwerbestaaten das Rentenalter erreicht, das heißt bereits seit 30 bis 40 Jahren in der Bundesrepublik lebt und gearbeitet hat, ist davon auszugehen, dass auch das Risiko eines schlechteren Gesundheitszustands aufgrund benachteiligter sozialer Lage und Arbeitssituation im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung ansteigt.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Komplexität des Themas Migration und die Heterogenität der verschiedenen Migrationsgruppen eine zielgerichtete Gesundheitspolitik erfordert. Dabei sind neben den allgemein anerkannten Faktoren, welche die Gesundheit positiv oder negativ beeinflussen, auch migrationsspezifische Faktoren zu berücksichtigen.

2.3.4 Forschungsstand

Um verlässliche gesundheitsbezogene Daten von Migranten zu erhalten, ist die sorgfältige Planung und Durchführung epidemiologischer Untersuchungen erforderlich. Vereinzelt liegen Studien zu dem Thema vor. Im folgenden Abschnitt werden einschlägige Untersuchungen zum Thema Gesundheit und Migration kurz vorgestellt und diese in Kapitel 6.2 den Ergebnissen der Experteninterviews gegenübergestellt.

Eine Studie von Razum et al. vergleicht altersspezifische Mortalitätsraten bei Koronarer Herzerkrankung von türkischen und deutschen Männern. Diese Untersuchung zeigt, dass unter den türkischen Männern die Mortalitätsrate bislang unter derjenigen der deutschen Männer lag und bislang relativ gering anstieg. Eine Erklärung für dieses Ergebnis wird unter anderem in den unterschiedlichen Rauchgewohnheiten im Herkunftsland sowie dem Zielland gesehen. Obwohl in den Herkunftsländern, beispielsweise in der Türkei, zur Zeit der Anwerbeverfahren in den 60er und 70er Jahren des 20. Jahrhunderts der Anteil der Raucher höher lag als in den Anwerbländern, lag die konsumierte Tabakmenge unter derjenigen in den Industrienationen. Das Risiko, etwa an Herz-Kreislaufkrankungen oder Lungenkrebs zu sterben beziehungsweise zu erkranken, liegt dementsprechend niedriger, bis sich die Rauchgewohnheiten dem der einheimischen Bevölkerung angepasst haben (Razum, Zeeb; 2000).

Eine weitere Studie stellt das Müttersterblichkeitsrisiko von türkischen im Vergleich zu deutschen Frauen dar. Laut dieser Untersuchung hatten ausländische Frauen zwischen 1980 und 1996 ein 1,7 Mal höheres Müttersterblichkeitsrisiko als deutsche Frauen (Razum et al.; 1999).

Matthias David, Theda Borde und andere untersuchten die Inanspruchnahme von Notfallambulanz durch Migranten im Vergleich zu deutschen Patienten an drei Berliner Kliniken (2002). Diese Studie kam vor allem zu dem Ergebnis, dass die allgemeine Gegenüberstellung von „deutschen“ und „nicht-deutschen“ Menschen nicht ausreicht, um spezielle Nutzungsgewohnheiten und Bedürfnisse bezüglich der Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten durch Migranten zu analysieren. Vielmehr müssen die verschiedenen Bevölkerungsgruppen unter dem Aspekt unterschiedlicher Einflussfaktoren auf die Gesundheit, beispielsweise sozialer Status, Bildungsstand und andere, betrachtet werden. Eine solche ganzheitliche Sicht auf die Lebensläufe und -lagen der Migranten liegt bis heute kaum vor, so dass nach wie vor ein eher stereotypes Bild von Migranten als Nutzer

von Gesundheitsdienstleistungen vorliegt.

Ebenfalls allgemein vergleichenden Charakter hat eine Untersuchung im Rahmen einer Bielefelder Studie (2002). Die Universität und das Gesundheitsamt Bielefeld führten zusammen eine Querschnittsuntersuchung unter Begleitpersonen (Migranten und Deutsche) von Schulkindern zum Zeitpunkt der schulärztlichen Eingangsuntersuchung durch. Im Rahmen dieser Studie wurde unter anderem der Frage nachgegangen, ob ein Zusammenhang zwischen sozialen und/oder migrationsspezifischen Faktoren und dem Gesundheitszustand feststellbar ist. Bezüglich des Gesundheitszustands von Migranten wurde im Rahmen dieser Studie festgestellt, dass bei dieser Gruppe höhere Inzidenzen und Prävalenzen als bei deutschen Studienteilnehmern in Bezug auf bestimmte Krankheiten, vor allem Infektionskrankheiten, vorliegen. Allerdings wurden diese Unterschiede nur bezüglich einzelner Gesundheitsindikatoren festgestellt. Die migrationsspezifischen und sozialen Faktoren haben dagegen keinen signifikanten Einfluss auf den allgemeinen Gesundheitszustand (Baune, Keller; 2002).

Das Zentrum für Türkeistudien zeigt in einer Studie mit türkischen und italienischen Arbeitsmigranten (1992), dass insgesamt 46% der Befragten während ihres Aufenthalts in der Bundesrepublik mindestens einmal an einer schweren Krankheit litten. Dabei gab mehr als die Hälfte der Befragten akute körperliche Beschwerden an. Der Anteil der weiblichen Befragten lag in dieser Gruppe überdurchschnittlich hoch (Seeberger; 1998).

Arbeitsmigranten leisteten oft, vor allem zu Beginn ihres Aufenthaltes in der Bundesrepublik, schwere Arbeiten, meist unter extremen Belastungen, beispielsweise in Schichtdienst oder Akkord. Dies wirkte sich negativ auf den Gesundheitszustand aus. Die Gastarbeiter leiden bis in das jetzige Alter an den Folgen der belastenden Arbeitsbedingungen. Vor allem Erkrankungen des Bewegungsapparates, chronische Erkrankungen wie Magen-, Darmbeschwerden sowie Herz-, Kreislaufprobleme werden in diesem Zusammenhang häufig erwähnt (Seeberger; 1998). Viele Gastarbeiter scheiden aufgrund der oben aufgezeigten Beschwerden bereits im Alter zwischen 40 und 50 Jahren aus dem Erwerbsleben aus. Dies könnte den Anteil türkischer Rentner in der Rentenversicherung erklären, welche Erwerbsunfähigkeitsrente beziehen. Aktuelle Rentenstatistiken weisen allerdings keinen signifikant höheren Anteil von türkischen im Vergleich zu deutschen Rentnern auf, welche im Rahmen von Frühverrentung aus dem Berufsleben ausscheiden.

Im Jahr 2002 waren in der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) in Deutschland insgesamt etwa 58.000 türkische Rentner aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit gemeldet (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger; Würzburg; 2002). Angaben zu den Ursachen für die Frühverrentungen liegen nicht vor.

In der Literatur werden im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen bei Migranten die transkulturellen Aspekte der psychischen Gesundheit erwähnt (Baune; 2004). Die so genannte transkulturelle Epidemiologie untersucht die Veränderungen der psychischen Gesundheit im Laufe des Migrationsprozesses. Wesentliche Forschungsfragen zu diesem Thema beschäftigen sich beispielsweise mit Untersuchungen zu Häufigkeiten von psychischen Erkrankungen bei Migranten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung des Aufnahmelandes. Für Deutschland liegen hierzu aber nur in geringem Umfang epidemiologische Daten vor. In einer Studie zur psychiatrischen Morbidität in der Mannheimer Bevölkerung wurden deutlich niedrigere Prävalenzraten für alle Gruppen psychischer Erkrankungen unter Gastarbeitern verschiedener Nationalitäten festgestellt (Häfner et al.; 1977). Als Grund wurde das zu diesem Zeitpunkt noch junge Alter der Gastarbeiter genannt. Ferner wurde auch der bereits erwähnte „healthy migrant effect“ (vergleiche Kapitel 2.3.3) als Ursache für das Untersuchungsergebnis genannt (Baune; 2004). Andere Studien zur psychischen Gesundheit von Migranten weisen ähnliche Ergebnisse auf, nämlich niedrigere Prävalenzraten als in der deutschen Bevölkerung. Daher erscheint die Frage relevant, unter welchen Bedingungen Migranten einen besseren oder schlechteren Gesundheitszustand im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung des Aufnahmelandes aufweisen (Baune, 2004). Auch der Verlauf der Migration spielt bei der Entstehung von Krankheiten sowohl physischer als auch psychischer Art eine wesentliche Rolle. Die Inzidenz psychischer Erkrankungen bei Migranten steigt in Deutschland von 13% im ersten Jahr nach der Einwanderung auf 37% mehr als zehn Jahre nach Migration (Baune; 2004). In einer prospektiv-epidemiologischen Studie bei türkischen Gastarbeitern (1977) wurde die Reaktion auf die Migration und die Integration im Aufnahmeland bezüglich des Auftretens von psychischen Störungen hin untersucht. Sowohl drei als auch 18 Monate nach der Einwanderung wurde ein Teil der Untersuchten als psychisch krank registriert. Nach 18 Monaten herrschten dabei fast ausschließlich psychosomatische Beschwerden vor. Die Häufigkeit psychischer oder psychosomatischer Beschwerden bei älteren türkischen Migranten wird auch von den befragten Experten als relativ hoch eingeschätzt (Häfner et al.; 1977).

Über die gesundheitliche Situation älterer türkischer Menschen nach Geschlechtern getrennt liegen bislang ebenfalls kaum Daten in Deutschland vor. Zwar werden gerade in der jüngsten Zeit vermehrt biografische Einzelschicksale von türkischen Frauen veröffentlicht, diese lassen aber keine repräsentativen Rückschlüsse auf die gesundheitliche Situation älterer Türkinnen in Deutschland zu. Laut einer qualitativen Studie zum Thema „Altern in der Migration“ von Seeberger (1998) sahen vor allem die türkischen Frauen der ersten Generation ihre Aufgabe in der Versorgung der Familie. Gemäß dem Rollenverständnis der türkischen Kultur, durften viele türkische Frauen das Haus nur in Begleitung ihres Ehemannes oder anderer männlicher Verwandter verlassen. Musste die türkische Frau aus wirtschaftlichen Gründen Geld verdienen, bedeutete dies für sie eine gesellschaftliche Aufwertung gegenüber dem Ehepartner, was nicht selten zu Konflikten führte (Seeberger; 1998). Besonders im Alter ziehen sich die türkischen Frauen in ihre Familien zurück, was das Risiko der Isolation erhöht (Hinz; 2003). Im Rahmen einer Untersuchung zur Lebens- und Bedarfslage älterer Migranten in Nordrhein-Westfalen (Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V.; Dortmund; 2001) wird den Probanden unter anderem die Frage gestellt, ob sie regelmäßig Veranstaltungen oder Vereine besuchen. Hier geben diejenigen türkischen Frauen an, welche die oben angegebene Frage bejahen, dass für sie die Veranstaltungen in der Moschee am wichtigsten sind, um dort Freunde und Bekannte zu treffen, welche den gleichen kulturellen und religiösen Hintergrund aufweisen.

Inwieweit die Familienstrukturen beziehungsweise kulturelle und religiöse Einrichtungen den älteren türkischen Arbeitsmigranten als Netzwerk dienen, ist bisher ebenfalls kaum erforscht. Hinweise auf die Bedeutung solcher Netzwerke ergeben sich aus einer Befragung älterer türkischer Migranten zu deren Lebens- und Bedarfslagen (2001). Hier gaben die meisten Befragten die Kinder und (Ehe-)partner als wichtigste Kontaktpersonen an. Ebenfalls gaben zirka zwei Drittel der Befragten in dieser Studie an, dass sie regelmäßig religiöse Einrichtungen oder Veranstaltungen besuchen, welche in Moscheen stattfinden (Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V.; Dortmund; 2001).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass zwar Daten zum Gesundheitszustand von Migranten vorliegen, diese aber vorwiegend einen allgemeinen Charakter aufweisen und der Heterogenität der verschiedenen Migrationstypen nur wenig gerecht werden.

3 Ältere türkische Arbeitsmigranten – die Zielgruppe

Um die Relevanz der Auseinandersetzung mit den einzelnen Migrationsgruppen aus gesundheitspolitischer Sicht zu verdeutlichen, erfolgt in diesem Kapitel zunächst eine kurze Beschreibung der Zielgruppe ältere türkische Arbeitsmigranten.

3.1 *Rückblick auf die Arbeitsmigration aus der Türkei*

Das „*Abkommen zur Anwerbung türkischer Arbeitskräfte für den deutschen Arbeitsmarkt*“ wurde am 31. Oktober 1961 zwischen der Türkei und Deutschland vereinbart. In diesem Jahr lag die Zahl der gemeldeten offenen Arbeitsstellen bei etwa 500.000. Dem standen nur etwa 180.000 als arbeitslos gemeldete Deutsche gegenüber (Faruk; 2002), das heißt deutsche Unternehmen brauchten Arbeitskräfte und „importierten“ unter anderem türkische Menschen (Seeberger; S. 21).

Die Anwerbeverträge boten einen allgemeinen Rahmen zur Anwerbung von Arbeitskräften. Zu diesem Zweck wurden in den Anwerbeländern Vermittlungsbüros eingerichtet. Bei diesen konnten die deutschen Unternehmen ihren Arbeitskräftebedarf anmelden, woraufhin geeignete Bewerberinnen und Bewerber ausgewählt und an deutsche Betriebe vermittelt wurden. Auf deutscher Seite ging man davon aus, dass die angeworbenen Arbeitnehmer nach einiger Zeit in ihre Heimat zurückkehren würden.

Die Arbeitsmigration aus der Türkei erfolgte für viele Arbeitsmigranten in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts vor allem aus wirtschaftlichen Gründen und war ursprünglich nur für einen begrenzten Zeitraum festgelegt. Im Jahr 1973, als die Bundesrepublik aufgrund wirtschaftlicher Rezession die Anwerbung ausländischer Arbeitnehmer einstellte, lebten etwa 910.000 Menschen türkischer Herkunft in Deutschland. Das Ziel, mit den Anwerbstopps die Zahl der ausländischen Arbeitskräfte zu verringern wurde nicht erreicht. In den Jahren zuvor hatten die türkischen Arbeitnehmer die Möglichkeit auch nach einer Rückkehr in die Türkei im Rahmen der Anwerbeverfahren wieder in die Bundesrepublik zu kommen. Mit den Anwerbstopps war den türkischen Arbeitern diese Möglichkeit nicht mehr gegeben. Der deutsche Bundestag verabschiedete daher am 28. November 1983 das „*Gesetz zur Förderung der Rückkehrbereitschaft von Ausländern*“¹², welches etwa 250.000 ausländische,

¹² Im Rahmen dieses Gesetzes wurden finanzielle Anreize zur Rückkehr in die Heimatländer geboten, z.B. Hilfe zur Existenzgründung oder steuerliche Erleichterungen für die Rückkehrer; ferner wurden Beratungsstellen in der Bundesrepublik eingerichtet, an die sich Interessierte wenden konnten

überwiegend türkischstämmige, Menschen in den Jahren 1983 und 1984 veranlasste in ihre Heimat zurückzukehren (Faruk, 2002).

Die Vorstellung vieler türkischer Arbeiter mit dem verdienten Geld eine Existenz in der Türkei zu gründen erwies sich dabei als schwieriger durchführbar als vermutet, da die erwirtschafteten Mittel meist nicht dafür ausreichten. Daher entschied sich die Mehrzahl der in Deutschland lebenden türkischen Arbeitsmigranten zum dauerhaften Aufenthalt in der Bundesrepublik. Dieser längere Aufenthalt in Deutschland veranlasste viele türkische Migranten auch, ihre Familien aus der Türkei nachziehen zu lassen. Sie konnten sich dabei auf internationale Abkommen¹³ stützen, die das Recht von Wanderarbeitern auf das Zusammensein mit ihren Familien festschreiben (Faruk; 2002). Mittlerweile erreicht die erste Generation der türkischen Arbeitsmigranten das Rentenalter in Deutschland.

Aufgrund oft schwerer körperlicher Arbeit während der Erwerbstätigkeit in der Bundesrepublik ist bei dieser Gruppe das Risiko an alterstypischen Erkrankungen bzw. Pflegebedürftigkeit zu leiden besonders hoch (Bilgin; 1999).

3.2 Versorgung älterer türkischer Arbeitsmigranten

Die Heterogenität der unterschiedlichen Migrationstypen erfordert sowohl eine exakte Zielgruppenbeschreibung, als auch zielgerichtete Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Versorgung der Angehörigen der jeweiligen Zielgruppe. Hier zeigt sich bereits die Problematik einer mangelnden gesundheits- und bedarfsbezogenen Datenlage zur Zielgruppe ältere türkische Arbeitsmigranten.

Grundsätzlich lassen sich Zielgruppen nach verschiedenen Altersgruppen einteilen (Schwartz et.al.; 2003). Die Klassifizierung nach dem Alter eignet sich besonders im Rahmen von Primärpräventionsmaßnahmen¹⁴.

Zur Auswahl von Zielgruppen werden zwei wichtige Strategien unterschieden, die Bevölkerungsstrategie und die Risikogruppenstrategie. Die Bevölkerungsstrategie bezieht

¹³ Artikel 8, Europäische Menschenrechtskonvention; Artikel 9, Europäische Sozialcharta; diese Artikel regeln das Recht des Einzelnen auf Familie, d.h. auch die Zusammenführung von ausländischen Arbeitskräften und deren Familienangehörigen, wenn diese noch im Herkunftsland leben

¹⁴ Primärprävention unterscheidet sich von Sekundärprävention (Früherkennung von Krankheiten z.B. durch medizinische Vorsorgeuntersuchungen zur erfolgreichen Frühtherapie) und Tertiärprävention (wirksame Behandlung einer Erkrankung mit dem Ziel, eine Verschlimmerung zu vermeiden) dadurch, dass hier alle Aktivitäten gemeint sind, welche das Auftreten von Neuerkrankungen vermeiden sollen (z.B. Impfung, Sport, gesunde Ernährung u.a.) (Schwartz et.al.; 2003)

die gesamte Bevölkerung ein. Bei der Risikogruppenstrategie erfolgt eine Auswahl von Personengruppen mit unterschiedlich hohem Krankheitsrisiko.

Bei der Zielgruppe ältere türkische Arbeitsmigranten kommen zwei Faktoren zusammen, die für eine Risikogruppenstrategie sprechen. Zum einen liegt bei älteren Menschen grundsätzlich ein erhöhtes Krankheitsrisiko vor. Zum anderen sind Arbeitsmigranten aufgrund ihrer meist schlechten sozialen Lage und schwerer körperlicher Arbeit während ihrer Berufstätigkeit physisch und psychisch gesundheitlich gefährdet.

Eine weitere Problematik bezüglich der Versorgung älterer türkischer Arbeitsmigranten durch gesundheitsförderliche Angebote beziehungsweise altersspezifische Versorgungsmaßnahmen liegt in der schwierigen Erreichbarkeit dieser Zielgruppe. Hier spielen vor allem sprachliche Barrieren eine wesentliche Rolle. Ferner leben gerade die älteren türkischen Arbeitsmigranten meist unter sich beziehungsweise in ihren Familien und werden kaum von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung erreicht.

3.3 Datenerhebung bei der Zielgruppe im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung

Bis dato vorliegende Untersuchungen zu dem Thema Gesundheit und Bedarfe älterer türkischer Arbeitsmigranten bieten nur einen begrenzten Überblick über die tatsächliche Situation dieser Menschen im Alter. Dies liegt vor allem daran, dass die erste Generation der türkischen Gastarbeiter die Angebote der Altenhilfe bisher wenig nutzte, weil sie das entsprechende Alter noch nicht erreicht haben. Die Nachfrage nach Angeboten von Einrichtungen der Altenhilfe seitens der Zielgruppe werden in den kommenden Jahren aber zunehmen. Daher sollten Bedarfsanalysen und Befragungen zu der Thematik die älteren türkischen Menschen konkret einbeziehen. Die Gesundheitsberichterstattung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst¹⁵ spielt bei der Darstellung der gesundheitlichen Situation sowie des Versorgungsbedarfs älterer türkischer Arbeitsmigranten eine wichtige Rolle. Grundlage für die Arbeit des ÖGD in Hamburg ist das Hamburgische Gesetz- und Verordnungsblatt, welches auch den Öffentlichen Gesundheitsdienst regelt (**Hamburgisches Gesundheitsdienstgesetz – HmbGDG; 18. Juli 2001**). In dieser Verordnung ist die Gesundheitsberichterstattung unter §§4; 5 geregelt, sowie die Gesundheitsförderung unter §6. Migranten sind nicht explizit erwähnt. §2 Abs. (2) des HmbGDG regelt die Versorgung sozial benachteiligter und besonders belasteter Bürgerinnen und Bürger. §9 des HmbGDG regelt die Versorgung älterer Menschen.

¹⁵ im Folgenden ÖGD

Als Werkzeug für eine effektive Gesundheitsberichterstattung dient der Public Health Action Cycle. Dieser bezeichnet den Umgang mit Gesundheit und Krankheit auf abstrakter Ebene (Rosenbrock/Gerlinger 2004). Der Nutzen dieser Lernspirale liegt darin, sie als Modell zu verwenden, mit welchem die Realität verglichen werden kann. Die Gesundheitsberichterstattung findet sich im Public Health Action Cycle vor allem auf den Stufen der Problemdefinition und der Evaluation wieder. Dies bedeutet, dass sich auf diesen Ebenen auch der ÖGD bewegt, beziehungsweise zwischen diesen Ebenen und der Ebene der Zielformulierung als Handlungsempfehlungen an gesundheitspolitische Institutionen.

Wenige Studien konzentrieren sich bisher explizit auf die gesundheitliche Situation und die Bedürfnisse von älteren türkischen Arbeitsmigranten. Ein Beispiel ist die Untersuchung der Lebens- und Bedarfslagen älterer Menschen türkischer Herkunft im Kreis Unna / Nordrhein-Westfalen¹⁶, welche das Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund in Kooperation mit dem Multikulturellen Forum Lünen durchführte (Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V.; 2001). Zu diesem Zweck wurden ältere türkische Menschen im Kreis Unna, NRW, von geschulten Interviewern, welche alle die türkische Sprache beherrschen, mittels eines ins Türkische übersetzten Fragebogens interviewt. Am Beispiel der oben erwähnten Studie wird deutlich, dass die Befragung der Zielgruppe zum einen durch türkischsprachige Multiplikatoren erfolgen sollte und zum anderen das Erhebungsinstrument auch in türkischer Sprache verfasst werden sollte. Bei dem Versuch, dieses Erhebungsinstrument für exemplarische Interviews bei älteren Menschen türkischer Herkunft in Hamburg-Altona anzuwenden, musste die Verfasserin feststellen, dass es trotz Vorlage des türkischen Fragebogens erhebliche Probleme seitens der Interviewten gab, diesen korrekt auszufüllen. Da die Verfasserin kein türkisch spricht, war es ihr nicht möglich, Hilfestellung beim Ausfüllen des Fragebogens zu geben. Diese Erfahrung bestätigt die Feststellung, wonach eine Befragung der Zielgruppe durch türkisch sprechende Interviewer stattfinden sollte. Eine solche Untersuchung, beziehungsweise auch die Versorgung der Zielgruppe mit Informationen zum deutschen Gesundheits- und Altenpflegesystem, lässt sich am besten durch eine zentrale Einrichtung, beispielsweise die Gesundheitsämter, organisieren. Aufgrund der aufgetretenen Schwierigkeiten bei der Befragung älterer türkischer Menschen in Hamburg-Altona, welche sowohl in der Erreichbarkeit der Zielgruppe, als auch in sprachlichen Barrieren begründet waren, entschied sich die Verfasserin für Experteninterviews mit explorativem Charakter als Untersuchungsmethode. Die Wahl der Methode und der Experten und die Methode selber, sowie die erzielten Ergebnisse sollen in den folgenden Kapiteln dargestellt werden.

¹⁶ im Folgenden NRW

4 Methodenbeschreibung

Die Untersuchungsmethode, welche in dieser Arbeit angewandt wurde, weist einen explorativen Charakter auf. Explorative Studien werden in der Regel durchgeführt, wenn der soziale, beziehungsweise gesundheitswissenschaftliche, Bereich, welcher untersucht werden soll, als relativ unbekannt gilt. Meist handelt es sich bei solchen Untersuchungen um Vorstudien oder Pretests. Die explorative Phase dient der Gewinnung von Hypothesen, beziehungsweise der Theoriebildung welche in weiterführenden Studien genauer geprüft und gegebenenfalls bestätigt oder verworfen werden (Diekmann, 2004). Da in der Literatur bisher nur vereinzelte Informationen zur gesundheitlichen Situation und zu den Bedürfnissen älterer türkischer Arbeitsmigranten zu finden sind, hielt die Verfasserin es für angebracht als Untersuchungsmethode leitfadengestützte Experteninterviews mit explorativem Charakter zu wählen.

Ziel der Untersuchung

Wie in den ersten Kapiteln der Arbeit bereits dargestellt wurde, ist davon auszugehen, dass die Gesundheit von Migranten von mehreren Faktoren beeinflusst werden kann. Zum einen spielen der Migrationshintergrund und die ethnische Zugehörigkeit, zum anderen die Integration in die Aufnahmegesellschaft eine wichtige Rolle. Als besondere Risikofaktoren von älteren türkischen Arbeitsmigranten gelten sprachliche Barrieren, welche den Zugang der Zielgruppe zu Leistungen des Gesundheitswesens erschweren sowie schwere Arbeitsbedingungen und eine schlechte soziale Lage.

Anhand dieser Faktoren ergab sich für die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte Untersuchung folgende Fragestellung:

Weisen ältere türkische Arbeitsmigranten aufgrund ihrer Migrationsbiografie besondere gesundheitliche Risiken auf und welche Konsequenzen ergeben sich daraus hinsichtlich deren Versorgung im Alter?

4.1 Explorative Experteninterviews

In explorativen Studien werden vorwiegend qualitative Methoden angewandt, beispielsweise in Form von leitfadengestützten Experteninterviews mit ausgewählten Personen. Solche Methoden erfordern ein weniger umfangreiches Vorwissen über das zu untersuchende Themenfeld, als dies für quantitative Untersuchungen notwendig wäre. Es ist aber davon

auszugehen, dass der (Gesundheits-) Wissenschaftler auch an eine explorative Untersuchung über eine eher unbekanntere soziale Gruppe, wie beispielsweise ältere türkische Arbeitsmigranten, nicht ohne Vorwissen herangehen wird. Die Verfasserin konnte aufgrund von Literaturrecherche bereits einige Vermutungen über die gesundheitlichen Risiken und Ressourcen der Zielgruppe generieren und diese zur Konstruierung des Leitfadens nutzen.

4.1.1 Der Interviewleitfaden

Der Leitfaden für die Interviews bestand in der Regel aus zwei Teilen. Im ersten Abschnitt erfolgten Fragen zur Person des Experten, explizit zu dessen Tätigkeit in Bezug zu der Zielgruppe. Im zweiten Abschnitt wurden die Fragen allgemein für alle Interviews gestellt und umfassten migrationspezifische, die Gesundheit von älteren türkischen Migranten betreffende Risikofaktoren und Ressourcen.

Im folgenden wird der Verlauf des Leitfadens exemplarisch dargestellt:

Spezielle Fragen

- Kurze Vorstellung des Interviewten und zu seiner Tätigkeit
- Spezielle Frage zum Bezug zur Zielgruppe

Allgemeine Fragen

- Sind ältere türkische Menschen aufgrund ihres Migrationshintergrund gesundheitlich besonders gefährdet? Welche Aspekte gelten als besondere Risikofaktoren für die Gesundheit von älteren türkischen Arbeitsmigranten?
- Sind ältere türkische Arbeitsmigranten zu wenig in die deutsche Gesellschaft integriert worden? Was ist in diesem Zusammenhang unter Integration zu verstehen?
- Über welche gesundheitsfördernden Ressourcen verfügen ältere türkische Arbeitsmigranten?
- Welche Möglichkeiten der interkulturellen Öffnung für ältere türkische Arbeitsmigranten bieten sich für Einrichtungen der Altenhilfe und des Gesundheitswesens?
- Wie sollten sich Politik und Gesellschaft auf die zukünftige Versorgung älterer türkischer Migranten einstellen?

4.1.2 Auswahl der Experten und Durchführung der Interviews

Anhand des in Kapitel 4.1.1 beschriebenen Interviewleitfadens wurden die Experten für die explorativen Interviews ausgewählt. Der Verfasserin erschien es angebracht als Experten für eine Befragung zur Zielgruppe Personen heranzuziehen, die sowohl in ihrem Arbeitsumfeld, als auch im privaten Bereich zu älteren türkischen Migranten Kontakt haben. Bei der Expertenauswahl spielte der medizinisch-pflegerische Bereich ebenso eine wichtige Rolle, wie der soziale, kulturelle, und religiöse Hintergrund. Die Experten setzten sich aus Ärzten, Sozialarbeitern, einer Pflegekraft und der Vertreterin einer gemeinnützigen Institution zusammen. Ein Arzt war gleichzeitig Pressesprecher der islamischen Gemeinde Hamburgs.

Die Suche nach den Experten erfolgte zum Teil über Recherche in Internet und Telefonbuch, zum Teil auch über bereits bestehende Kontakte der Verfasserin. Zunächst wurde telefonisch Kontakt zu den Experten aufgenommen. Im Rahmen dieses Erstkontaktes schilderte die Verfasserin ihr Anliegen und bat um die Möglichkeit eines Interviews. Da den Interviewten die Thematik als relevant erschien, konnte die Verfasserin alle Experten für ein Gespräch gewinnen und dieses nach telefonischer Terminabsprache durchführen. Die Kontaktaufnahme zu den Experten fand nicht parallel statt, sondern erfolgte auf der Basis des theoretischen Samplings (Glaser; Strauss; 1967/1998). Dabei wurde die Entscheidung für die Auswahl weiterer Experten für die Befragung zum Teil während des Prozesses der Datenerhebung gefällt. Diese Vorgehensweise hatte den Vorteil, dass die Verfasserin noch während der Interviewphase weitere interessant erscheinende Aspekte bei der Expertenauswahl berücksichtigen konnte (Flick; 2000).

Insgesamt fanden die sieben Experteninterviews im Zeitraum Februar bis April 2005 statt. Alle Interviews verliefen zügig und in ruhiger Atmosphäre. Zur Aufzeichnung der Gespräche diente für fünf Interviews ein Tonband. Zwei der Interviewpartner lehnten diese Art der Aufzeichnung ab. In diesen Fällen wurde das Interview per Hand aufgezeichnet. Die Verfasserin sah im Rahmen der Gespräche von einer umfangreichen Darstellung der Biografie der Interviewten ab, da in erster Linie deren Expertenwissen zu dem Thema und zur Zielgruppe im Vordergrund stand. Es wurde lediglich um eine kurze Vorstellung der Tätigkeit des jeweiligen Experten und deren Bezug zur Zielgruppe gebeten. Auf die Transkription von nonverbalen Äußerungen wurde verzichtet.

Vorstellung der Experten¹⁷:

E1tm: Interview I1: 32 Jahre; türkisch; Arzt; zur Zeit in der Facharztausbildung zum Gerontologen¹⁸

Zeitpunkt des Interviews: 17.02.2005

Ort: Restaurant der Zentrummoschee Hamburg

Aufzeichnungsart: Tonband

Dauer: etwa 60 Minuten

E2dw: Interview I2: 48 Jahre; deutsch; Sozialarbeiterin in einer Altentagesstätte in Hamburg; Treffpunkt auch für viele ältere Migranten unterschiedlicher Nationalität

Zeitpunkt des Interviews: 01.03.2005

Ort: Altentagesstätte

Aufzeichnungsart: Tonband

Dauer: etwa 45 Minuten

E3tm: Interview I3: 28 Jahre; türkisch; niedergelassener Allgemeinmediziner in einer Gemeinschaftsarztpraxis in Hamburg; betreut ältere türkische Patienten

Zeitpunkt des Interviews: 22.03.2005

Ort: Praxis des Arztes

Aufzeichnungsart: Tonband

Dauer: etwa 40 Minuten

¹⁷ Die Kodierung der Experten soll gewährleisten, dass diese nicht mit Namen und Name der Einrichtung genannt werden, sondern lediglich deren Bezug zur Zielgruppe beziehungsweise deren Tätigkeit als Begründung für die Expertenauswahl; E: Expertin; Nummer: Reihenfolge der Interviews (1 – 7); t bzw. d: türkisch oder deutsch; m bzw. w: männlich oder weiblich

¹⁸ Gerontologe; Gerontologie: Altersmediziner; Altersmedizin

E4tw: Interview I4: 26 Jahre; türkisch; Pflegedienstleitung eines türkisch-deutschen ambulanten Pflegedienstes in Hamburg; betreut ältere türkische Menschen

Zeitpunkt des Interviews: 02.04.2005

Ort: Privathaus der Interviewten

Aufzeichnungsart: Mitschrift

Dauer: etwa 1,5 Stunden

E5tm: Interview I5: 45 Jahre, türkisch; Sozialtherapeut in einer sozialpsychiatrischen Beratungsstelle in Hamburg; vorwiegend Betreuung von psychisch erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund

Zeitpunkt des Interviews: 11.04.2005

Ort: Beratungsstelle

Aufzeichnungsart: Mitschrift

Dauer: etwa 1 Stunde

E6dw: Interview I6: 42 Jahre; deutsch; Leiterin des Fachbereichs Migration eines Wohlfahrtsverbands in Hamburg

Zeitpunkt des Interviews: 22.04.2005

Ort: Büro der Interviewten

Aufzeichnungsart: Tonband

Dauer: etwa 30 Minuten

E7tm: Interview I7: 49 Jahre; türkischer Herkunft; Sozialpädagoge; arbeitet im Integrationszentrum eines Wohlfahrtsverbandes in Hamburg; Initiator für Integrationsprojekte für türkische Rentner in Hamburg

Zeitpunkt des Interviews: 25.04.2005

Ort: Büro des Interviewten

Aufzeichnungsart: Tonband

Dauer: etwa 45 Minuten

4.2 Auswertung der Interviews

Zur Auswertung der Experteninterviews werden die Aussagen der Experten vergleichend analysiert und den einzelnen Kategorien zugeordnet. Dabei lassen sich, wenn vorhanden, Parallelen zwischen den Expertenaussagen aufzeigen.

Als Grundlage für die Auswertung diente die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003). Dabei ist ein wesentliches Kennzeichen das Kodieren des Textmaterials anhand der Fragestellung der Untersuchung, beziehungsweise die Verwendung von Kategorien, welche an das Textmaterial herangetragen werden und daran überprüft und gegebenenfalls überarbeitet werden. Diese Methode zeichnet sich vor allem durch eine Reduktion des Textmaterials aus (Flick; 2004).

Grundsätzlich gilt im Umgang mit Textmaterial die Kodierung mit dem Ziel der Kategorisierung und Theoriebildung als Strategie.

Anhand der Fragestellung:

...weisen ältere türkische Arbeitsmigranten aufgrund ihrer Migrationsbiografie besondere gesundheitliche Risiken auf und welche Konsequenzen ergeben sich daraus hinsichtlich deren Versorgung im Alter?

wurden für die in dieser Arbeit durchgeführte Expertenbefragung nachstehende Kategorien gebildet:

- **Gesundheit**
 - *Physisch / psychisch*
 - *Prävention*
 - *Kulturelles Verständnis von Gesundheit und Krankheit*

Der Bereich Gesundheit stellt die Hauptkategorie dar. Dieser wurden die Textstellen zugeordnet, welche Auskunft über die gesundheitliche Situation der älteren türkischen Migranten geben. Dabei diente die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsbehörde als Basis für diesen Begriff:

“Gesundheit ist nicht nur das Fehlen von Krankheit, sondern auch das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden“ (Weltgesundheitsorganisation WHO; 1986).

- **Migration / Integration**

- *Migrationsverlauf: erfolgreich / nicht erfolgreich*
- *Rückkehrneigung*
- *Sprache*

Hinweise darauf, ob die Migration erfolgreich oder nicht erfolgreich verlief lieferten beispielsweise Äußerungen bezüglich des Erlernens der deutschen Sprache oder die bis heute oft präsente Rückkehrorientierung der türkischen Migranten.

- **Netzwerke / Settings (bzw. deren Bedeutung im gesundheitsförderlichen Sinne)**

- *Religiöse Gemeinschaften*
- *Familie*

- **Soziale Situation und Arbeitsbiografie**

- *Bildung*

- **Ältere türkische Frauen**

- *Die (gesundheitliche) Situation älterer türkischer Frauen sollte anhand spezifischer Textstellen dargestellt werden.*

- **Bedarfe im Alter**

- *Interkulturelle Öffnung der Einrichtungen im Bereich Altenhilfe*
- *Handlungsempfehlungen der Experten*

Zunächst wurden die aufgenommenen Gespräche transkribiert und die Interviews, sowie die Experten, mit den bereits beschriebenen Codes versehen (vergleiche Abschnitt 4.3: Auswahl der Experten und Durchführung der Interviews). In einem zweiten Schritt wurden alle Textpassagen, welche die Zielgruppe betrafen und den Kategorien zugeordnet werden konnten, aus dem Textmaterial herausgefiltert. Die Kodierung der Interviews anhand der oben angegebenen Kategorien erfolgte mit Hilfe eines computergestützten Programms (VERBI Software. Consult. Sozialforschung. GmbH: **MAXQDA 2001**; Software for qualitative Data Analysis; Berlin 2001) Dabei handelt es sich um ein Textanalysesystem zur qualitativen Datenanalyse. Die Experteninterviews, welche mit Hilfe dieses Programms bearbeitet wurden, sowie die Kategorien werden zusammen mit der Arbeit als CD-Rom mitgeliefert.

5 Ergebnisse der Experteninterviews

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Interviews dargestellt. Zur Darstellung der Ergebnisse wurden die einzelnen Kategorien als Überschriften verwendet. Die entsprechenden Textstellen aus den Interviews wurden diesen Überschriften zugeordnet sowie die jeweiligen Ergebnisse zu den Kategorien zusammengefasst.

5.1 *Gesundheitliche Situation von älteren türkischen Arbeitsmigranten*

Mit Ausnahme eines Experten beurteilen alle interviewten Personen den Gesundheitszustand älterer türkischer Arbeitsmigranten als eher schlecht, wobei nach Ansicht der Experten überwiegend psychische oder psychosomatische Erkrankungen im Vordergrund stehen:

„Zu den Krankheitsbildern...vorwiegend psychische oder psychosomatische Erkrankungen...viele ältere Türken sind chronisch depressiv...“ (E4tw)

„Es gibt auch viele psychosomatische Erkrankungen, mit psychischen Erkrankungen hält man sich bedeckt, z.B. mit Demenz...das sind dann böse Geister, die man austreiben sollte...“ (E4tw)

Ein Experte nennt explizit psychosomatische Beschwerden als häufiges Gesundheitsproblem von älteren türkischen Arbeitsmigranten:

„...ja...also Rückenschmerzen zum Beispiel, oft ein Ausdruck von Stress...Durchfälle, Verstopfung ist ja so'n Wechselspiel, bei manchen ist...kann ein Problem genau das Gegenteil hervorrufen; man kann nicht sagen, ein Stressfaktor verursacht immer Durchfall, wie soll ich sagen, oft leiden unsere Eltern (Experte meint die Eltern der zweiten türkischen Generation in Deutschland allgemein; Anmerkung der Verfasserin) auch an Magen-Darm-Geschwüren, also auch durch Grübeln und stressbedingt, das ist überdurchschnittlich hoch (...). Ja, funktionelle Beschwerden eben, aber auch durchaus chronische Darmerkrankungen; Morbus Kron oder Colitis Ulcerosa¹⁹ ...sind häufig anzutreffen bei älteren Leuten; ja, man kann schon einen Großteil der Beschwerden (...) zum Formenkreis der psychosomatischen Erkrankungen zählen...“ (E1tm)

¹⁹ In der Regel chronisch verlaufende Darmerkrankungen

Als Ursachen für die Beschwerden nennen die Befragten überwiegend schwere körperliche Tätigkeiten während der Erwerbszeit in der Bundesrepublik. Ferner sind einige Experten der Ansicht, dass auch Heimweh nach der Türkei, bzw. die Erkenntnis, dass es für einen Großteil der älteren türkischen Arbeitsmigranten keine Rückkehr in die Türkei geben wird, die Gesundheit der Zielgruppe beeinträchtigt:

„Am meisten krank macht das Heimweh nach der Vergangenheit die Leute...dabei spielen die Sinnesorgane eine große Rolle, Gerüche oder Geräusche die mit der alten Türkei verbunden werden, verursachen Schwermut und Heimweh...die Türken sind sehr melancholisch...“ (E4tw)

„...diese Generation ist selten mal monataeweise gesund, sie gehen regelmäßig zum Arzt, oft sind sie eben Diabetiker, manche haben Arbeitsunfälle, aber die meisten leiden unter Verschleißerscheinungen bei körperlicher schwerer Arbeit, Gelenkschmerzen, Verspannungen, Depressionen, psychosomatische Beschwerden, funktionelle Beschwerden...“ (E1tm)

Ein Experte nennt ebenfalls typische altersbedingte Erkrankungen als gesundheitliches Problem von älteren türkischen Arbeitsmigranten:

„Die altersbedingten Krankheiten sind meistens, und auch bei türkischen Patienten, wenn sie ein bisschen älter sind, Einsamkeitsgefühl, dann Depression, haben meistens depressive Episoden, die sich...immer folgen, ansonsten was die deutschen älteren Patienten haben, haben Türken auch, Zuckerkrankheit, Herzerkrankungen, besonders bei türkischen Frauen Osteoporose, weil die hier keine Sonne haben von einer Mittelmeerregion und dann haben sie mehr Knochenprobleme...“ (E3tm)

Der Umgang mit Krankheiten seitens der Zielgruppe wird von den Interviewten zum Teil als schwierig beschrieben:

„...im (Krankheits-)Verlauf, kann ich sagen, vielleicht die türkischen Patienten von der Compliance her, die sind ein bisschen schwieriger, als die deutschen Patienten, die deutschen Patienten mehr kooperieren, als türkische Patienten...“ (E3tm)

Die Einstellung der älteren türkischen Arbeitsmigranten zu Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung beurteilen die Befragten eher negativ:

„Ich denke die Deutschen treiben sehr viel Sport, aber Türken keine...keine Türken treiben Sport, vielleicht 1% der Türken haben mit Sport zu tun bei der älteren Generation...“ (E3tm)

„Wenige, wenige denken darüber nach, und ich denke es gibt sehr wenige Leute, die über Prävention oder prophylaktische Maßnahmen nachdenken über eine Krankheit nachdenken...Türken meistens sind so, wenn die nicht bettlägerig werden, die kommen auch nicht zum Arzt...“ (E3tm)

Eine Expertin nennt explizit sprachliche Probleme sowie kulturelle Aspekte bei den türkischen Frauen als Ursache für das mangelnde Verständnis für Prävention:

„...alleine wegen der sprachlichen Probleme und oft mangelnder Bildung. Die meisten türkischen Gastarbeiter der ersten Generation können kaum lesen oder schreiben, sind oft Analphabeten...gerade die Frauen beherrschen die deutsche Sprache so gut wie gar nicht...hängt sicher auch mit der Unterdrückung zusammen...bei Krankheit versuchen viele, sich erst mal selbst zu helfen...das Verständnis für Vorsorge und Prävention fehlt...“ (E4tw)

Allerdings vertritt ein anderer Experte die Meinung, dass, unter Berücksichtigung bestimmter kultureller Besonderheiten, ältere türkische Arbeitsmigranten Präventionsmaßnahmen gegenüber durchaus aufgeschlossen wären:

„...ich glaube, abgesehen von ihren Gebrechen, die sie haben, wären viele zumindest von der Motivation her bereit, an solchen Aktivitäten teilzunehmen, also...Picknick machen, Walking machen, Turnübungen machen, so was wär' durchaus denkbar..., wobei man sagen muss, die ältere Generation habe ich selten mal Sport machen sehen; sie sind dann...sie ziehen sich wirklich sozusagen zurück...aber...Sie werden gesehen haben, die Leute sind durchaus mobil...“ (E1tm)

Nur ein Experte bezeichnet den Gesundheitszustand der Zielgruppe als stabil:

„Also, ältere (türkische; Anmerkung der Verfasserin) Migranten haben eine sehr stabile körperliche Verfassung...“ (E7tm)

„...das ist so, sonst hätten sie schon längst eigentlich zugrunde gehen können bei dem so schwierigen, so instabilen Lebens- also -inhalt, und da diese Menschen ausgewählte, ausgewiesene Menschen sind, die mutig waren, motiviert waren, also orientiert zu sparen, orientiert hier zu arbeiten, alle Arbeit, also, machen konnten, wenn man so heute merkt, dass sind viele von denen...geht auf die Siebzig zu, dann ist das immer ganz gut über die Lebenserwartung in der Türkei, wären sie in der Türkei, dann diese ist das über Durchschnitt...“ (E7tm)

Zusammenfassend kann anhand der Expertenbefragung festgestellt werden, dass ältere türkische Arbeitsmigranten sowohl an psychosomatischen als auch an physischen Erkrankungen leiden, meist aufgrund schwerer körperlicher Arbeit. Eine Aussage über die Häufigkeit der berufsbedingten Erkrankungen am Ende der Erwerbstätigkeit bei älteren türkischen Arbeitnehmern im Vergleich zu älteren deutschen kann auf Basis der Untersuchung in dieser Arbeit nicht erfolgen. Dies sollte aber Gegenstand weiterführender Untersuchungen sein.

5.2 Migrationsverlauf und Integration

Der Migrationsprozess an sich hat maßgeblich Einfluss auf die Gesundheit von Migranten. Demnach wird die Migration als einschneidendes, kritisches Lebensereignis verstanden, welches eine hohe psychische Belastbarkeit erfordert.

Der Migrationsverlauf von älteren türkischen Arbeitsmigranten wird von den interviewten Experten allgemein als eher negativ beschrieben. In der Regel begründen die Experten dies vor allem damit, dass die Generation der älteren türkischen Gastarbeiter keinen längeren Aufenthalt in der Bundesrepublik plante und die deutsche Aufnahmegesellschaft diese primär als kurzfristig eingesetzte Arbeitskräfte ansah.

Besonders häufig erwähnen die interviewten Experten eine Rückkehrorientierung der älteren Türken, obwohl die Rückkehr in die Türkei bis heute nicht stattgefunden hat.

Diese Rückkehrorientierung sehen die Experten in erster Linie als Grund für den negativ verlaufenden Migrationsprozess und die fehlgeschlagene Integration:

„Diese Menschen der ersten Generation haben sich spartanisch eingerichtet, sie haben möglichst gemieden große Investitionen hier zu tätigen, weil es war ja provisorisch...“ (E1tm)

„...die ältere Generation haben darüber nicht gedacht, weil die haben immer gedacht, wir werden zehn Jahre oder fünf Jahre arbeiten, und dann werden wir ein bisschen Geld haben, in Türkei gehen (...)" (E3tm)

Der Erfolg der Migration zeigt sich auch anhand des Erlernens der Sprache im Aufnahme-land. In diesem Punkt sind fast alle Experten der Ansicht, dass die erste Generation türkischer Arbeiter nur in seltenen Fällen die deutsche Sprache gut beherrscht. Somit hat also in dieser Hinsicht kaum oder keine Integration stattgefunden:

„...bei Älteren ist es so, natürlich die haben mehr Sprachprobleme, die ältere Generation, die seit vierzig Jahren da sind, die haben keine Deutschkenntnisse, sie haben auch nicht sich integriert, und deshalb, wenn sie da auf der Strasse sind, die finden niemanden mit dem sie sprechen können..." (E3tm)

Begründet wird das Nicht-Erlernen der deutschen Sprache von den Experten mit einem generellen Bildungsmangel unter den Angehörigen der älteren türkischen Arbeitsmigranten. Meist haben die älteren Türken nur eine geringe oder keine Schulausbildung erfahren, worin die Experten die sprachlichen Probleme begründet sehen:

„...die Leute waren nicht in der Schule gewesen und die konnten nicht lesen und nicht schreiben, deshalb die konnten hier auch kein Deutsch lernen..." (E3tm)

Auch die fehlgeschlagene Integration in die deutsche Aufnahmegesellschaft wird von den meisten Experten mit dem eher als provisorisch geplanten Arbeitsaufenthalt begründet:

„...sowohl die deutsche Gesellschaft, als auch die Generation von unseren Eltern, haben sich nicht darauf eingestellt, sich hier niederzulassen...insofern wurden die Menschen lange Zeit als Gastarbeiter betrachtet, und auch so behandelt. Man hat ihnen kaum Integrationsprojekte unterbreitet, also allein das Anbieten von Deutschkursen reicht längst noch nicht aus, wenn man den Menschen nicht näher bringt, was sie als Bürger für Pflichten und Rechte in diesem Land haben...also, um als mündige Bürger, als zivile Bürger hier angehört zu werden. Stattdessen hat man sie eben in Sammelunterkünften bei den großen Werken untergebracht..." (E1tm)

„...die meisten hatten große Anpassungsschwierigkeiten hier in Deutschland..." (E5tm)

„...unsere Eltern kamen nach Deutschland in der Absicht ein, zwei Jahre hier zu bleiben; soviel Geld zu sparen, dass sie sich in der Türkei eine Existenz aufbauen können...“ (E1tm)

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass laut Expertenansicht der Migrationsprozess von älteren türkischen Arbeitsmigranten eher negativ verlief. Sowohl die Zielgruppe selbst als auch die deutsche Aufnahmegesellschaft rechneten nicht mit dem dauerhaften Aufenthalt der türkischen „Gastarbeiter“. Hierin sieht der überwiegende Teil der interviewten Experten den Mangel an Integrationsbemühungen begründet:

„Staat muss eher reagieren, muss auch feststellen, und ob ich brauche und mit welche Politik möchte ich die Zukunft gestalten, Staat hat auch so reagiert, wie eine Privatperson...was ich nicht weiß, macht mich nicht heiß, also irgendwann kehren sie zurück, deswegen sie sind nicht Mühe wert, denn will ich auch nichts viel kompliziert machen, sie arbeiten ja fleißig, sie kosten mich nicht viel, politisch sind sie abseits, und was soll ich mich denn noch, also darum kümmern...ich gebe, was ich geben kann, wie Almosen, in ihren sozialen und gesellschaftlichen Bereichen, und wenn es kein Druck ist, dann vergessen sie auch diese Bevölkerung...also da hat der deutsche Staat geschlafen...“ (E7tm)

5.3 Soziale Situation, Arbeitsbiografie und Rente

Als weiterer wichtiger Einflussfaktor auf die Gesundheit von Migranten wird deren soziale Lage, welche die Art der beruflichen Tätigkeit einschließt, genannt. Arbeitsmigranten verfügen im Vergleich zu deutschen Arbeitnehmern in der Regel über eine niedrigere berufliche Qualifikation.

Vor allem die ehemaligen Gastarbeiter verrichteten meist schwere körperliche Arbeiten, was sich auch auf deren gesundheitliche Verfassung auswirkt. Diese Ansicht wird generell von den interviewten Experten vertreten:

„...also, das Schicksal der Altersarmut und auch meistens schwerer Krankheiten teilen eigentlich fast alle...“ (E2dw)

„Nun, vor allem sehe ich viele, auch Angehörige der zweiten und dritten Generation, die vor allem psychosomatisch erkrankt sind...körperlich finden die Ärzte keinen Befund, aber Schmerzen sind da...bei der ersten Generation sind die Gründe vielschichtig...zum einen kamen sie relativ jung hierher, waren von ihren Familien getrennt, kamen in ein fremdes Land, kannten die Sprache und die Kultur nicht, hatten schwere Arbeit, schlechte Wohnverhältnisse, gehörten der eher unteren sozialen Schicht an, was ja auch immer ein Risikofaktor ist...“ (E5tm)

Als Ursache für die schlechtere Arbeitssituation sehen einige Experten vor allem den Mangel an Bildung, den viele ältere türkische Arbeitsmigranten aufweisen:

„...diese Leute waren schlecht gebildet, also haben in der Sozialhierarchie und auch in der Hierarchie auf dem Arbeitsplatz den untersten Rang gehabt...ungelehrte Arbeiter, wenig qualifiziert, und...mussten sich letztlich viel gefallen lassen...“ (E1tm)

Ein Experte vertritt die Ansicht, dass bereits die Lebenssituation im Herkunftsland maßgeblich verantwortlich zu machen sei für die schlechtere soziale Lage und Erwerbssituation in der Bundesrepublik:

„So sage ich, dass die Türken, die hierher gekommen sind vor 35 Jahren oder vor 40 Jahren, die Türken sind, die in der Türkei keine Chance hatten für eine Arbeit, weil vor 40 Jahren Türkei war ökonomisch besser als Deutschland; wer eine Arbeit hatte, der musste nicht nach Europa kommen...wofür denn...und die dort keine Chance hatten, die meisten sind die Bauernsohn oder Töchter, die noch nicht mal eine Schule besucht haben, viele können nicht mal lesen, nicht mal schreiben, die Türken, die älter sind, die hier sind...“ (E3tm)

Deutlich wird anhand der Experteninterviews auch, dass sowohl die soziale als auch die Integration am Arbeitsplatz seitens des Aufnahmelandes nicht geplant war:

„...die ältere Generation, die sind hier gebracht worden, damit sie arbeiten, nur arbeiten...morgens, in Dunkelheit, die sind zur Arbeit gegangen und in Dunkelheit wieder raus gekommen, bisschen was essen, und dann mussten sie schlafen, ganze 30 Jahre so vorbei gegangen...“ (E3tm)

„...bemerkenswerterweise war vor vierzig Jahren gerade erwünscht, dass sie wenig gebildet waren, sonst hätten sie sich ja in Gewerkschaften organisieren können und den großen Konzernen Probleme machen können...“ (E1tm)

Allerdings vertreten die interviewten Experten zum Teil auch die Meinung, dass sich zumindest die soziale Situation der älteren türkischen Menschen mit der Migration verbessert hat:

„...sie haben ihre physische Kraft hier zur Verfügung gestellt, dafür haben sie gewisse Annehmlichkeiten im Leben bekommen, ihnen geht's, materiell gesehen, wesentlich besser als in ihrem Herkunftsland...“ (E1tm)

Inwieweit erschwerte Arbeitsbedingungen für Frühverrentungen aufgrund von verminderter Erwerbsfähigkeit unter den älteren türkischen Arbeitsmigranten verantwortlich sind, wird anhand der Experteninterviews nicht geklärt. Hierzu konnten die Interviewten kaum Aussagen machen.

Einer der interviewten Experten äußert aber die Vermutung, dass ein Trend zur Frühverrentung unter den türkischen Arbeitsmigranten auch in der allgemeinen Arbeitsmarktsituation begründet sein könnte:

„Das ist Arbeitsplatz bedingt, und dann auch körperliche, zum Beispiel bei den Leuten einige haben ja immer, kontinuierlich nur in eine Betrieb gearbeitet; 20, 25, 30 Jahre, das heißt, wenn sie dann so 55 oder 57 Jahre alt sind fehlt ja auch diese Arbeits-..., die Erfüllung der Arbeit geht also runter, und die Löhne sind ja hoch, und das ist für die Betriebe einfach besser, dass sie dann erneuern diese Generation...“ (E7tm)

„...nicht alleine, was man angibt, das sind krankheitsbedingt oder frühzeitig; bei den Deutschen ist das auch nicht Durchschnittsalter, mit 58 (Jahren) gehen sie in die Rente durchschnittlich, bei den Ausländischen...(Arbeitnehmern; Anm. der Verfasserin), das sind, also auch nicht viel unterschiedlich, die sind auch so 55, 56 (Jahre; Anm. der Verfasserin), da kann man nicht eine spezielle, also, ein spezielles Problem der Migranten oder Türken nennen...“ (E7tm)

Ebenfalls als Risikofaktor, besonders für die psychische Gesundheit, gilt nach Ansicht eines Interviewten die Arbeitslosigkeit. Dies führte vor allem unter älteren türkischen Männern zu einem Rollenverlust als Ernährer der Familie, womit diese nur schwer zurecht kommen:

„...der türkische Mann kommt mit dem Rollenverlust nur schwer klar, er ist im Konflikt mit der Gesellschaft...und letztlich führt dieser Druck dann zu Depressionen oder psychosomatischen Beschwerden...Aber viele türkische Männer wollen das natürlich nicht sehen, und verstehen nicht, warum sie krank sind...“ (E5tm)

Insgesamt kann anhand der Expertengespräche festgestellt werden, dass ältere türkische Arbeitsmigranten sowohl in der Arbeitsplatz-, als auch in der Sozialhierarchie eher benachteiligt sind. So verfügen diese Menschen in der Regel über einen geringeren Bildungsstand als ihre deutschen Kollegen. Generell gelten Bildungsarmut und die Angehörigkeit zu niederen sozialen Schichten als Risikofaktor für einen schlechteren Gesundheitszustand.

5.4 Ältere türkische Frauen

Zum Gesundheitszustand und zur Lebenssituation älterer türkischer Frauen lassen sich in der Literatur derzeit kaum Hinweise finden. Der überwiegende Anteil der älteren türkischen Frauen kam im Rahmen des Familiennachzugs in die Bundesrepublik, nachdem deren Ehemänner schon einige Zeit in Deutschland gelebt und gearbeitet hatten. Gemäß dem traditionellen Rollenverständnis in der Türkei, war die Ehefrau dann primär für die Versorgung der Familie zuständig, während der Mann sich um den Unterhalt kümmerte.

Nur wenige türkische Frauen hatten die Möglichkeit, Kontakte außerhalb ihrer Familie zu knüpfen. Dies führte dazu, dass viele türkische Frauen der ersten Generation bis heute kaum die deutsche Sprache beherrschen:

„...gerade die Frauen beherrschen die deutsche Sprache so gut wie gar nicht...hängt sicher auch mit der Unterdrückung zusammen...“ (E4tw)

Ein Experte gibt an, dass bei Arbeitslosigkeit des Mannes aber auch die türkische Frau gezwungen ist für den Lebensunterhalt zu sorgen. Dies kann zu Konflikten innerhalb der Familie führen. Verantwortlich hierfür ist vor allem, dass der Mann mit dem Rollenverlust als Versorger der Familie nicht zurecht kommt:

„...ein großes Problem ist auch die Arbeitslosigkeit...wenn der Mann arbeitslos wird und plötzlich beispielsweise die Frau für den Unterhalt sorgen muss, entspricht das nicht dem Rollenverständnis, dass eben der Mann die Familie versorgt und die Frau sich um den Haushalt kümmert...der Mann muss sich neu definieren, seine Rolle neu finden...er hat das im Kopf und wird depressiv...auch organische Krankheiten können dazu kommen als zusätzliche Belastung...“ (E5tm)

Körperliche Beschwerden bei türkischen Frauen hängen laut einer befragten Expertin auch mit erschwerten Arbeitsbedingungen zusammen:

„Meist beginnt der Prozess mit multiplen Erkrankungen bedingt durch schwere körperliche Arbeit, die Frauen waren immer putzen oder in der Fabrik, wo sie schonendes Arbeiten nicht gelernt haben...viele orthopädische Erkrankungen, aber auch Schlaganfall oder Herzinfarkt bei den Männern, bei den Frauen oft Diabetes...das liegt aber an der ungesunden Ernährung...die Türken essen ja viel Fett, cholesterinhaltig...“ (E4tw)

Auch die Lebenssituation im Aufnahmeland wird von einem Experten als Risikofaktor für die Gesundheit türkischer Frauen bezeichnet:

„...besonders bei türkischen Frauen Osteoporose, weil die hier keine Sonne haben von einer Mittelmeerregion und dann haben sie mehr Knochenprobleme...“ (E3tm)

Zusammenfassend lassen sich in den Interviews wenige gezielte Informationen zur besonderen gesundheitlichen und Lebenssituation älterer türkischer Frauen finden. Meist sind die Aussagen eher von allgemeinem Charakter geprägt, der die älteren türkischen Arbeitsmigranten insgesamt betrifft.

5.5 Soziale Netzwerke als gesundheitsfördernde Ressource

Mit dem Begriff „Soziale Netzwerke“ sind vor allem informelle Beziehungsstrukturen gemeint. Soziale Netzwerke haben eine wesentliche Bedeutung zur Bewältigung von Krankheiten sowie zur Förderung von Gesundheit (Trojan; 2000). Vor allem die Familie, beziehungsweise der Familienzusammenhalt, spielen für die älteren türkischen Arbeitsmigranten eine wichtige Rolle:

„Soziale Verbindungen sind noch stärker...“ (E3tm)

„...also, ich denke schon, wenn ich so von meinen Kollegen höre, die ja auch selber viele aus Migrantenfamilien kommen, da ist das schon so, dass der Familienzusammenhalt ein anderer ist, oder dass diese Verantwortung zu sagen, so meine Eltern sind alt, um die kümmere ich mich, das ist irgendwie noch viel klarer...“ (E6dw)

„...wichtiger wäre für die deutsche Seite eben auch zu berücksichtigen, dass ein Großteil der Hilfe, was bei vielen Deutschen eigentlich zu bemängeln ist, durch die Familie geleistet wird, also die Unterstützung ist wesentlich größer, die Solidarität innerhalb der Familie – dieses kann man noch weiterhin nutzen, um letztlich Ressourcen, Energien zu sparen, letztlich Geld, um die Pflegeversicherung halbwegs funktionsfähig zu erhalten...“ (E1tm)

Ein Experte weist auf die Bedeutung der religiösen Gemeinschaft hin, in welcher türkische Menschen besonders im Alter zu finden Halt scheinen:

„Die Religion ist natürlich letztlich auch ein Halt...Moscheen geben den Älteren insbesondere auch ein Gefühl der Geborgenheit...in einer Gesellschaft, in der sie lange Zeit ignoriert, nicht wahrgenommen wurden oder auch gar nicht akzeptiert wurden sind...wo sie Kommunikationsprobleme hatten, wo sie sich aber zurückziehen können und sagen, das ist mein Reich, hier kann ich mich verhalten, wie ich will...kann hier essen nach den Geboten des Islam, kann hier auch ohne auf irgendwelche Feinheiten und Sensibilitäten der äußeren Gesellschaft zu achten mich verhalten, ohne dabei anstößig zu werden...das heißt, hier ist man unter Gleichgesinnten, hier muss man sich für sein Verhalten, für seine Eigenart nicht rechtfertigen, weil eben alle davon betroffen sind in irgendeiner Weise...“ (E1tm)

Die familiären Strukturen betrachten die meisten interviewten Experten als wichtige Ressource für die Versorgung der älteren türkischen Menschen. Auf diese könnte nach Ansicht der Interviewten auch die deutsche Gesellschaft zurückgreifen:

„...was die Familie angeht, was die Unterstützung der Enkelkinder angeht, was die eigenen Kinder angeht...daraus könnte man also...die Ressourcen sind sehr gut von den älteren (türkischen; Anmerkung der Verfasserin) Menschen, das könnte wiederum für die Gesellschaft sehr gut...umgekehrt genutzt werden...“ (E7tm)

Allerdings sehen die Interviewten zum Teil in den türkischen Familien den Trend zur Individualisierung, besonders unter den Angehörigen der zweiten Generation Türken. Diese, zum größten Teil in Deutschland aufgewachsene Generation, sieht sich laut Expertenansicht nicht mehr zwangsläufig verpflichtet für die Eltern zu sorgen:

„Ja, das ist sicher noch so, dass sich mehr die Familie auch kümmert, aber es nimmt immer mehr ab, wie bei den älteren Deutschen...“ (E4tw)

„...in der türkischen Kultur gibt es einen hohen Respekt vor den Älteren und die wurden eigentlich innerhalb der Familie versorgt...aber hier gibt es auch einen Wandel...die Töchter oder Schwiegertöchter sind zunehmend voll berufstätig oder haben Familienvisionen. Zwar kommt die Schwiegermutter noch ins Haus, der Zusammenhalt ist aber nicht mehr so stark; das hat nichts damit zu tun, ob die Leute aus der Türkei vom Land, aus der Provinz oder aus der Stadt kommen...das hängt viel mit Erziehung und Religion zusammen...“ (E4tw)

Obwohl auch innerhalb der türkischen Familien laut Meinung der interviewten Personen die Bereitschaft abnimmt für die Eltern zu sorgen, wenn diese alt werden, kann doch festgestellt werden, dass für die älteren türkischen Arbeitsmigranten die Familie nach wie vor eine wichtige Rolle zur Bewältigung von altersbedingten Problemen spielt. Neben der Familie haben auch der Freundeskreis und die Religionsgemeinschaft eine wichtige Bedeutung.

5.6 Versorgungsbedarf im Alter

Bezüglich der zukünftigen, primär pflegerischen, Versorgung älterer türkischer Arbeitsmigranten gehen die Ansichten der interviewten Personen zum Teil auseinander. Einig sind sich die Experten in dem Punkt, dass bis dato nur ein geringer Anteil älterer Türken in Pflegeheimen versorgt wird:

„In Altona, wo ich mich kümmere, ich hab' keine...wie gesagt, ich hab' keine türkischen Patienten gesehen...Patienten in meinem Pflegeheim, wo ich betreue hab' ich nichts gesehen...“ (E3tm)

Ein Experte begründet dies damit, dass die erste Generation türkischer Arbeitsmigranten bislang noch nicht ein so hohes Alter erreicht hat. Somit besteht bei der Zielgruppe noch nicht das Risiko pflegebedürftig zu werden, wie etwa im Vergleich zu hochbetagten Deutschen:

„...wir sind ja gerade erst dabei, dass sich Migranten in dieses Alter jenseits des 65. Lebensjahr in Richtung Geriatrie ja bewegen; also vorher ist es ja nicht denkbar, dass diese...eh...also vor vierzig Jahren war es unnötig für ältere Migranten so was einzurichten...das sind ja auch neue Herausforderungen...“ (E1tm)

Allerdings werden bereits vermehrt ältere türkische Menschen in Hamburg von ambulanten Pflegediensten versorgt:

„...so viele Patienten, die durch den Pflegedienst versorgt werden sollen, und alle Pflegedienste, mit denen ich arbeite, die sind auch türkische Pflegedienste, die auch Türkisch sprechen können...“ (E3tm)

„Es gibt zwei ambulante Pflegedienste, die ausschließlich oder nahezu ausschließlich Türken versorgen...“ (E1tm)

Überwiegend sind die Experten der Ansicht, dass der Bedarf an Versorgungsangeboten, auch im stationären Bereich, für ältere türkische Migranten, in den kommenden Jahren zunehmen wird:

„Also, ich bin sicher, dass viele (ältere türkische; Anmerkung der Verfasserin) Menschen hier bleiben werden, und es kommt darauf an, dass...Pflegebereich ist ein sehr komplizierte, eine hochkomplizierte Bereich ist, der braucht viel Geld...“ (E7tm)

Besonders betont wird von den Interviewten in diesem Zusammenhang, dass die zukünftige Versorgung der älteren türkischen Menschen ein hohes Maß an Kultursensibilität erfordern wird. Vor allem aufgrund der Zugehörigkeit zur islamischen Glaubensgemeinschaft müssen dabei laut Expertenansicht verschiedene Aspekte bedacht werden:

„...diese religiösen Geschichten sowieso, Essen, Verpflegung, ja, aber ich glaub' schon wirklich bei der Sache was für Bilder (zum Beispiel religiöse Bilder; Anmerkung der Verfasserin) oder ja...wie...ja wie sprech' ich Leute an, das ist, glaub' ich, auch unterschiedlich...“ (E6dw)

„...bei den türkischen Patienten besonders die Reinlichkeit, auf Grund der Religion...erst mal Schuhe ausziehen...dann geschlechtsspezifische Pflege, d.h. Frauen wollen von Frauen und Männer von Männern gepflegt werden...das hat natürlich mit dem Kopftuch auch zu tun, d.h. das Kopftuch dient als Schutz vorm Männerblick; die Frau soll sich nur ihrem Mann unbedeckt zeigen...also, die Trennung der Pflegepersonen nach Geschlecht spielt eine große Rolle...“ (E4tw)

„...das bedeutet, dass bestimmte religiöse oder kulturelle Verhaltensmuster bei der Pflege berücksichtigt werden, gerade bei älteren türkischen Patienten spielt die Religion eben noch eine große Rolle. So ist es für viele türkische Patienten eine schreckliche Vorstellung inkontinent zu werden, weil sie dann gegen das Reinlichkeitsgebot beim Gebet verstoßen...das ist für viele einfach sehr wichtig...oder dass ein Gebetsteppich nicht mit Schuhen betreten wird...solche Rituale müssen berücksichtigt werden, auch Sterberituale, dass z.B. dem sterbenden Moslem aus dem Koran vorgelesen wird, oder der Tote dann nach bestimmten Richtlinien gewaschen wird...“ (E4tw)

Ein Experte ist der Auffassung, dass ein höheres Verständnis für die fremde Kultur älterer türkischer Menschen nur durch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen erfolgen kann:

„...zunächst einmal müsste mehr Fortbildung erfolgen; Ärztespersonal, Pflegepersonal, um im Umgang mit muslimischen Patienten sie sensibler zu machen...Muslime haben ein anderes Schamgefühl...“ (E1tm)

„...umgekehrt müsste es unsere Aufgabe sein als Ärzte, die wir in beiden Kulturen verwurzelt sind, den Leuten beizubringen, beispielsweise, wie sie in Krankenhäusern sich verhalten sollen, wenn sie Angehörige besuchen, wie das Sozialsystem hier in Deutschland aufgebaut ist..., welche Rechte man hat, wenn man einen Pflegedienst in Anspruch nimmt...“ (E1tm)

Bezüglich der stationären Versorgung sieht ein Teil der interviewten Experten durchaus die Möglichkeit ältere türkische Menschen in bestehende Einrichtungen der Altenpflege zu integrieren:

„Ich denke...es gibt keine Pflegeheime, das die türkischen Patienten nicht, diese, das wir Islamisten oder islamische Patient nennen, die nicht berücksichtigen, das glaube ich nicht...“ (E3tm)

„...man müsste sowohl gucken können, dass es sowohl Einrichtungen gibt, wo Menschen unter sich, sprachlich, kulturell leben können, das müssen ja nicht immer gleich große Heime sein, einfach auch kleinere Wohneinheiten, die betreut sind oder so...aber ich glaube auch, dass es viele gibt, die hier schon lange leben und die sagen, ich möchte auch gerne mit Deutschen zusammen alt werden, eben genauso gemischt, wie ich jetzt auch gelebt habe, so, und nicht plötzlich nur mit Landsleuten im Alter umgeben sein...ich glaub' dass man nicht sagen kann nur das oder das...also wenn in normalen Regeleinrichtungen, mein' ich jetzt, also vorrangig deutsche Klientel betreuenden Einrichtungen, wenn sich da was ändert, an der Art der Arbeit oder an der Art...beziehungsweise auch an der Mitarbeiterschaft, dann glaub' ich schon, dass da auch Menschen anderer Nationalität und anderer Sprache leben könnten, wollten...also zumindest haben wir ja auch Anfragen...“ (E6dw)

Dabei sollten sich die Einrichtungen der Altenpflege laut Expertenmeinung auf diese Zielgruppe, welche im Vergleich zu älteren Deutschen, unterschiedliche Ansprüche stellt, einstellen:

„...die Einrichtungen müssen wissen, möchte' ich neue Kundschaft und wie erreiche ich sie und welche Bedarfe haben sie, also die erste zwei Schritte müssen die erst mal feststellen und wie erreiche ich die...“ (E7tm)

„...hilfreich ist es dann halt auch, wenn man, das ist auch klar, wenn Menschen mit anderer kultureller...mit anderen kulturellen Hintergründen dort arbeiten...auch für die Arbeit im Team, weil dadurch die anderen im Team natürlich auch was davon mitkriegen, dass so was wie interkulturelle Arbeit auch im Team stattfindet...und damit ist es denn auch leichter, das auch mit Klienten umzusetzen, also das wäre sicherlich auch noch eine Ebene...ja, und dann einfach auch so die Gestaltung der Räume, die Gestaltung des Hauses...sich da ein bisschen zu verändern, und bereit zu sein auch zu gucken, was spricht wen an, da müsste man halt sicherlich auch...“ (E6dw)

„...nur, man muss tatsächlich die...Bedarfe der Menschen berücksichtigen, die Bedarfe auch der deutschen und türkischen Senioren muss man in den Vordergrund stellen, nicht was ich empfinde als Sozialarbeiter, sondern was erwarten sie, was sind ihre Bedarfe und so weiter, und darauf muss ich ein Konzept entwickeln...“ (E7tm)

Einige der interviewten Experten sind allerdings auch der Meinung, dass ältere türkische Arbeitsmigranten in speziellen Einrichtungen versorgt werden sollten:

„...ich denke die brauchen eigene Einrichtungen, die auf ihre besonderen Bedürfnisse zugeschnitten...mit Treffpunkt irgendwo zentral...Teestube, wo die auch einfach mal aus ihrem Zimmer im Jogginganzug hin gehen können...“ (E5tm)

Insgesamt sind fast alle Experten der Ansicht, dass sich die Akteure im Hamburger Gesundheitswesen bislang relativ wenig Gedanken um die Versorgung älterer türkischer Migranten gemacht haben:

„...ich fände es schon sinnvoll, wenn es...also es gibt zwar einen zuständigen Menschen ja in der Behörde, aber nicht wirklich für dieses Thema, also einer ist halt für Altenhilfe, Altenpflege, was weiß ich wie die das alles wieder unterteilen, also es gibt wirklich keine Stelle in Hamburg, wo man zu dem Themenkomplex wirklich...“ (E6dw)

5.7 Fazit

Anhand der Ergebnisse aus den Experteninterviews lassen sich folgende Erkenntnisse ableiten:

- Ältere türkische Arbeitsmigranten leiden häufig an psychosomatischen Erkrankungen sowie an körperlichen Verschleißerscheinungen. Dies erhöht deren Risiko im Alter pflegebedürftig zu werden.
- Die fehlgeschlagene Integration liegt in erster Linie darin begründet, dass ein längerer Aufenthalt in der Bundesrepublik sowohl seitens der türkischen Arbeitsmigranten, als auch seitens der deutschen Gesellschaft nicht vorgesehen war.
- Ältere türkische Arbeitsmigranten sind / waren am Arbeitsplatz eher benachteiligt. Dies liegt vor allem an der mangelnden beruflichen Qualifikation und am geringen Bildungsstand.
- Die Familie und der Freundeskreis, besonders auch die religiöse Gemeinschaft, können als wichtige Ressource zur Bewältigung von schwierigen Lebenssituationen dienen.

- Aufgrund ihres kulturellen Hintergrunds werden sich die Rahmenbedingungen der Versorgung von älteren türkischen Arbeitsmigranten von denen für ältere Deutsche unterscheiden (beispielsweise mehr Versorgung durch die Familie; Familie als Ressource; neue Wohnformen, -gemeinschaften).
- Der Versorgungsbedarf von älteren türkischen Arbeitsmigranten, besonders im Bereich der ambulanten und stationären Altenhilfe, wird in den kommenden Jahren in Deutschland zunehmen.
- In Institutionen der ambulanten und stationären Altenhilfe sind spezifische Anforderungen an Personal, Behandlungsablauf und Einrichtung zu erfüllen, welche die besonderen kulturellen Hintergründe der Zielgruppe ältere türkische Arbeitsmigranten berücksichtigen

Da es sich bei den Experteninterviews um eine nicht repräsentative Untersuchung mit explorativem Charakter handelte, können die Ergebnisse sowie die aufgestellten Hypothesen als Ausgangsbasis für weiterführende Untersuchungen dienen.

6 Diskussion

In diesem Kapitel stehen die Untersuchungsmethode sowie die Ergebnisse aus den Experteninterviews zur Diskussion. Dabei sollen vor allem die in Kapitel 5.6 aufgestellten Hypothesen dahingehend überprüft werden, ob sich ein ähnliche Tendenzen in der Literatur finden lassen.

6.1 Methodendiskussion

Explorative Studien bieten einen ersten Überblick über ein relativ unbekanntes gesundheitswissenschaftliches und soziales Feld. Die explorative Phase dient dabei der Gewinnung von Hypothesen, welche in weiterführenden Untersuchungen genauer geprüft werden können (Diekmann; 2004). Bevorzugt werden in Studien mit explorativem Charakter qualitative Erhebungsmethoden, beispielsweise in Form von Experteninterviews. Diese Erhebungsart wurde auch in der vorliegenden Arbeit angewandt. Bei Experteninterviews handelt es sich um eine besondere Form von Leitfadeninterviews (Flick; 2004). Als problematisch gilt bei dieser Interviewform, dass der Befragte zwischen seiner Rolle als Experte und Privatperson hin und her springt. Dabei interessiert der Interviewte weniger als Person, sondern mehr als Experte für ein bestimmtes Handlungsfeld. Somit werden auch nur bestimmte Informationen, welche der Befragte liefern soll, für den Untersuchungsgegenstand relevant. Dies muss der Interviewer im Gesprächsverlauf immer wieder verdeutlichen. Dem Leitfaden kommt daher in diesem Fall eine besondere Steuerungsfunktion zum Ausschluss von für die Untersuchung nicht relevanten Themen zu (Flick; 2004). Anhand der vor den Interviews erfolgten Literaturrecherche konnte sich die Verfasserin einen allgemeinen Überblick über die Thematik verschaffen. Dieses Vorwissen war notwendig, um für die Durchführung der Interviews die oben angegebene Steuerungsfunktion gewährleisten zu können.

Zum Teil konnte eine gewisse Subjektivität bezüglich der Thematik, besonders bei den Experten türkischer Herkunft, nicht ausgeschlossen werden. Da aber die Untersuchung aufgrund des geringen Umfangs von vornherein keinen repräsentativen Charakter aufweisen konnte, erschien dieser Aspekt der Verfasserin nicht als problematisch.

Zusammenfassend scheint die Methode der explorativen Experteninterviews als geeignet, um für ein relativ unbekanntes Thema einen ersten Überblick zu gewinnen. Dies gilt im

Rahmen der hier vorliegenden Untersuchung besonders, da sich die Aussagen der Experten weitestgehend ergänzen und zum Teil ähnliche Ansätze in der Literatur zu finden sind, wie im folgenden Abschnitt dargestellt werden soll. Die Auswertung der Experteninterviews orientierte sich daher vor allem auf den Vergleich der Inhalte.

Für weiterführende Untersuchungen und zukünftige Versorgungsbedürfnisse älterer türkischer Arbeitsmigranten konnten die in dieser Arbeit durchgeführten Experteninterviews wichtige Erkenntnisse liefern.

6.2 Ergebnisdiskussion

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse aus den Experteninterviews diskutiert sowie den in der Literatur gefundenen Forschungsergebnissen (vergleiche Kapitel 2.3.4) zum Gesundheitszustand älterer türkischer Migranten gegenübergestellt.

Physische und psychische Gesundheit von älteren türkischen Arbeitsmigranten

Die Aussagen der Experten bezüglich der physischen Gesundheit von älteren türkischen Arbeitsmigranten weisen darauf hin, dass körperliche Beschwerden häufig aufgrund schwerer körperlicher Arbeit entstanden. Hierzu liegen in der Literatur kaum Daten vor. Aktuelle Rentenstatistiken zeigen keinen signifikant höheren Anteil von türkischen im Vergleich zu deutschen Rentnern auf, welche im Rahmen von Frühverrentung aus dem Berufsleben ausscheiden.

Vor allem die psychische Gesundheit von älteren türkischen Arbeitsmigranten beurteilen die meisten befragten Experten aufgrund des schwierigen Migrationsverlaufs als eher negativ. In der Literatur werden in diesem Zusammenhang die transkulturellen Aspekte der psychischen Gesundheit erwähnt (Baune; 2004; vergleiche Kapitel 2.3.4). Für Deutschland liegen hierzu aber nur in geringem Umfang epidemiologische Daten vor. In einer Studie zur psychiatrischen Morbidität in der Mannheimer Bevölkerung wurden deutlich niedrigere Prävalenzraten für alle Gruppen psychischer Erkrankungen unter Gastarbeitern verschiedener Nationalitäten festgestellt (Häfner et al.; 1977; vergleiche Kapitel 2.3.4). Andere Studien zur psychischen Gesundheit von Migranten weisen ähnliche Ergebnisse auf, nämlich niedrigere Prävalenzraten als in der deutschen Bevölkerung. Daher erscheint die Frage relevant, unter welchen Bedingungen Migranten einen besseren oder schlechteren Gesundheitszustand im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung des Aufnahmelandes aufweisen (Baune, 2004). Auch der Verlauf der Migration spielt bei der Entwicklung von Krankheiten

sowohl physischer als auch psychischer Art eine wesentliche Rolle. Bei der Feststellung psychosomatischer Erkrankungen können allerdings auch kommunikative oder kulturelle Schwierigkeiten für unvollständige oder falsche Diagnosen verantwortlich sein. So äußern vor allem türkische Patienten bei psychischen Beschwerden körperliche Schmerzen. Können im Laufe der Diagnostik keine körperlichen Ursachen hierfür gefunden werden, wechseln die Patienten häufig den Arzt. Besonders unter türkischen Frauen ist die Erwartungshaltung an das deutsche Gesundheitssystem sehr hoch (Baune; 2004).

Soziale Situation; Arbeitsbiografie und Rente

Das Zentrum für Türkeistudien zeigt in einer Studie mit türkischen und italienischen Arbeitsmigranten (1992), dass insgesamt 46% der Befragten während ihres Aufenthalts in der Bundesrepublik mindestens einmal an einer schweren Krankheit litten. Dabei gab mehr als die Hälfte der Befragten akute körperliche Beschwerden an. Der Anteil der weiblichen Befragten lag in dieser Gruppe überdurchschnittlich hoch (Seeberger; 1998).

Einige der befragten Experten erwähnen nicht nur schwere körperliche Arbeit als Grund für Erkrankungen bei älteren türkischen Arbeitsmigranten, sondern auch soziale Ungleichheit im Vergleich zur Aufnahmegesellschaft. In der Literatur finden sich deutliche Hinweise darauf, dass soziale Ungleichheit und dessen Kriterien, beispielsweise Bildungsgrad, Einkommen oder Wohnsituation, den Gesundheitszustand beeinflussen. Demnach haben un- und angelernte Arbeiter in der Gesellschaft im Durchschnitt eine höhere Mortalität als Akademiker (Siegrist; Möller-Leimkühler; 2003). Da laut der Experten bei den älteren türkischen Arbeitsmigranten sowohl oft ein Mangel an Bildung vorliegt und sie häufig sozial benachteiligt sind im Vergleich zur deutschen Bevölkerung, kann angenommen werden, dass bei dieser Gruppe eine höhere Mortalitätsrate vorliegt. Allerdings ebenfalls ist davon auszugehen, dass sich sowohl die soziale als auch die wirtschaftliche Situation für viele türkische Arbeitsmigranten nach der Migration im Vergleich zu deren vorheriger Lebenssituation im Herkunftsland zunächst verbesserte. Dies kann sich, zumindest in den ersten Jahren nach der Migration, positiv auf die Gesundheit auswirken.

Netzwerke

Zu den familiären und religiösen Netzwerken bei älteren türkischen Arbeitsmigranten finden sich bisher ebenfalls nur geringe Hinweise in der Literatur. In einer Befragung älterer türkischer Migranten zu deren Lebens- und Bedarfslagen (Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V.; Dortmund; 2001) gaben die meisten Befragten die Kinder und

(Ehe-)partner als wichtigste Kontaktpersonen an. Ebenfalls gaben zirka zwei Drittel der Befragten in dieser Studie an, dass sie regelmäßig religiöse Einrichtungen oder Veranstaltungen besuchen, welche in Moscheen stattfinden. Hier überschneiden sich die Aussagen mit denen für diese Arbeit durchgeführten Befragungen. Vor allem sehen die befragten Experten das Treffen und den Austausch mit Freunden gleicher kultureller und religiöser Herkunft als wichtigsten Grund für den Besuch religiöser Gemeinschaften an.

Da sich die meisten türkischen Arbeitsmigranten der ersten Generation derzeit in einem Alter befinden, in welchem das Thema Pflegebedürftigkeit noch keine große Rolle spielt, können bezüglich des Versorgungsbedarfs von älteren türkischen Menschen durch das Altenhilfesystem nur Vermutungen angestellt werden. Ältere Ausländer sind in stationären Einrichtungen der Altenhilfe zur Zeit noch in der Minderheit. In der Literatur werden als Grund dafür vor allem die jüngere Alterstruktur der ehemaligen türkischen Gastarbeiter, erhöhte Zugangsbarrieren sowie, besonders unter den türkischen Arbeitsmigranten, das Festhalten an traditionellen Normen genannt (Hinz; 2003).

Ältere türkische Frauen

Zur speziellen gesundheitlichen Situation älterer türkischer Frauen lassen sich in der Literatur ebenfalls kaum Hinweise finden. In einer qualitativen Studie zum Thema „Altern in der Migration“ von Seeberger (1998) zeigen sich Parallelen zu den Aussagen der für diese Arbeit befragten Experten. Vor allem die türkischen Frauen der ersten Generation sahen ihre Aufgabe in der Versorgung der Familie. Gemäß dem Rollenverständnis der türkischen Kultur durften viele türkische Frauen das Haus nur in Begleitung ihres Ehemannes oder anderer männlicher Verwandter verlassen. Musste die türkische Frau aus wirtschaftlichen Gründen Geld verdienen, bedeutete dies für sie eine gesellschaftliche Aufwertung gegenüber dem Ehepartner, was nicht selten zu Konflikten führte (Seeberger; 1998).

Für viele türkische Frauen verlief die Migration beziehungsweise Integration negativ, da sie weder die deutsche Sprache erlernen, noch Kontakte außerhalb ihrer Familie oder des türkischen Freundeskreis knüpfen konnten: *„Doch mit den Verwandten kamen auch die muslimisch-türkischen Familientraditionen nach Deutschland. Die Frauen, die in die Moderne aufgebrochen waren, wurden heim ins Haus geholt. Es wurde kein deutsch mehr gesprochen, muslimisch gelebt“.* (Kelek; S. 18; Die Zeit; 48:2005).

Fazit

Die Erkenntnisse aus den in dieser Arbeit dargestellten Experteninterviews sowie die Ergebnisse der Literaturliteraturarbeit (Kapitel 2.3.4) weisen darauf hin, dass die Migration der ersten Generation türkischer Arbeitsmigranten anders verlief als ursprünglich geplant. Zwar wollten viele der türkischen Arbeitsmigranten im Rahmen der Anwerbeverfahren nur einige Jahre in der Bundesrepublik arbeiten und mit dem hier verdienten Geld eine Existenz in der Türkei aufbauen. Im Jahr 1973, als die Bundesrepublik aufgrund wirtschaftlicher Rezession die Anwerbung ausländischer Arbeitnehmer einstellte, lebten zirka 910.000 Menschen türkischer Herkunft in Deutschland. Der Großteil von ihnen entschied sich, gemeinsam mit ihren Familien, zum dauerhaften Aufenthalt in Deutschland. Das am 28. November 1983 erlassene „Gesetz zur Förderung der Rückkehrbereitschaft von Ausländern“²⁰ konnte nur etwa 250.000, überwiegend türkischstämmige, Menschen, in den Jahren 1983 und 1984, veranlassen in ihre Heimat zurückzukehren (Faruk, 2002).

Deutlich wird aber vor allem anhand der Aussagen der türkischen Experten, dass der Rückkehrwunsch unter den älteren türkischen Migranten nach wie vor präsent ist, was ihnen die Integration in die deutsche Aufnahmegesellschaft bis heute schwer macht. Das Heimweh vieler älterer Türken, und der Wunsch nach Rückkehr in die Türkei einerseits sowie die relativ gesicherte Versorgung unter anderem durch das deutsche Gesundheitssystem und die Nähe zu den Kindern, welche in Deutschland fest etabliert sind, können, nach Ansicht der Verfasserin, in Zukunft bei den älteren türkischen Migranten vor allem psychische Gesundheitsprobleme verursachen. Hinzu kommen, laut Aussagen der Experten, körperliche Beschwerden, vor allem aufgrund schwerer Arbeitsbedingungen. Diese Beschwerden und Krankheiten können in Zukunft das Risiko älterer türkischer Migranten pflegebedürftig zu werden erhöhen (Seeberger; 1998).

²⁰ Im Rahmen dieses Gesetzes wurden finanzielle Anreize zur Rückkehr in die Heimatländer geboten, z.B. Hilfe zur Existenzgründung oder steuerliche Erleichterungen für die Rückkehrer; ferner wurden Beratungsstellen in der Bundesrepublik eingerichtet, an die sich Interessierte wenden konnten.

7 Handlungsempfehlungen

Im folgenden Kapitel werden auf Basis der aus den Untersuchungsergebnissen gewonnenen Erkenntnisse Handlungsempfehlungen für die Erhebung gesundheitsbezogener Daten bei älteren türkischen Arbeitsmigranten und für Maßnahmen bezüglich deren zukünftiger Versorgung entwickelt. Für solche Maßnahmen steht vor allem das unmittelbare Lebensumfeld in Städten und Kommunen im Vordergrund der Empfehlungen. Hier scheint die Erreichbarkeit der Zielgruppe am besten gewährleistet zu sein. Zum einen müssen im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst²¹ gezielt Daten über die Zielgruppe ältere türkische Arbeitsmigranten erhoben und verarbeitet werden. Ferner sollten anhand dieser Informationen Maßnahmen zu deren Versorgung entwickelt werden.

Datenerhebung bei älteren türkischen Arbeitsmigranten

Ziel der Datenerhebung und –analyse ist es, die Gültigkeit der in Kapitel 5.7 aufgestellten Hypothesen zu überprüfen. Vor allem sollte in diesem Zusammenhang untersucht werden, ob signifikant unterschiedliche Anforderungen an das Gesundheitssystem bezüglich der zukünftigen Versorgung älterer türkischer Arbeitsmigranten im Vergleich zur entsprechenden deutschen Altersgruppe beziehungsweise zu anderen ethnischen Minderheiten mit ähnlichem kulturellen und religiösen Hintergrund bestehen. Eine solche Datenerhebung sollte im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung durch den ÖGD erfolgen (**vergleiche Kapitel 3.3**). Da zur Entwicklung von Maßnahmen zur Versorgung älterer türkischer Arbeitsmigranten vor allem Daten erforderlich sind, welche die mit der Migration verbundenen Risiken aufzeigen, ist der Vergleich mit Deutschen der gleichen sozialen Schicht sowie mit ähnlicher Arbeitsbiografie zu empfehlen. Anhand eines solchen Vergleichs kann überprüft werden, ob alleine der Migrationsverlauf oder auch andere Risikofaktoren wie Bildungsmangel, schlechte soziale Lage und weiteres Einfluss auf die Gesundheit älterer türkischer Migranten hat. In der Regel leben ältere türkische Arbeitsmigranten bereits seit vielen Jahren in der Bundesrepublik. Daher können sich migrationsspezifische Faktoren, welche die Gesundheit der Zielgruppe gefährden, inzwischen relativiert haben. Eine sorgfältige Gesundheitsberichterstattung sollte deshalb zum Ziel haben, Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung aufzudecken und Unterstützung zur Entwicklung von Maßnahmen leisten, welche diese Ungleichheiten reduzieren können.

²¹ im folgenden ÖGD

Erreichbarkeit der Zielgruppe

Zum sozialen Umfeld von älteren türkischen Arbeitsmigranten gehören unter anderem religiöse Einrichtungen, aber auch Treffpunkte für ältere türkische Menschen, beispielsweise Cafés oder kulturelle Einrichtungen. Diese Einrichtungen können als Ressource genutzt werden, um die Zielgruppe mit Informationen zu Maßnahmen der Gesundheits- und Altersversorgung zu erreichen. Soziale Netzwerke und deren gesundheitsfördernde Bedeutung sind auf Gemeindeebene im Rahmen von Untersuchungen zu identifizieren (Trojan; 2000). Eine solche Form der Untersuchung ist für den Bezirk Altona sinnvoll, da hier der Anteil der türkischen Bevölkerung und von Menschen anderer Nationalität besonders hoch ist und es viele Einrichtungen für türkische Menschen gibt. Aufgrund häufig mangelnder Deutschkenntnisse ist der Einsatz von Multiplikatoren türkischer Herkunft zu empfehlen, um eine Erreichbarkeit der Zielgruppe zu gewährleisten.

Ebenfalls zu empfehlen ist die Ausbildung von Gesundheitslotsen. Im Rahmen eines Projektes in Österreich werden Migranten zu solchen Lotsen ausgebildet, welche in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld/Setting als ehrenamtliche Helfer eine Steuerungsfunktion einnehmen. Die niedrighschwelligeren „**link-worker**“ erhalten theoretische und praktische Schulungen zu Gesundheitsthemen wie zum didaktisch-methodischen Bereich. Die Multiplikatoren begleiten beispielsweise andere Migranten bei Arztbesuchen, um zu dolmetschen oder leisten Informationsarbeit im Gesundheitsbereich. Zu diesem Projekt wurde ein Praxishandbuch zur interkulturellen Öffnung im Gesundheitswesen für Multiplikatoren und Gesundheitsberaterinnen entwickelt (www.zebra.org). Auch in der Bundesrepublik werden im Rahmen eines Projektes des Bundesverbandes der Betrieblichen Krankenkassen in Kooperation mit dem Ethnomedizinischen Zentrum Hannover Multiplikatoren zu Gesundheitslotsen/-experten ausgebildet. Diese Multiplikatoren weisen in der Regel einen Migrationshintergrund auf und beherrschen sowohl die Sprache ihres Herkunftslandes, als auch die deutsche Sprache. Im Rahmen von Unterrichtseinheiten werden diese Menschen zu verschiedenen gesundheitsbezogenen Themen geschult, um dann als Referenten entsprechende Informationen an andere Migranten weiter zu geben. Es zeigt sich bereits, dass besonders in Einrichtungen für Menschen ausländischer Herkunft sowie an Schulen oder Kindergärten großes Interesse an solchen Informationsveranstaltungen für Migranten besteht (www.gesunde-stadte-etzwerk.de/MiMi). Zur besseren Erreichbarkeit der Zielgruppe ist ferner die Zusammenarbeit mit Einrichtungen, welche häufig von älteren türkischen Menschen besucht werden, angebracht. So können

beispielsweise Informationen zum Thema Versorgung im Alter gegebenenfalls über Multiplikatorenarbeit an die Zielgruppe weitergegeben werden. Um die Zielgruppe ältere türkische Arbeitsmigranten in ausreichendem Maße zu erreichen ist in jedem Fall die Konzipierung besonders niedrighschwelliger Angebote von Bedeutung. Dies bedeutet, dass Angebote und Information im unmittelbaren Lebensumfeld der Zielgruppe stattfinden müssen. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass sich ältere türkische Migranten Informationen zum Thema Altern und Gesundheit beispielsweise bei den Gesundheitsämtern abholen.

Versorgung im Alter

In den kommenden Jahren werden ältere türkische Arbeitsmigranten verstärkt auf die Hilfe der Dienstleistungsanbieter in der Altenhilfe angewiesen sein. Dazu zählen zum Beispiel ambulante Pflegedienste, aber auch teil- oder vollstationäre Pflege- und Altenhilfeeinrichtungen. Bisläng sind in solchen Einrichtungen kaum ältere türkische Menschen vertreten. Zum einen liegt dies daran, dass die türkischen Arbeitsmigranten noch nicht das Alter erreicht haben, in welchem ein großes Risiko besteht pflegebedürftig zu werden. Ferner hoffen viele ältere Menschen türkischer Herkunft auf die Versorgung innerhalb ihrer Familien gemäß dem traditionellen Verständnis. Allerdings zeigt sich unter jüngeren türkischen Menschen in den letzten Jahren zunehmend ein Trend zur Individualisierung. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Versorgung älterer türkischer Menschen zukünftig noch primär durch die Familie erfolgt (Hinz; 2003).

Vor allem die stationären Einrichtungen der Altenhilfe müssen sich in den kommenden Jahren verstärkt auf den neuen Kundenkreis der älteren Migranten einstellen. Da bisher kaum Bedarfsanalysen zu dieser Thematik vorliegen, ist eine solche Erhebung zum einen bei der Zielgruppe, zum anderen aber auch in den Einrichtungen zu empfehlen. Eine Befragung älterer türkischer Arbeitsmigranten muss zum Ziel haben, deren Wünsche und Bedürfnisse bezüglich ihrer Versorgung im Alter zu ermitteln. Vor allem die Einrichtungen der stationären Altenhilfe sollten analysieren, inwieweit sie auf die Aufnahme älterer türkischer Migranten vorbereitet sind, beziehungsweise entsprechende Vorbereitungen treffen können. Hierzu zählen beispielsweise Informationsveranstaltungen für ältere türkische Menschen, aber auch Schulungen von Mitarbeitern in Altenhilfeeinrichtungen zum Umgang mit Menschen anderer kultureller und religiöser Herkunft.

Ambulante Einrichtungen oder Personen, welche ältere türkische Migranten versorgen, müssen Informationen zum Bereich kulturelle Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverständnis erhalten. So werden Fehldiagnosen oder häufige Arztwechsel bei Migranten vermieden (Baune; 2004). Die Koordination solcher Maßnahmen, beispielsweise von Schulungen oder Informationsveranstaltungen, sollte von einer zentralen Einrichtung übernommen werden. Hier bieten sich unter anderem die Gesundheitsämter an. Zumindest sollten von hieraus Empfehlungen zur Versorgung älterer türkischer Arbeitsmigranten an die verschiedenen Einrichtungen weitergegeben werden, um diese für das Thema zu sensibilisieren. Eine flächendeckende Versorgung der älteren türkischen Menschen, beispielsweise in einem Bezirk wie Hamburg-Altona, könnte durch eine effektive Vernetzung der Altenhilfeinstitutionen erreicht werden.

Zusammengefasst lassen sich die Handlungsempfehlungen wie folgt abbilden:

- Es gibt zu wenig Kenntnisse über die gesundheitliche Situation und den Versorgungsbedarf von älteren türkischen Migranten. Hierzu müssen vermehrt gesundheitsbezogene Daten bei der Zielgruppe erhoben werden. Dies ist im Rahmen einer sorgfältigen Gesundheitsberichterstattung durch den ÖGD zu empfehlen.
- Um festzustellen, ob die Migration oder deren Verlauf für einen schlechteren Gesundheitszustand von älteren türkischen Arbeitsmigranten verantwortlich zu machen sind, ist es sinnvoll, für zukünftige Untersuchungen ältere deutsche Menschen als Vergleichs-/Kontrollgruppe auszuwählen. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die beiden Gruppen Ähnlichkeiten bezüglich der Bildungs- und Arbeitsbiografie sowie des sozialen Hintergrunds aufweisen.
- Um die Zielgruppe ältere türkische Migranten beispielsweise mit Informationen zum Thema Versorgung durch das deutsche Altenhilfesystem zu erreichen, ist der Einsatz türkischsprechender Multiplikatoren beziehungsweise von türkischem Informationsmaterial im unmittelbaren Umfeld der Zielgruppe zu empfehlen. Dieser Einsatz kann unter anderem in kulturellen oder religiösen Einrichtungen erfolgen. So können entsprechende Informationen und Leistungen niedrigschwellig angeboten werden.

- Einrichtungen der Altenhilfe müssen sich zukünftig auf die Versorgung älterer türkischer Migranten einstellen. Hierzu sind Bedarfsanalysen notwendig um Bedürfnisse und Wünsche die türkischen Menschen bezüglich ihrer Versorgung im Alter festzustellen. Aufgrund der bestehenden Sprachproblematik ist zur Bedarfserhebung der Einsatz türkischsprachiger Interviewer angebracht.
- Es ist notwendig, Mitarbeiter von Altenhilfeeinrichtungen sowie Einzelversorger in Zukunft vermehrt über kulturspezifische gesundheitsbezogene Besonderheiten bei älteren türkischen Migranten zu informieren. Die zentrale Koordination solcher Schulungen beziehungsweise Verteilung von Informationen könnte in Kooperation mit den Gesundheitsämtern erfolgen.

8 Ausblick

„...Ich persönlich kann sagen, dass ich, auch wenn es sarkastisch klingen mag, sage, dass man die erste Generation (türkische; Anmerkung der Interviewerin) Gastarbeiter nicht mehr retten kann! Man wird ihnen nicht mehr deutsch beibringen können, man wird ihnen auch deutsche Gedanken und Werte nicht beibringen können, man muss einfach aussitzen und warten, bis diese Generation ausgestorben ist...Man kann...also deren Denkstruktur nicht mehr in eine Richtung umschlagen...also, sie haben ein Weltbild...“ (Experte E1tm)

Diese Meinung eines der interviewten Experten mag zwar auch der landläufigen Auffassung deutscher Mitbürger entsprechen, steht aber im Kontrast zu der Rahmenkonvention der Europäischen Union zum Schutz nationaler Minderheiten (siehe Kapitel 2.2: Gesetzliche Rahmenbedingungen der Migration). Die Konvention sichert den ethnischen Minderheiten in den Ländern der Europäischen Union, zu denen auch die älteren türkischen Arbeitsmigranten zählen, nicht nur Toleranz, sondern aktiven Schutz ihrer kulturellen, sprachlichen, ethnischen und religiösen Besonderheiten zu. Der Weg führt über gegenseitige Toleranz und Integration zu einer multikulturellen Gesellschaft. Der Versuch Menschen mit Migrationshintergrund in die deutsche Gesellschaft zu assimilieren²² ist abzulehnen. Zu bedenken ist ferner, dass vor allem die Gastarbeiter der ersten Generation, unabhängig von ihrer Nationalität, mit dem Einsatz ihrer Arbeitskraft maßgeblich zum wirtschaftlichen Aufschwung in der Bundesrepublik beigetragen haben. Die Vorstellung seitens der Anwerbestaaten im Rahmen der Anwerbeverfahren für einen begrenzten Zeitraum Human-kapital zu leihen und nach entsprechender Arbeitszeit gegen neue Arbeitskräfte auszutauschen erwies sich als nicht umsetzbar, da die Menschen, die in die Bundesrepublik kamen, geblieben sind. Die erste Generation türkischer Gastarbeiter erlebt zur Zeit in Deutschland eine Situation, welche für sie und die deutsche Gesellschaft neu ist. Sie sind Rentner oder werden es bald sein, ohne dass sich um ihr Altwerden in der Bundesrepublik Gedanken gemacht wurde (Richter, Yagli; 2004). In Zukunft werden ältere türkische Menschen vermehrt auf die Hilfe des deutschen Altenhilfesystems angewiesen sein. Da die erste Generation Gastarbeiter nun in Deutschland das Rentenalter erreicht, besteht sowohl die moralische als auch politische Verpflichtung ihnen das Altwerden würdevoll zu gestalten. Dies sollte grundsätzlich für alle älteren Menschen, als Teil unserer (multikulturellen) Gesellschaft, gelten.

²² Assimilieren; Assimilation (lat. >das Ähnlichmachen): Angleichung, Anpassung, Verschmelzung (dtv Lexikon; 1990)

Die Auseinandersetzung mit Migranten aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht erweist sich als sehr komplexes Thema. Gesundheitsbezogene Daten lassen sich aufgrund der unterschiedlichen Migrationstypen nur schwer generieren. So weisen beispielsweise Menschen ausländischer Herkunft, welche sich illegal in der Bundesrepublik aufhalten, andere Risiken auf als türkische Arbeitsmigranten. Dazu zählt unter anderem, dass diese Menschen keinen Versicherungsschutz besitzen und daher nur indirekt einen Anspruch auf die Versorgung durch das deutsche Gesundheits- und Sozialsystem haben. Die Darstellung der gesundheitlichen Situation sowie des zukünftigen Versorgungsbedarfs von älteren türkischen Arbeitsmigranten stellt demnach nur einen Teilaspekt der Thematik Migration und Gesundheit dar. Das Gesellschaftsbild in Deutschland hat sich in den vergangenen vier Jahrzehnten durch die zahlreichen Menschen mit Migrationshintergrund verändert. Dies wird besonders in deutschen Großstädten wie Hamburg oder Berlin deutlich, wo der Anteil von Einwohnern mit Migrationshintergrund besonders hoch ist. Aus den Gastarbeitern wurden Einwanderer, ohne dass die Politik dies bemerkte und darauf reagierte (Kelek; 2005).

Anhand der für diese Arbeit durchgeführten Experteninterviews lassen sich Tendenzen bezüglich des Gesundheitszustands von älteren türkischen Migranten feststellen. Deutlich wird, dass ältere Türken vielfach an psychosomatischen sowie auch an chronischen Erkrankungen leiden. Dies liegt zum Teil an erschwerten Arbeitsbedingungen während der Erwerbstätigkeit. Eine weiterführende Untersuchung, beispielsweise eine Ursachenanalyse für Frühverrentungen bei türkischen Arbeitsmigranten, könnte hierzu weitere Erkenntnisse liefern.

Einfluss auf den Gesundheitszustand von Migranten hat unter anderem der Migrationsverlauf. Gelingt es den Migranten, sich nach der Einwanderung in die Aufnahmegesellschaft zu integrieren, deren Werte und Normen anzuerkennen ohne die eigene kulturelle Identität zu verlieren, kann die Migration als erfolgreich bezeichnet werden. Dies war bei vielen türkischen Migranten jedoch nicht der Fall. Deren Lebensplanung sah einen längeren Aufenthalt in der Bundesrepublik nicht vor. Daher bemühten sich sowohl viele türkische Arbeitsmigranten als auch die deutsche Politik und Gesellschaft nicht um deren Integration. Viele türkische Menschen sind laut Expertenmeinung auch dreißig bis vierzig Jahre nach der Migration in die Bundesrepublik hin- und hergerissen. Einerseits besteht bei vielen von ihnen nach wie vor der Wunsch nach Rückkehr in die Türkei. Auf der anderen Seite wollen die älteren türkischen Menschen vor allem ihre Familien beziehungsweise ihre Kinder, die in Deutschland leben, nicht verlassen. Diese Zerrissenheit kann laut Expertenmeinung für

psychische Erkrankungen bei älteren türkischen Migranten verantwortlich sein.

Ob die Migration selber oder die Lebensumstände sowie der soziale Status oder das Bildungsniveau als Indikator für einen schlechteren Gesundheitszustand von älteren türkischen Menschen verantwortlich zu machen sind, lässt sich anhand der vorliegenden Ergebnisse zwar im Ansatz klären, erfordert aber weitere Untersuchungen zur Verifizierung der aufgestellten Hypothesen. Als Vergleichsgruppe ist in diesem Fall zu empfehlen, ältere Deutsche mit ähnlichem sozialen- und Bildungshintergrund hinzu ziehen.

Obwohl die Untersuchungsergebnisse dieser Arbeit auf eine fehlgeschlagene Integration älterer türkischer Arbeitsmigranten in die deutsche Aufnahmegesellschaft hinweisen, können vor allem die familiären und kulturellen Netzwerke älterer türkischer Menschen gesundheitsfördernde Strukturen aufweisen. Diese lassen sich im unmittelbaren Umfeld der Zielgruppe als Ressource für gesundheitspolitische Maßnahmen nutzen. Ein Stadtteil wie Hamburg-Altona, wo sich zahlreiche türkische Einrichtungen auf engem Raum befinden, scheint für solche Maßnahmen geeignet zu sein.

Eine direkte Befragung bei der Zielgruppe konnte im Rahmen dieser Arbeit aufgrund der bereits beschriebenen sprachlichen Barrieren von der Verfasserin nicht durchgeführt werden (vergleiche Kapitel 3.3; Datenerhebung bei der Zielgruppe). Dennoch ergaben sich wertvolle Kontakte zur Zielgruppe. Daher kann dem zu Beginn dieses Kapitels eingefügten Expertenzitat entgegengesetzt werden:

„Diese Generation (erste türkische Gastarbeiter; Anmerkung der Verfasserin) ist stolz darauf, hier zu sein, sie will bei ihren Kindern in Deutschland bleiben und sie wird nicht zurückgehen. Die erste Generation war so stark, dass sie das harte, entbehrungsreiche Leben in Deutschland durchgestanden hat. Es lohnt sich ihnen zuzuhören.“ (Richter; S. 29)

9 Literaturverzeichnis

- Akgün, Lale: **Gesundheit zwischen strukturellen Gegebenheiten und kulturellen Patterns**; in: Interkulturelle Beratung – Grundlagen, Anwendungsbereiche und Kontexte in der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung (S. 15 – 21); Forum Migration, Gesundheit, Integration; Hegemann, Thomas (Hrsg.); Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung 2002
- **Artikel 5** Zuwanderungsgesetz; 21.August 2005; Änderung des Staatsangehörigkeitsgesetzes (StAG); BGBl. I S. 3322
- **Ausländergesetz-AusIG**; Gesetz über die Einreise und den Aufenthalt von Ausländern im Bundesgebiet
- Baune, Bernhard Th.: **Psychische Gesundheit unter transkulturellen Gesichtspunkten. Besonderheiten der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgungssituation von Migranten**; in: Gesundheit von Migranten – Internationale Bestandsaufnahme und Perspektiven (S. 123 - 141) ; Krämer, Alexander (Hrsg.); Weinheim und München: Juventa Verlag 2004
- Bilgin, Yasar: **Spezielle Gesundheitsgefährdung und frühzeitige Altersprozesse bei Migranten**; in: Begutachtung im interkulturellen Feld – Zur Lage der Migranten und zur Qualität ihrer sozialgerichtlichen und sozialmedizinischen Begutachtung in Deutschland (S. 53 – 56); Forum Migration, Gesundheit, Integration; Collatz, Jürgen u.a. (Hrsg.); Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung 1999
- Borde, Theda u.a.: **Gibt es Besonderheiten bei der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch Migrantinnen und Migranten**; in: Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen (S. 43 – 81); Borde, Theda u.a. (Hrsg.); Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag 2003
- Brockhaus GmbH Mannheim und Deutscher Taschenbuchverlag GmbH § Co. KG.: **dtv Lexikon**; Band 1; Mannheim 1990

- Brucks, Ursula u.a.: **Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung für Migrantinnen und Migranten**; in: Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen (S. 15 – 33); Borde, Theda u.a. (Hrsg.); Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag 2003
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung BiB: **Bevölkerung; Fakten-Trends-Ursachen-Erwartungen-Die wichtigsten Fragen**; Wiesbaden 2004
- Diekmann, Andreas: **Empirische Sozialforschung – Grundlagen, Methoden, Anwendungen**; Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag 1995; 12. Auflage 2004
- Europäische Menschenrechtskonvention: **Der Schutz nationaler Minderheiten**; 1994
- Flick, Uwe: **Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung**; Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag 2002; 2. Auflage 2004
- Flöthmann, E.-Jürgen: **Demographischer Hintergrund in der Bundesrepublik Deutschland**; in: Gesundheit von Migranten – Internationale Bestandsaufnahme und Perspektiven (S. 21 – 39) ; Krämer, Alexander (Hrsg.); Weinheim und München: Juventa Verlag 2004
- Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. (Hrsg.): **Lebens- und Bedarfslagen älter werdender Migrantinnen und Migranten - Exemplarische Untersuchung der Lebenssituation älterer Menschen türkischer Herkunft im Kreis Unna**; Dortmund 2001
- Glaser, Barney G. u.a.: **Grounded Theory – Strategien qualitativer Forschung**; Bern: Hans Huber Verlag 1998
- Häfner, H.: **Psychiatrische Morbidität von Gastarbeitern in Mannheim – Epidemiologische Analyse einer Inanspruchnahmepopulation**; in: Nervenarzt 1980 (Hrsg.); Ausgabe 51 (S. 672 – 683) Gesundheit von Migranten – Internationale Bestandsaufnahme und Perspektiven (S. 128) ; Krämer, Alexander (Hrsg.); Weinheim und München: Juventa Verlag 2004

- Häfner, H. u.a.: **Psychische Störungen bei türkischen Gastarbeitern. Eine prospektiv-epidemiologische Studie zur Untersuchung der Reaktion auf Einwanderung und partielle Anpassung**; in: Nervenarzt 1977; Ausgabe 48 (S. 268 – 275); in: Gesundheit von Migranten – Internationale Bestandsaufnahme und Perspektiven (S. S. 130) ; Krämer, Alexander (Hrsg.); Weinheim und München: Juventa Verlag 2004
- Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt: Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Hamburg (Hamburgisches Gesundheitsdienstgesetz – HmbGDG); Hamburg; 27. Juli 2001
- Hinz, Sandra: **Alt werden in der Fremde**; in: Migration und Gesundheit (S. 83 - 134); BKK – Landesverband Hessen (Hrsg.); Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag GmbH 2004
- Hörbst; Viola: **Kulturgebundene Syndrome – ein hilfreiches Konzept für fremdkulturelle Krankheitsauffassungen**; in: Interkulturelle Beratung – Grundlagen, Anwendungsbereiche und Kontexte in der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung (S. 45 - 54); Forum Migration, Gesundheit, Integration; Hegemann, Thomas (Hrsg.); Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung 2002
- Hörbst, Viola u.a.: **Gesundheit, Krankheit und Behandlung im Spannungsfeld der Kulturen – Medizinethnologische Ansätze für Praktiker**; in: Interkulturelle Beratung – Grundlagen, Anwendungsbereiche und Kontexte in der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung (S. 23 - 34); Forum Migration, Gesundheit, Integration; Hegemann, Thomas (Hrsg.); Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung 2002
- IG Metall Kiel / Ausländerausschuss: **Die soziale Situation türkischer Arbeitsmigranten**; Otto Brenner Stiftung (Hrsg.); Arbeitsheft 21; Kiel 2001
- Kaufmann, Franz-Xaver: **Herausforderungen des Sozialstaates**; Frankfurt: Suhrkamp Verlag 1997
- Kelek, Necla: **Scharia, nein! Die deutschen Türken müssen sich ändern**; in: Die Zeit; 24. November 2005; Ausgabe Nr. 48 (S. 17 – 18)
- Keller, Angela u.a.: **Gesundheit und Versorgung von Deutschen und Migranten – Ergebnisse eines Surveys in Bielefeld**; in: Migration und Gesundheit (S. 47 – 83); BKK – Landesverband Hessen (Hrsg.); Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag GmbH 2004

- Mayring, Philipp: **Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken**; Weinheim und Basel: Beltz Verlag 1983; Weinheim: Deutscher Studien Verlag; 8. Auflage 2003
- **Rahmenübereinkommen zum Schutz nationaler Minderheiten**; multilaterales europäisches Übereinkommen zum Schutz von Angehörigen nationaler Minderheiten; Februar 1995
- Razum, Oliver: **Gesundheitsberichterstattung für Migrantinnen und Migranten: Möglichkeiten und Grenzen**; in: Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen (S. 265 – 273); Borde, Theda u.a. (Hrsg.); Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag 2003
- Razum, Oliver u.a.: **Niedrigere Sterblichkeit unter Migranten – wirklich ein Paradox? Ein Gedankenexperiment**; in: Gesundheit von Migranten – Internationale Bestandsaufnahme und Perspektiven (S. 61 - 74) ; Krämer, Alexander (Hrsg.); Weinheim und München: Juventa Verlag 2004
- Razum, Oliver u.a.: **Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect?** in: Tropical Medicine and International Health Magazin (S. 297 – 303); Volume 3 No. 4; 1998 (o.O.)
- Richter, Michael: **gekommen und geblieben – Deutsch-türkische Lebensgeschichten**; Hamburg: edition Körber-Stiftung 2003; 3. Auflage 2004
- Richter, Michael u.a.: **Es lohnt sich zuzuhören**; in: gekommen und geblieben – Deutsch-türkische Lebensgeschichten (S. 23 – 29); Richter, Michael (Hrsg.); Hamburg: edition Körber-Stiftung 2003; 3. Auflage 2004
- Rosenbrock, Rolf: **Gesundheitspolitik – Eine systematische Einführung**; Bern: Verlag Hans Huber 2004
- Seeberger, Bernd: **Altern in der Migration – Gastarbeiterleben ohne Rückkehr**; Köln: Kuratorium Deutsche Altenhilfe 1998
- Sen, Faruk: **Türkische Minderheit in Deutschland**; in: Informationen zur politischen Bildung – Türkei (S. 53 – 61); Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.); Bonn; 4. Quartal 2002

- Siegrist, Johannes u.a.: **Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit**; in: Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen (S. 127); Schwartz, Friedrich-Wilhelm u.a. (Hrsg.); München, Jena: Urban & Fischer Verlag 2003; 2. Auflage 2003
- **Staatsangehörigkeitsgesetz (StaG)**; 20.6.2002, BGBl I 2002 Nr. 38
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein: **Statistischer Bericht – Ausländische Bevölkerung in Hamburg am 31.12.2003**; Hamburg, Schleswig-Holstein 2004
- Statistisches Bundesamt Wiesbaden: **Statistischer Bericht zu Bevölkerungszahlen**; Wiesbaden 2000
- Trojan, Alf: **Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung**; in: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung (S. 104 – 105); Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA (Hrsg.); Schwabenheim a. d. Selz: Verlag Peter Sabo 1996; 3. Auflage 2000
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger VDRK (Hrsg.): **Statistik der Gesetzlichen Rentenversicherung**; Würzburg 2002
- VERBI SOFTWARE. CONSULT. SOZIALFORSCHUNG. GMBH: **MAXQDA 2001**; SOFTWARE FOR QUALITATIVE DATA ANALYSIS; BERLIN 2001
- Verwey, Martine: **Hat die Odyssee Odysseus krank gemacht? Migration, Integration und Gesundheit**; in: Kulturelle Dimensionen der Medizin; Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology (S. 277 - 307); Lux, Thomas (Hrsg.); Berlin: Reimer Verlag 2003
- Walter, Ulla u.a.: **Prävention**; in: Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen (S. 197 – 200); Schwartz, Friedrich-Wilhelm u.a. (Hrsg.); München, Jena: Urban & Fischer Verlag 2003; 2. Auflage 2003
- Weltgesundheitsorganisation WHO: **Ottawa Charta**; Ottawa 1986
- Zentrum für Türkeistudien: **Zur Lebenssituation und spezifischen Problemlage älterer ausländischer Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland**; Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung BAS (Hrsg.); Essen 1992 in: Seeberger, Bernd: **Altern in der Migration – Gastarbeiterleben ohne Rückkehr** (S. 65 – 66); Köln: Kuratorium Deutsche Altenhilfe 1998

- Zimbardo, Philip G.: **Psychologie** ; Berlin, Heidelberg: Springer – Verlag 1974; 6. Auflage 1995

Internetadressen

- www.gesunde-staedte-netzwerk.de/MiMi/
- www.zebra.org
- <http://www.auswaertiges-amt.de/www/de/aussenpolitik/menschenrechte/euoparat/konventionen/minderheiten>

10 Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Anja Lüneburg

Hamburg, den 18. Januar 2006