

Bettina Schwarzer

# **Pflegeheime in der Einwanderungsgesellschaft**

Zur interkulturellen Öffnung stationärer  
Altenpflegeeinrichtungen in Deutschland

**Bettina Schwarzer**

## **Pflegeheime in der Einwanderungsgesellschaft**

Zur interkulturellen Öffnung stationärer Altenpflegeeinrichtungen  
in Deutschland

Die vorliegende Arbeit wurde vom Fachbereich Humanwissenschaften (Fachgebiet Soziologie Sozialer Dienste und Einrichtungen) der Universität Kassel als Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades einer Doktorin der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (Dr. rer. pol.) angenommen.

Gutachter: Prof. Dr. Eckhard Hansen, Universität Kassel  
Prof. Dr. Richard Münch, Universität Bamberg

Tag der mündlichen Prüfung: 18. August 2017

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Zugl.: Kassel, Univ., Diss. 2017  
ISBN 978-3-7376-0582-3 (print)  
ISBN 978-3-7376-0583-0 (e-book)  
DOI: <http://dx.medra.org/10.19211/KUP9783737605830>  
URN: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0002-405836>

© 2018, kassel university press GmbH, Kassel  
[www.upress.uni-kassel.de](http://www.upress.uni-kassel.de)

Printed in Germany

## Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnisse.....	5
Abkürzungsverzeichnis .....	7
<b>Einleitung</b> .....	10
<b>I. Buntes Alter! Bunte Organisationen?</b> .....	17
1. Ältere Migranten: Die Entdeckung einer Gruppe „neuer“ Alter .....	19
1.1 Lebenslagen .....	22
1.2 Rückkehr und Bleibeabsichten .....	29
1.3 Soziale Strukturen.....	33
1.4 Alters- und Pflegevorstellungen .....	39
1.5 Inanspruchnahme sozialer Dienste .....	41
2. Soziale Sicherung und pflegerische Versorgung im Alter: Ein Grundriss deutscher Strukturen und die Einbeziehung älterer Migranten.....	45
3. Geforderte Altenpflege: Interkulturelle Öffnung als Antwort auf eine „neue“ Klientel .....	59
3.1 Aufkommende (An-)Forderungen .....	61
3.2 Konzepte interkultureller Öffnung.....	63
<i>Schlussbemerkungen</i> .....	76
<b>II. Organisationen als Untersuchungsgegenstand</b> .....	79
1. Organisationen, Institutionen und deren Wandel .....	80
2. Organisationen und Felder.....	91
<i>Schlussbemerkungen</i> .....	97
<b>III. Alter und Migration aus internationaler Perspektive</b> .....	99
1. Ältere Migranten und Minderheitenangehörige .....	100
2. Wohlfahrts- und Altenpflegesysteme .....	122
3. Kultursensible Altenpflege: <i>talk and action</i> .....	136
<i>Schlussbemerkungen</i> .....	154
<b>IV. Interkulturelle Öffnung in der deutschen stationären Altenpflege</b> .....	158
1. Methodische Herangehensweise.....	158
1.1 Feldanalyse .....	160
1.2 Online-Befragung .....	161
1.3 Problemzentrierte Interviews.....	170

2. ... aus einer feldanalytischen Betrachtung.....	177
2.1 Entstehungsgeschichte .....	184
2.2 Triebkräfte.....	193
2.3 Umsetzungsschritte .....	199
3. ... ein quantitativer Zugang.....	214
3.1 Beschreibung der Untersuchungsgruppe.....	215
3.2 Triebkräfte.....	226
3.2.1 Gründe für eine interkulturelle Öffnung .....	226
3.2.2 Gründe für keine einrichtungsinterne Diskussion oder Umsetzung einer interkulturellen Öffnung .....	231
3.3 Umsetzungsschritte .....	235
4. ... aus einer qualitativ problemzentrierten Perspektive .....	249
4.1 Beschreibung der Untersuchungseinrichtungen.....	250
4.2 Triebkräfte.....	255
4.2.1 Gesellschaftliche Ebene .....	258
4.2.2 Altenpflegefeld.....	265
4.2.3 Organisationale Ebene .....	284
4.2.4 Trieb- und Gegenkräfte aus Perspektive der Vergleichsgruppe .....	301
<i>Zwischenbemerkungen</i> .....	325
4.3 Umsetzungsschritte .....	335
4.3.1 Ziele, Strategien und Konsequenzen.....	336
4.3.2 Organisationaler Lernprozess.....	354
<i>Zwischenbemerkungen</i> .....	359
<i>Schlussbemerkungen</i> .....	361
<b>V. Abschließende Betrachtungen</b> .....	363
1. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse.....	363
2. Theoretische Implikationen .....	379
<i>Schlussbemerkungen</i> .....	388
<b>Schlusswort</b> .....	390
Literaturverzeichnis .....	395
Anhang.....	446

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnisse

### Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Zugriffe im Erhebungszeitraum 06. Mai bis 27. Juni 2014 .....	168
Abbildung 2:	Pflegespezifisches Dienstleistungsangebot .....	216
Abbildung 3:	Kenntnis, Auseinandersetzung und Umsetzung einer interkulturellen Öffnung .....	225
Abbildung 4:	Initiierung einer interkulturellen Öffnung nach Zeitraum (Anzahl der Einrichtungen).....	226
Abbildung 5:	Gründe für eine interkulturelle Öffnung – Praxis, Wissenschaft, Öffentlichkeit .....	227
Abbildung 6:	Rechtliche, politische und technisch-ökonomische Gründe für eine interkulturelle Öffnung .....	228
Abbildung 7:	Gründe für eine interkulturelle Öffnung – Vorreiter, Träger, Verband, (Pflege-)Netzwerke .....	229
Abbildung 8:	Klientenzentrierte Gründe für eine interkulturelle Öffnung .....	230
Abbildung 9:	Angegebene Gegengründe einer Auseinandersetzung mit oder Umsetzung einer interkulturellen Öffnung .....	232
Abbildung 10:	Interkulturelle Öffnungsmaßnahmen im Bereich Organisation und Pflege.	236
Abbildung 11:	Interkulturelle Öffnungsmaßnahmen im Bereich Personal.....	238
Abbildung 12:	Interkulturelle Öffnungsmaßnahmen im Bereich Kooperationen.....	239
Abbildung 13:	Interkulturelle Öffnungsmaßnahmen im Bereich Öffentlichkeitsarbeit .....	240
Abbildung 14:	Interkulturelle Öffnungsmaßnahmen im Bereich Planung und Evaluation .	241
Abbildung 15:	Schwierigkeiten einer interkulturellen Öffnung .....	243
Abbildung 16:	Relevanz einer interkulturellen Öffnung stationärer Altenpflegeeinrichtungen.....	245
Abbildung 17:	Pflegebedarf und Versorgung älterer Migranten .....	246
Abbildung 18:	Einrichtungen zur Versorgung älterer Migranten .....	248
Abbildung 19:	Multikulturelle Pflgeteams .....	249
Abbildung 20:	Triebkräfte einer interkulturellen Öffnung in der stationären Altenpflege..	370

### Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Leistungsbeträge der GPV (2017).....	49
Tabelle 2:	US-amerikanische Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter (2010) .....	102
Tabelle 3:	Im Ausland geborene Einwohner der USA im Alter von 60 Jahren und älter (2010) .....	104
Tabelle 4:	Im Ausland geborene Einwohner ausgewählter europäischer Länder im Alter von 60 Jahren und älter (2010) .....	118

Tabelle 5:	Im Ausland geborene Einwohner ausgewählter Länder im Alter von 60 Jahren und älter (2010) .....	119
Tabelle 6:	Aufbau des Fragebogens.....	165
Tabelle 7:	Verwendete Zusammenhangsmaße .....	169
Tabelle 8:	Anteile der Bewohner mit Migrationshintergrund an allen Bewohnern .....	218
Tabelle 9:	Anteile der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund am Pflegepersonal.....	220
Tabelle 10:	Bivariate Korrelationen zwischen Kenntnis der Diskussion und verschiedenen Einrichtungsmerkmalen .....	222
Tabelle 11:	Bivariate Korrelationen zwischen einrichtungsinterner Auseinandersetzung und verschiedenen Einrichtungsmerkmalen .....	223
Tabelle 12:	Bivariate Korrelationen zwischen Umsetzung einer interkulturellen Öffnung und verschiedenen Einrichtungsmerkmalen .....	224
Tabelle 13:	Kombinationen aus zwei genannten Gegengründe einer Auseinandersetzung mit oder Umsetzung einer interkulturellen Öffnung .....	234
Tabelle 14:	Bivariate Korrelationen zwischen dem Entwicklungsgrad einer interkulturellen Öffnung und verschiedenen anderen Öffnungsmerkmalen.....	242
Tabelle 15:	Pflegeheime im Ländervergleich (unter Berücksichtigung der Bevölkerungen mit Migrationshintergrund, 2011) .....	446
Tabelle 16:	Bewohner mit Migrationshintergrund .....	447
Tabelle 17:	Pflegekräfte mit Migrationshintergrund .....	447
Tabelle 18:	Bivariate Korrelationen zwischen Kenntnis der Diskussion und verschiedenen Einrichtungsmerkmalen (Übersichtsdarstellung) .....	448
Tabelle 19:	Bivariate Korrelationen zwischen einrichtungsinterner Auseinandersetzung und verschiedenen Einrichtungsmerkmalen (Übersichtsdarstellung) .....	449
Tabelle 20:	Bivariate Korrelationen zwischen Umsetzung einer interkulturellen Öffnung und verschiedenen Einrichtungsmerkmalen (Übersichtsdarstellung) .....	450
Tabelle 21:	Gründe für eine interkulturelle Öffnung (gültige Prozente) (N=185) .....	451
Tabelle 22:	Angegebene Gegengründe einer Auseinandersetzung mit oder Umsetzung einer interkulturellen Öffnung (Überblick) .....	452
Tabelle 23:	Interkulturelle Öffnungsmaßnahmen (gültige Prozent).....	453
Tabelle 24:	Schwierigkeiten einer interkulturellen Öffnung (gültige Prozent) (N = 184) ..	454
Tabelle 25:	Bedarfslagen von und Versorgungsstrukturen für ältere Menschen mit Migrationshintergrund (gültige Prozent) .....	455

## Abkürzungsverzeichnis

AAMEE	Active Ageing of Migrant Elders across Europe
ACK	Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland
ACkA ( <i>eigene Abkürzung</i> )	Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege
ADS	Antidiskriminierungsstelle des Bundes
AFS	Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
AMKA	Amt für multikulturelle Angelegenheiten (Frankfurt a. M.)
AOA	Administration on Aging
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
AWO	Arbeiterwohlfahrt
bad	Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V.
BAGFW	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V.
BAGSO	Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BBfA ( <i>eigene Abkürzung</i> )	Bbeauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen
BBfBA ( <i>eigene Abkürzung</i> )	Bbeauftragte der Bundesregierung für die Belange der Ausländer
BeschV	Verordnung über die Beschäftigung von Ausländerinnen und Ausländern ( <i>kurz</i> : Beschäftigungsverordnung)
bfw	Berufsbildungswerk des Deutschen Gewerkschaftsbundes
BIVS	Berliner Institut für Vergleichende Sozialforschung
BKK	Betriebskrankenkassen
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BME	Black and Minority Ethnic
BMFI	Bbeauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bpa	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.
BT-Drs.	Drucksache des Deutschen Bundestages
BT-StenBer	Stenografischer Bericht des Deutschen Bundestages
BWKG	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CEMVO	Council of Ethnic Minority Voluntary Organisations
CERD	UN-Committee on the Elimination of Racial Discrimination
CLAS standards	The National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care
CMS	Centers for Medicare and Medicaid Services
DCV	Deutscher Caritasverband
Deutscher Verein	Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.
DHHS	Department of Health and Human Services
Diakonie ( <i>seltener auch DW</i> )	Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland
DIK	Deutsche Islam Konferenz
DPWV	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
DSTGB	Deutscher Städte- und Gemeindebund
DZA	Deutsches Zentrum für Altersfragen

EFILWC	European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions
EHRC	Equalities and Human Rights Commission
EKD	Evangelische Kirche in Deutschland
ELAC	European Local Authorities Competition on Good Practices on the Support for Migrant Elders' Initiatives
EMN	European Migration Network
enaR	European Network Against Racism
ENIEC	European network on intercultural elderly care
FaDA	Fachsprache Deutsch in der Altenpflege
FkA ( <i>eigene Abkürzung</i> )	Forum für eine kultursensible Altenhilfe
GPV	Gesetzliche Pflegeversicherung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
HMFAS	Hessisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Sozialordnung
ICN	International Council of Nurses
IHS	Indian Health Service
IKO	Interkulturelle Orientierung
IKÖ	Interkulturelle Öffnung
imap	Institut für interkulturelle Management- und Politikberatung
IND	Immigratie- en Naturalisatiedienst
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
ISAB	Institut für sozialwissenschaftliche Analysen und Beratung
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
kom•zen	Kompetenz Zentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe
LK ( <i>eigene Abkürzung</i> )	Leitungskräfte
LPflegeASG	Landesgesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur (Rheinland-Pfalz)
LTSS	Long-term Services and Supports
LVG	Landesvereinigung für Gesundheit
maxQ.	maximale Qualität in der Aus-, Fort- und Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.
MEC	Minority Elderly Care in Europe
MiGAZIN	Fachmagazin für Migration und Integration in Deutschland
MGFFI	Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen
MSO	Migrantenselbstorganisation
MUSE	Muslimische Seelsorge e. V.
NAP-I	Nationaler Aktionsplan Integration
NCP	National Contact Point
NHS	National Health Service
NIP	Nationaler Integrationsplan
NIZW	Niederländisches Institut für Fürsorge und Gemeinwohl
OAA	Older Americans Act
OASID	Old Age and Survivors Insurance and Disability Insurance
OMH	Office of Minority Health

---

OPRSI	Older People Researching Social Issues
PfG NW	Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen
PRIAE	Policy Research Institute on Ageing and Ethnicity
PSG (I, II)	Pflegestärkungsgesetz (I, II)
PuB ( <i>eigene Abkürzung</i> )	Pflege- und Betreuungskräfte
QM	Qualitätsmanagement
RISP	Rhein-Ruhr-Institut an der Universität Duisburg-Essen
SCB	Statistiska centralbyråns
SEEM	Services for Elders from Ethnic Minorities
SGB	Sozialgesetzbuch
SoVD	Sozialverband Deutschland
Spitex	Spitalexterne Hilfe und Pflege
SVR	Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration
VDAB	Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe
VdK	Verband der Kriegsbeschädigten, Kriegshinterbliebenen und Sozialrentner Deutschlands e. V. (Gründungsname)
ver.di	Vereinte Dienstleistungsgesellschaft
VIW	Verband für interkulturelle Wohlfahrtspflege, Empowerment und Diversity
WG	Wohngemeinschaft
WHO	World Health Organization
ZQP	Zentrum für Qualität in der Pflege
ZfT	Zentrum für Türkeistudien
ZWStdJ	Zentralwohlfahrtsstelle der deutschen Juden

## Einleitung

Als in den 1950er Jahren vermehrt Zuwanderinnen und Zuwanderer in die junge Bundesrepublik zogen, waren das Alter(n) und die potenzielle Pflegebedürftigkeit dieser Menschen keine Themen, die hierzulande Beachtung erfuhren. Vor allem das junge Alter und ein erwarteter kurzer Aufenthalt der sogenannten ‚Gastarbeiter‘<sup>1</sup>, denen die größte Aufmerksamkeit zukam, ließen Fragen des Älterwerdens von Migranten auch in den darauffolgenden Jahrzehnten als belanglos erscheinen. Dementsprechend überrascht zeigten sich bundesdeutsche Öffentlichkeit und Politik, als sich in den 1980er Jahren die Erkenntnis von der neuen sozialen ‚Problematik‘ (Polimeni 1988: 38; vgl. auch Dill 1989: 81) altgewordener Migranten langsam verbreitete und das Bewusstsein erwuchs, dass man sich „an ausländische Mitbürger im Altenheim [...] [werde] gewöhnen müssen“ (Giering 1983: 58). Unabhängig davon, wie diese neue ‚Realität‘ (Aguirre 1990: 132) einer alternden Migrantenbevölkerung zu dieser Zeit bewertet wurde, deutet sich darin die aufkeimende Einsicht in einen bisher unerwarteten, sozialpolitischen Handlungsbedarf an. Mit der historischen Entwicklung Deutschlands zum anerkannten Einwanderungsland ist diese Überraschung bis heute einer weitgehenden Selbstverständlichkeit gewichen, dass es die deutsche Einwanderungsgesellschaft ist, die altert (Schultz/Wittlif 2015: 3), und Senioren mit Migrationshintergrund<sup>2</sup> ein bedeutender Teil jener Gruppen sind, welche die „Diversität des Alter(n)s in Deutschland“ (Baykara-Krumme 2016: 8) gegenwärtig prägen.

Ein Großteil der heutigen Senioren mit Migrationshintergrund ist im Rahmen bilateraler Anwerbevereinbarungen, im Zuge nachfolgender Familienzusammenführungen oder als (Spät-)Aussiedler nach Deutschland immigriert. Mit dem wirtschaftlichen Aufschwung nach Ende des Zweiten Weltkrieges und infolge einer umfangreichen Anwerbepolitik der Bundesrepublik wanderten seit den 1950er Jahren bis zum Anwerbestopp 1973 mehrere Millionen ausländische Arbeitnehmer nach Deutschland ein. Vielen der insbesondere aus Südeuropa, der Türkei und nordafrikanischen Ländern stammenden Zuwanderern folgten im Verlauf ihres Aufenthalts – verstärkt seit den 1970er Jahren – ihre Familien nach. Diejenigen ehemaligen Arbeitsmigranten, die dauerhaft im Land geblieben sind, haben heute bereits häufig das Rentenalter erreicht. Gleichzeitig setzte im Nachkriegsdeutschland die zunehmende Einwanderung deutschstämmiger (Spät-)Aussiedler aus Mittel- und Osteuropa sowie Zentralasien ein, die in den 1990er Jahren ihren Höchststand erfuhr. Unter diesen Migranten, die anders als die meisten angeworbenen ausländischen Arbeitnehmer vermehrt im Familienverbund nach Deutschland zogen, befanden sich mitunter auch Familienmitglieder, die während der Migra-

<sup>1</sup> Für eine bessere Lesbarkeit wird in dieser Arbeit zumeist auf die männliche Form zur Bezeichnung weiblicher und männlicher Personen zurückgegriffen. Daneben weisen einfache Anführungszeichen auf Hervorhebungen, Einschränkungen oder Abweichungen von üblichen Verwendungsweisen eines Ausdrucks hin, welche die Autorin vornimmt. Alle Zitate und Zitatausschnitte, die aus den verwendeten, im Literaturverzeichnis hinterlegten Quellen stammen oder Äußerungen der Probanden wiedergeben, die für diese Arbeit befragt worden sind, werden hingegen mit doppelten Anführungszeichen gekennzeichnet.

<sup>2</sup> Nach neuer vereinfachter Definition hat eine Person in Deutschland dann einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder ein Elternteil nicht durch Geburt im Besitz der deutschen Staatsangehörigkeit ist (Statistisches Bundesamt 2016a: 4). Zum Wandel der im deutschen Einwanderungsdiskurs dominierenden Begriffe – vom ‚Gastarbeiter‘ über den ‚Ausländer‘ zum Migranten – vergleiche z. B. Mannitz und Schneider (2014).

tion bereits im Seniorenalter waren. 2011 hatte fast jeder fünfte (Spät-)Aussiedler das 64. Lebensjahr überschritten (vgl. Castles 1985; Brückner 2016; Oltmer 2012; Schimany/Rühl/Kohls 2012; Worbs et al. 2013). Zwar bilden ältere Migranten sowohl in der Gesamtgesellschaft als auch innerhalb der Migrantenbevölkerung immer noch eine Minderheit: Während Ende 2014 insgesamt 21 Prozent der deutschen Gesamtbevölkerung 65 Jahre oder älter waren, betrug der Anteil dieser Altersgruppe innerhalb der Bevölkerung mit Migrationshintergrund dagegen erst 9 Prozent (rd. 1,6 Millionen Personen) (vgl. Statistisches Bundesamt 2016b: 10 f.). Gleichzeitig gelten ältere Migranten seit geraumer Zeit jedoch als die „am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe Deutschlands“ (Kollak 2002: o. S.).

Mit der voranschreitenden Alterung der hiesigen Bevölkerung mit Migrationshintergrund haben auch ihre pflegebedingten Bedarfe in den vergangenen Jahren an Aufmerksamkeit gewonnen. Unter der Maxime einer ‚kultursensiblen Altenpflege‘ hat dabei ein neues Diskursfeld in der altenpflegerischen Praxis Eingang gefunden, das sich die Umsetzung einer gleichwertigen pflegerischen Betreuung und Versorgung älterer, pflegebedürftiger Migranten zum Ziel gesetzt hat. Damit geht der grundsätzliche Anspruch einher, dass unterschiedliche Umgangsformen, Alltagsrituale und Pflegewünsche aller Klienten stärker reflektiert und in der täglichen Pflegepraxis Beachtung finden sollen. Um die organisationalen Rahmenbedingungen, die für eine solche kultursensible Pflege in professionellen Kontexten als notwendig erachtet werden, sicherzustellen, werden professionelle Dienste der ambulanten und stationären Altenpflege dazu aufgerufen, ihre Einrichtungen und Angebote entsprechend konzeptioneller Empfehlungen anzupassen. Das Leitwort dazu lautet: sich interkulturell zu öffnen (vgl. ACKA/KDA 2002; Kohls 2012). Einem verbreiteten Verständnis nach wird eine interkulturelle Öffnung als organisationaler Weiterentwicklungsprozess verstanden, der darauf abzielt, soziale Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Migrationshintergrund zu stärken (vgl. Dietrich/Knoche/Tischler 2004: 213). Hierfür gelte es ebenso strukturelle und dienstleistungsbezogene Neuerungen als auch Veränderungen in der Personal- und Kooperationspolitik einer Organisation zu verfolgen.

Während eine Vielzahl an wissenschaftlichen und (verbands-)politischen Veröffentlichungen, Tagungen und Weiterbildungsveranstaltungen das gewachsene Interesse dokumentieren, das diesen Konzepten zur Umgestaltung bestehender Organisationen beigemessen wird, mahnen Befürworter einer interkulturellen Öffnung jedoch an, dass sich erst wenige Anbieter altenpflegerischer Dienstleistungen tatsächlich interkulturell öffnen würden (vgl. z. B. Zanier 2015; Zeman 2012). Außer dieser anhaltenden Kritik ist über die empirische Realität interkultureller Öffnungsprozesse in Einrichtungen der deutschen Altenpflege bisher jedoch nur ausschnittsweise etwas bekannt. Neben vereinzelten fallbezogenen oder regional begrenzten Untersuchungen liegen bisher keine umfassenden Erkenntnisse darüber vor, wie häufig Pflegeanbieter deutschlandweit versuchen, ihre Strukturen und Angebote entsprechend interkultureller Öffnungsprogrammatiken kultursensibel auszugestalten, und welche Maßnahmen Organisationsprozesse solcher Art de facto umfassen. Noch weniger Wissen besteht zudem darüber, welche Bedingungen es sind, die Altenpflegeeinrichtungen dazu veranlassen, einen interkulturellen Öffnungsprozess in ihren Organisationen ins Leben zu rufen.

Diese bislang in der deutschen Forschungslandschaft vernachlässigten Sachverhalte aus einer soziologischen Perspektive empirisch zu erkunden und zu analysieren, stellt das zentrale Anliegen dieser Arbeit dar. Dabei widmet sie sich einerseits der grundsätzlichen Frage, welche aktuelle Relevanz interkulturelle Öffnungskonzepte in Einrichtungen der Altenpflege in Deutschland besitzen: Welchen Stellenwert hat die Programmatik auf dem deutschen Altenpflegefeld bis heute erreicht? Wie bekannt und verbreitet ist sie unter den Anbietern professioneller Pflegedienstleistungen? Und welche konkreten Formen nimmt sie in ihrer Ausgestaltung an? Andererseits setzt sich die vorliegende Studie in ihrem Kern zum Ziel, jene Bedingungen zu rekonstruieren, die als Beweggründe interkultureller Öffnungsentscheidungen von Altenpflegeeinrichtungen verstanden werden können. Damit stellt sie sich also auch der Forschungsfrage, warum sich Organisationen der Altenpflege interkulturell öffnen. Oder anders gesagt: Welche sozialen Triebkräfte regen Pflegedienste dazu an, eine interkulturelle Öffnung ihrer Einrichtungen zu verfolgen?

Um zu einem umfassenden Abbild und einer gehaltvollen Deutung des Untersuchungsgegenstandes beitragen zu können, nimmt diese Arbeit sowohl eine Organisations- als auch eine Feldperspektive auf das Interessensgebiet ein. Damit ist gemeint, dass neben den organisationalen Erfahrungen, die Altenpflegeeinrichtungen mit interkulturellen Öffnungsprogrammatiken bis heute sammeln konnten, auch ihre feldspezifischen Rahmenbedingungen sowie die Entwicklungsgeschichte und Begründung einer interkulturellen Öffnung auf dem Feld der deutschen Altenpflege analysiert und beide Gesichtspunkte in ihrer Bewertung gegenseitig aufeinander bezogen werden. Methodisch wird dieses Forschungsziel dadurch erreicht, dass literatur- und dokumentenanalytische, quantitativ- sowie qualitativ-empirische Zugänge miteinander kombiniert werden. Während eine umfangreiche Literaturstudie die Feldanalyse leitete, konnten mit Hilfe einer standardisierten Online-Befragung sowie einer qualitativen Fallstudienuntersuchung die untersuchungsrelevanten, organisationalen Spezifika erhoben werden.

Zielgruppe dieser Studie sind dabei Einrichtungen, die stationäre Altenpflege offerieren. Grund dafür ist nicht nur die Tatsache, dass die Mehrheit aller Pflegebedürftigen in Deutschland, die professionelle Pflegedienstleistungen in Anspruch nimmt, in Pflegeheimen betreut und versorgt wird (vgl. Statistisches Bundesamt 2015a). Sondern es erscheint eine Analyse von Einrichtungen mit vollstationärem Angebot vor allem auch deshalb interessant, weil diese Organisationen über eine außerordentliche Gestaltungskraft im Hinblick auf die Lebenswelten einer ihrer Mitgliedergruppen verfügen (vgl. hierzu auch Brandenburg/Bode/Werner 2014). Indem sie umfangreiche Betreuungs- und Pflegedienstleistungen erfüllen und gleichzeitig als Wohnort fungieren, rahmen Pflegeheime einen Großteil des (Alltags-)Lebens ihrer Nutzer. Auch für die Zukunft ist zu erwarten, dass stationäre Pflegeanbieter eine relevante Position in der Versorgung pflegebedürftiger Senioren einnehmen werden. Zwar muss nicht davon ausgegangen werden, dass die Nachfrage nach Pflegeheimplätzen stetig steigen wird,<sup>3</sup> wenn mitunter berücksichtigt wird, dass Heimversorgung in Deutschland nur sehr selten als bevorzugte

---

<sup>3</sup> Wie es u. a. manche Prognose aus der Immobilienwirtschaft nahelegt (vgl. z. B. Ottenströer Immobilienwirtschaft/W&P Immobilienberatung GmbH 2016).

Unterstützungsform bei Pflegebedürftigkeit benannt wird. Mehrheitlich besteht bis heute der Wunsch in der eigenen Häuslichkeit durch Familienmitglieder oder ambulante Pflegedienste betreut zu werden (vgl. Kuhlmeier/Blüher 2015: 6 ff.). Dennoch führen schwere physische und kognitive Beeinträchtigungen sowie fehlende familiäre Pflegepotenziale häufig zu einer notwendigen Inanspruchnahme stationärer Angebote. Eine steigende Lebenserwartung, mit der höhere und längere Pflegebedarfe einhergehen können, sowie veränderte Familienstrukturen, die sinkende familiäre Pflegeleistungen erwarten lassen, stützen die Vermutung, dass Pflegeheime auch zukünftig einen Großteil professioneller Versorgungsleistungen tragen werden (vgl. Bräutigam/Evans/Hilbert 2015: 112 f.).

Um in den Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit einzuführen, widmet sich das erste Kapitel seinen zentralen Merkmalen: der Gruppe älterer Migranten in Deutschland, dem sozialen Sicherungssystem von Alter und Pflege sowie ihrer Schnittmenge, die in der Forderung nach einer kultursensiblen Ausgestaltung Altenpflegerischer Dienste ihren Ausdruck findet. Die Zusammenfassung der Forschungsbemühungen um ältere Migranten (vgl. Kap. I. 1.) lässt dabei nachvollziehen, wie Senioren mit Migrationshintergrund an sozialwissenschaftlicher, aber auch politischer Aufmerksamkeit hierzulande gewannen und welche Erkenntnisse über zentrale Lebensbereiche und -bedingungen dieser Bevölkerungsgruppe bis heute erlangt werden konnten. Die Bezeichnung ‚ältere Migranten‘, die spätestens seit der Einführung des statistischen Konzepts der Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Jahr 2005 in Gebrauch ist, wird dabei auch für die Untersuchungsgruppe der älteren Ausländer in den ersten Forschungsjahren stellvertretend verwendet.<sup>4</sup> Als zweiter Gegenstandsbereich wird im Anschluss daran das soziale Sicherungssystem vorgestellt, das zur Vor- und Versorgung des Alters und damit einhergehender Bedarfe in Deutschland existiert (vgl. Kap. I. 2.). Der zentrale Fokus wird hierbei auf dem Altenpflegesystem zur Bewältigung altersbedingter Pflegebedürftigkeit, seinen rechtlichen Rahmenbedingungen, seiner organisationalen Ausgestaltung sowie seiner Einbindung älterer Migranten liegen. Im darauffolgenden Kapitel (I. 3.) werden die Forderungen an Pflegedienste und -einrichtungen thematisiert, die aus der gewachsenen Heterogenität der Altenpflegerischen Klientel durch pflegebedürftige Migranten schrittweise hervorgegangen sind. Dabei werden vor allem die Programme einer interkulturellen Öffnung, in denen eine Vielzahl von Einzelanforderungen an die Organisationen gebündelt worden sind, anhand ihrer konzeptionellen Hauptbestandteile veranschaulicht. Sie sehen eine Neuausrichtung von Organisationen im Hinblick auf ihre Strukturen und Angebote, ihr Personal als auch ihre Umweltbeziehungen vor. Obwohl in dieser Arbeit der Begriff des ‚Interkulturellen‘ als auch die Bezeichnungen ‚trans-‘ und ‚multikulturell‘ vielfach Verwendung finden, sei an dieser Stelle angemerkt, dass sich die folgende Abhandlung nicht zum Ziel gesetzt hat, die wissenschaftlichen Diskussionen um die Konzepte von Inter-, Trans- und Multikulturalität aufzugreifen oder einen Beitrag zu ihnen zu leisten (vgl. z. B. Welsch 1995). Vielmehr findet durch

---

<sup>4</sup> An Stellen, an denen die Herausstellung spezifischer Teilgruppen von Bedeutung ist, werden solche Gruppen näher bestimmt.

den Rückgriff auf diese Begrifflichkeiten eine wertfreie Anlehnung an ihren Gebrauch in Diskursen um Konzepte einer interkulturellen Öffnung oder transkulturellen Pflege statt.<sup>5</sup>

Weil es in dieser Arbeit sowohl darum geht, die Entwicklung der programmatischen Innovation einer interkulturellen Öffnung nachzuvollziehen als auch ihre Übernahme durch Organisationen eines spezifischen gesellschaftlichen Feldes zu hinterfragen, galt es einen speziellen theoretischen Baukasten als heuristischen Rahmen für diese Arbeit heranzuziehen, mit dessen Hilfe forschungsleitende Fragen für die Erhebung und Analyse des empirischen Materials angestoßen werden konnten. Kapitel II stellt dieses theoretische Werkzeug im Sinne eines „sensibilisierende[n] Vorwissen[s]“ (Strübing 2010: 31) vor, das sich aus grundlegenden Annahmen des soziologischen Neoinstitutionalismus in Verknüpfung mit feldtheoretischen Ansätzen zusammensetzt. Beide Theoriezweige öffnen den Blick für die tiefgreifende Umwelteinbettung von Organisationen, die als primäre Forschungssubjekte dieser Studie im Mittelpunkt der Betrachtungen stehen. Während der soziologische Neoinstitutionalismus dabei die Wirkmacht von regulativen, normativen und kulturell-kognitiven Institutionen auch beschreibbar als Bündel handlungsleitender gesellschaftlicher Regeln herausstellt (vgl. Hasse/Krücken 2009; Scott 2004), betonen soziologische Feldtheorien den Einfluss von Akteurskonstellationen und relationalen Kräfteverhältnissen auf feldspezifische Handlungsmöglichkeiten und -begrenzungen (vgl. Bourdieu 1993; Fligstein/McAdam 2012a). Pflegeheime werden aus dieser Perspektive als organisationale Akteure auf einem Altenpflegerischen Handlungsfeld gefasst, in dessen Rahmen sie in Orientierung an bestehenden regelhaften Gesetzmäßigkeiten um Positionen und Wirklichkeitsdeutungen wetteifern.

Bevor sich die Arbeit daran anschließend der empirischen Studie, ihren methodischen Herangehensweisen und Ergebnissen, zuwendet, werden Erkenntnisse, die über die organisationale Versorgung von älteren und pflegebedürftigen Migranten und Minderheitenangehörigen aus unterschiedlichen Ländern vorliegen, skizzenhaft zusammengetragen (vgl. Kap. III.). Dieser internationale Rundblick fungierte ähnlich wie das theoretische Raster der Arbeit dazu, detaillierte Forschungsfragen anzuleiten sowie die Blickrichtung auf das deutsche Untersuchungsfeld zu erweitern bzw. zu spezifizieren. Gleichzeitig soll das empirische Wissen zur kultursensiblen Altenpflege in anderen Ländern dazu beitragen, den deutschen Fall kontrastierend zu schärfen. Schwerpunktmäßig konzentrieren sich die Ausführungen dabei auf die USA als eines der klassischen ‚westlichen‘ Einwanderungsländer sowie auf europäische Nachbarländer wie z. B. Großbritannien oder die Niederlande, die durch Erfahrungen kolonialer Einwanderungsbewegungen als auch der Anwerbung ausländischer Arbeitnehmer sowohl divergie-

---

<sup>5</sup> Auch wenn inter- als auch intradisziplinär kein einheitliches Begriffsverständnis aller drei Bezeichnungen vorliegt (vgl. Antor 2006), erscheinen folgende, kurz angerissenen terminologischen Vorstellungen auch innerhalb des pflegespezifischen Diskursfeldes gängiger als andere: Während die Eigenschaft ‚multikulturell‘ vornehmlich zur Beschreibung eines Zustandes gebraucht wird, der etwa eine Gesellschaft hinsichtlich ihrer Mitglieder als kulturell – hauptsächlich ethno-natio-kulturell – vielfältig kennzeichnet, liegt dem Begriff des ‚Interkulturellen‘ etwas Prozesshaftes und Programmatisches zugrunde. Er impliziert, zumeist unter dem normativen Anspruch des angemessenen Umgangs mit gesellschaftlicher Vielfalt, im Wesentlichen Prozesse einer bewussten Interaktion zwischen unterschiedlichen, kulturell gefassten Gruppen. Mit dem Terminus des ‚Transkulturellen‘ wird schließlich versucht, die in den beiden anderen Begriffen betonte Differenz unterschiedlicher ‚Kulturen‘ aufzulösen, indem Gemeinsamkeiten jenseits trennender Attribute in den Fokus gerückt werden (vgl. Adick 2010; Handchuck/Schröer 2012: 35 f.; Uzarewicz 2002).

rende als auch vergleichbare Migrationsgeschichten im Hinblick auf die Bundesrepublik Deutschland kennzeichnen.

Das Hauptkapitel der Arbeit (Kap. IV.) fasst zunächst das methodische Vorgehen des Forschungsprojektes zusammen (vgl. Kap. IV. 1.). Dabei wird eine konzeptionelle Gliederung der methodischen Zugänge vorgenommen, welche eine literatur- und dokumentengestützte Feldanalyse, eine quantitativ standardisierte Online-Befragung sowie eine qualitativ problemzentrierte Fallstudienuntersuchung umfassen. Entsprechend dieser Strukturierung schließt sich die Darstellung der Studienergebnisse an, wobei zugunsten einer inhaltlichen Ordnung auf die Veranschaulichung des mehrheitlich zyklisch verlaufenden Forschungsprozesses verzichtet wurde. Die feldanalytische Herangehensweise (vgl. Kap. IV. 2.), die auf einer stark chronologisch ausgerichteten Literatur- und Dokumentenauswertung basiert, hat zunächst zum Ziel, eine gehaltvolle Charakterisierung des deutschen stationären Altenpflegefeldes vorzunehmen. Ihr schließt sich die Entstehungsgeschichte von Auseinandersetzungen um eine interkulturelle Öffnung Altenpflegerischer Organisationen, die Beschreibung diskursleitender Argumente, die für diesen organisationalen Weiterentwicklungsprozess ins Feld geführt werden, sowie ihre bisherige Verwirklichung in der Praxis an. Danach erlauben die Ergebnisse der Online-Befragung von Leitungskräften stationärer Altenpflegeeinrichtungen zum ersten Mal Aussagen zum Verbreitungsgrad interkultureller Öffnungsbestrebungen in deutschlandweit angesiedelten Pflegeheimen zu treffen (vgl. Kap. IV. 3.). Gleichzeitig liefern die Ergebnisse erste Anhaltspunkte dafür, welche Beweggründe die Dienste dazu veranlassen oder davon abhalten, sich interkulturell zu öffnen. Einrichtungen, die bereits einen Öffnungsprozess angestoßen haben, können zudem mittels ihrer Maßnahmen und Strategien sowie ihrer bisherigen Erfahrungen in der interkulturellen Weiterentwicklung ihrer Organisationen näher beschrieben werden.

Der Schwerpunkt der Ergebnisbeschreibung liegt schließlich auf den Erkenntnissen, die aus der Fallstudienuntersuchung gewonnen werden konnten (vgl. Kap. IV. 4.). Die durch problemzentrierte qualitative Interviews mit Leitungs-, Pflege- und Betreuungskräften aus fünf stationären Altenpflegeeinrichtungen erhobenen Daten ermöglichten die Befunde des quantitativen Studienteils zu ergänzen und zu vertiefen. Zu den über die Online-Erhebung erreichten Pflegeheimen zählen sowohl Häuser, die eine interkulturelle Öffnung nach eigenen Aussagen verfolgen, als auch Einrichtungen, die bis zum Zeitpunkt der Fallstudienuntersuchung keine organisationale Weiterentwicklung in dieser Hinsicht durchgeführt und geplant haben. Nach einer kurzen Vorstellung der beteiligten Organisationen folgt eine detaillierte Schilderung der vielfältigen Triebkräfte, welche die Einrichtungen der Untersuchungsgruppe zu einer interkulturellen Öffnungsentscheidung bewegten. Diese Bedingungen können im Vergleich mit den Gründen, welche aus Sicht der Vergleichsgruppe gegen eine interkulturelle Öffnung sprechen, weiter konkretisiert werden. Um neben den Beweggründen für eine interkulturelle Ausrichtung zudem eine Vorstellung davon zu erhalten, was die Häuser unter dieser konzeptionellen Organisationsgestaltung verstehen und welchen Entwicklungsstand die Prozesse bisher erreicht haben, werden die organisationseigenen Öffnungsgeschichten klargelegt und ein gemeinsamer Kern dieser Entwicklungen identifiziert.

Abschließend werden die Ergebnisse der konzeptionell voneinander unterschiedenen Teilstudien zusammengefasst und diskutiert (vgl. Kap. V.). Dabei wird auch auf die Fragen eingegangen, welche theoretischen Rückschlüsse aus den Befunden gezogen werden können und welche weiterführenden Forschungsperspektiven die vorliegende Arbeit anregt und eröffnet.

## I. Buntes Alter! Bunte Organisationen?

Bis in die 1980er Jahre hinein galten ältere Migranten in der Bundesrepublik Deutschland als kaum beachtete Gruppe wissenschaftlicher und politischer Auseinandersetzungen. Der Fokus lag – bedingt durch die größte Gruppe der Arbeitsmigranten und ihrer Familien – vor allem auf Themen, die das Arbeitsleben, die Gesundheit und gesundheitliche Versorgung sowie die (Aus-)Bildung der Zuwanderer betrafen (vgl. Dill 1989: 81; Schmitter 1980: 180). Somit rückten vor allem Kinder und Jugendliche sowie erwerbstätige bzw. erwerbsfähige Personen in den Mittelpunkt der Betrachtungen. Die wesentlichen Gründe, die zu einer fast ausschließlichen Missachtung der altgewordenen Migranten führten, sind insbesondere in der demographischen Zusammensetzung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund, dem politischen Selbstverständnis der Bundesrepublik sowie besonderen Forschungshürden der damaligen Zeit auszumachen: Hinsichtlich der **Altersstruktur** galt die ausländische Bevölkerung im Vergleich zur deutschen Mehrheit als besonders jung. Nur 4,8 Prozent der ausländischen Bevölkerung hatten 1985 das sechzigste Lebensjahr bereits erreicht oder überschritten (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1993a: 43; Wilbers/Lehr 1990: 77 f.). Dieser doppelte Minderheitenstatus – als *ausländischer* und *alter* ausländischer Mensch – verhinderte eine breite Wahrnehmung der Gruppe und schränkte das Interesse an ihr weitestgehend ein. Verstärkt wurde das Außerachtlassen der älteren Migranten durch das bundespolitische Dogma **kein Einwanderungsland** zu sein. In der vornehmlichen Berücksichtigung der sog. ‚Gastarbeiter‘ als größte ausländische Minorität dominierte die bundespolitisch propagierte Vorstellung eines zeitlich befristeten Aufenthalts von Migranten in Deutschland aus Gründen ihrer Erwerbsarbeit. Demzufolge galten Fragen des Alters von Zuwanderern als Themen, welche nicht im Interesse als auch Aufgabenspektrum der Aufnahmeländer zu verorten waren, sondern vielmehr die Herkunftsländer der Migranten betrafen (vgl. Castles 1985: 517; Oepen 1984: 112; Schulte 1993: 26; Schweppe 1994a: 15).<sup>6</sup> Folglich wäre die Realität *ältere Migranten in Deutschland* auch „einfach da [gewesen], ohne daß dieses Phänomen und eventuelle Lösungen auf sozio-politischer Ebene im voraus erforscht worden wären“ (Aguirre 1990: 132). Da die Auffassung einer mehrheitlichen Rückkehrorientierung älterer Migranten, auf die später noch ausführlich eingegangen wird, schließlich auch in der deutschen Forschungslandschaft verbreitet war, setzte die Beachtung älterer Migranten ebenso auf wissenschaftlicher Ebene vergleichsweise spät ein. Nicht zuletzt erschwerten begrenzte Deutschkenntnisse vieler älterer Migranten, die empirisch angelegte Untersuchungen einschränkten, als auch die **komplexe Struktur zu beachtender Einflussgrößen** wie die nationale und kulturelle Herkunft sowie die varianten Migrationsgeschichten dieser Gruppe Forschungsbemühungen auf diesem Feld sowohl in Deutschland als auch bei den europäischen Nachbarn (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1991a: 24, 1991b: 7; Wilbers/Lehr 1990: 77).

In der Folge war die Thematisierung der Lebens- und Bedarfslagen älterer Migranten, die in den 1980er Jahren in Deutschland zögerlich aufgenommen wurde, allein der Arbeit eines überschaubaren Expertenkreises zuzuschreiben. Sie verwiesen nicht nur – teils aus eigener

---

<sup>6</sup> Nach Tan (1998: 247) scheint auch die Angst vor Überfremdung sowohl die Vorstellung, kein Einwanderungsland zu sein, als auch die Missachtung älterer Migrantinnen und Migranten zu stärken.

berufspraktischer Erfahrung – auf den zunehmenden alters- und rentenspezifischen Beratungsbedarf der Migrationsbevölkerung, sondern machten zugleich auf die stetig anwachsende, quantitative Bedeutung der ausländischen Senioren aufmerksam. Bereits der Zuwachs der ausländischen Senioren über die 1980er Jahre hinweg deutete diesen Trend an, der durch verschiedene Prognosen weiter bestärkt wurde (vgl. u. a. Bäcker et al. 1989: 40; BT-Drs. 12/5796: 5; Dennebaum 1988: 109; Dietzel-Papakyriakou 1993a: 43; Naegele 1998a: 20; Winkler-Pöhler/Taylan 1985: 313). Trotz der Unsicherheit, die demographischen Prognosen zugrunde liegt, als auch der eingeschränkten Aussagekraft offizieller Statistiken durch unberücksichtigte Pendler und Remigranten sei die Gruppe bereits Anfang der 1990er Jahre nicht mehr zu übersehen (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1991a: 22; Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 1996: 85). Verstärkt wurde diese Erkenntnis durch die Entwicklung der Aufenthaltsdauer und Rückkehrquoten, die verdeutlichten, dass mit dem altersbedingte Ausscheiden aus dem Erwerbsleben nicht grundsätzlich eine Rückwanderung der altgewordenen Arbeitsmigranten einherging (vgl. Cryns/Kaya-Smajgert/Şen 1993: 1 f.).

Die vor allem in den 1990er Jahren zunehmende Sensibilisierung für die Gruppe der ausländischen Senioren zeigte sich auf wissenschaftlicher Ebene in einer wachsenden Anzahl an unterschiedlichen Studien und Veröffentlichungen.<sup>7</sup> Darüber hinaus organisierten Forschungsinstitute als auch Wohlfahrtsverbände vermehrt Konferenzen, Tagungen und Fachmessen, die sich der neuen Zielgruppe, ihren Lebens- und Bedarfslagen widmeten (für einen Überblick siehe Dietzel-Papakyriakou 1993b: 8 f.; Fabian/Straka 1991: 285; vgl. auch AWO-Magazin 1997; Gries 1999a; Trilling 1998; ZfT 1999). Schließlich fand auch auf politischer Ebene eine, wenn auch anfänglich sehr zaghafte, Beschäftigung mit den altgewordenen Zuwanderern statt (vgl. BT-Drs. 11/3970: 10; BT-Drs. 12/4009; BT-Drs. 12/5796; Gries 1999b). Dem bundespolitischen Mainstream sowie dessen Selbstverständnis entgegen sprach sich die Beauftragte der Bundesregierung für die Integration der ausländischen Arbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen Liselotte Funcke (1991: 45) schließlich sogar für die Vorstellung aus, dass Deutschland sehr wohl ein Einwanderungsland sei.

Das stetig wachsende Bewusstsein dieser bundesdeutschen Realität bis hin zum Bekenntnis der Bundespolitik, Deutschland als Einwanderungsland anzuerkennen, stellt einen wesentlichen Grund dafür dar, dass Fragen, die sich dem Thema *Alter und Ethnizität* widmeten, im neuen Jahrtausend sowohl in Wissenschaft<sup>8</sup>, Politik<sup>9</sup> als auch Praxis einen deutlichen Auf-

<sup>7</sup> Neben Zeitschriften, die der Betrachtung älterer Migranten eigene Ausgaben widmeten (vgl. u. a. Informationsdienst zur Ausländerarbeit 1993, Nr. 3; Sozialmagazin 1994, Nr. 12), erschienen erste umfassende, teils regional fokussierte Studien zu den Lebenslagen älterer Zuwanderer in Deutschland (vgl. u. a. Cryns/Kaya-Smajgert/Şen 1993; Kauth-Kokshoorn/Schneiderheinze/Ayidin 1998; Olbermann/Dietzel-Papakyriakou 1995), wurden Dissertationen (vgl. z. B. Leser 1995; Seeberger 1995), Diplomarbeiten (vgl. z. B. Özakin 1993; Rothe 1992; Wedell 1993; Yilmaz 1997) und studentische Forschungsprojekte (vgl. z. B. Zoll 1997) dem Untersuchungsfeld gewidmet und das bibliographische Nachschlagewerk *Ethnizität und Altern* von Simoneit (1990) veröffentlicht. Einen ganz wesentlichen Beitrag zur Verankerung des Untersuchungsfeldes in Deutschland hatte zudem Maria Dietzel-Papakyriakou (vgl. u. a. 1988, 1990, 1991a, 1991b, 1993a, 1993b). In weiteren Dokumentationen und Gutachten untersuchten erstmals Wohlfahrtsverbände, Landesministerien und Sozialreferate die Situation älterer Migranten in Deutschland (für einen Überblick vgl. Blechner 1998: 1).

<sup>8</sup> Neben umfassenden Auftragsstudien (vgl. z. B. BMFSFJ 2004) kennzeichnen viele regionale Untersuchungen (vgl. z. B. Baric-Büdel 2002a; Zeman 2002) und Qualifikationsschriften (vgl. z. B. Gerling 2001; Koptelzewa 2004; Olbermann 2003a; Paß 2006) das wissenschaftliche Feld.

schwung erfuhren (vgl. Gaitanides 2004a: 5; Gerling 2009: 132). Verstärkt wurde diese Entwicklung durch zunehmende Diskussionen um demographische Veränderungen, die häufig in der Kurzformel *älter, weniger, bunter* gefasst werden und Senioren im Allgemeinen als auch älteren Migranten im Speziellen ein Mehr an Aufmerksamkeit bescherten (vgl. Zeman 2009: 435). Dass das Interesse an dieser Gruppe seither nicht mehr abrisst, ist jüngsten Veröffentlichungen zufolge ebenso darauf zurückzuführen, dass Senioren mit Migrationshintergrund gerade „die Schnittmenge der beiden zentralen gesellschaftlichen Prozesse ‚demographische Alterung‘ und ‚internationale Migration‘“ (Schimany/Rühl/Kohls 2012: 5) verkörpern als auch eine stetig wachsende Bevölkerungsgruppe darstellen (vgl. Kollwe 2012: 27). Gleichzeitig sei die Relevanz des Themenkreises Alter und Migration auch dadurch bedingt, dass der Migrationsstatus sowohl die Erkrankungs- und Pflegewahrscheinlichkeit als auch den Zugang zu Angeboten von Gesundheits- und Pflegewesen nachhaltig beeinflusse. Besonders die offenkundige geringe Inanspruchnahme von Angeboten des Altenhilfe- und Altenpflegesystems durch ältere Migranten gewann in diesem Zuge an Beachtung (vgl. ebd.; Kohls 2012: 14). Damit rückte auch die Pflegebedürftigkeit älterer Migranten zu einer Zeit in den Fokus der Betrachtungen, in der Fragen der pflegerischen Versorgung von alten Menschen insgesamt stärker zur Diskussion gestellt wurden. So sei zukünftig weiter mit einem steigenden Bedarf von öffentlichen Pflegeleistungen zu rechnen, der auch durch den Wandel familiärer Strukturen bedingt sei (vgl. Angermann/Waldhaus 2012: 1).

Mit dem gestiegenen Interesse an älteren Migrantinnen und Migranten, das eine breite Wissensbasis über deren Lebenslagen und -wünsche, familiäre und organisationale Bedürfnisse beförderte, welches in den nächsten Kapiteln eingehend veranschaulicht wird, wuchs das Bewusstsein von einer vielfältigen und heterogenen Altenbevölkerung, einem *bunten Alter* in Deutschland nachhaltig an. Ob sich diese Pluralität heute auch in den öffentlichen, gemeinnützigen und privaten Einrichtungen, Diensten und Organisationen und deren Angeboten in Deutschland wiederfindet, ob wie das bunte Alter eine *bunte Organisationslandschaft*, speziell in der stationären Altenpflege im Hinblick auf ihre Klientel, zu finden ist, soll ebenso beleuchtet werden.

### **1. Ältere Migranten: Die Entdeckung einer Gruppe „neuer“ Alter**

Als Ende der 1980er Jahre Soziale Dienste und Wissenschaft in Deutschland erstmals ihren Blick auf die Lebenslage altgewordener Migranten richteten, galt ihre wachsende Anzahl sowie ihr zunehmender Eintritt in die Rentenphase als „neues soziales Problem“ (Dill 1989: 81; vgl. auch Dietzel-Papakyriakou 1988: 42). In ihren ersten Schritten, sich diesen ‚neuen Alten‘ zu nähern, konzentrierte sich die deutsche Forschungslandschaft auf die größten Minderheitengruppen älterer Zuwanderer, die als sog. ‚Gastarbeiter‘ angeworben worden waren (vgl. Baykara-Krumme/Hoff 2006: 450). Dieser Umstand hatte die Kritik einer homogenisierenden

---

<sup>9</sup> Dies zeigte sich auch auf kommunaler Ebene, indem Sozial- und Altenplanung ältere Migranten zunehmend in ihre politischen Überlegungen einschlossen, regionale Studien veranlassten und auf die Bedürfnisse älterer Migranten abgestimmte Konzepte entwickelten (vgl. z. B. Dezernat für Soziales und Jugend der Stadt Frankfurt am Main 2006; Schmidt 2003: 14; Weeber et al. 2009).

Wahrnehmung und Beschreibung der Gruppen älterer Migranten zur Folge, die bis heute nicht vollständig überwunden werden konnte. Zwar wurde dieser Untersuchungsgruppe mit zunehmenden Forschungsbemühungen stets eine hochgradige Heterogenität bescheinigt,<sup>10</sup> doch kritisierte etwa Zeman (2009: 436) noch Ende der 2000er Jahre, dass die Vielfalt an Lebenslagen und -stilen nahezu ausschließlich im Hinblick auf die einheimischen Senioren erkannt würde. Gerade kleine ethnische, religiöse oder spezifische soziale Gruppen liefen dabei Gefahr, in ihren Besonderheiten sowie eigenen Bedarfslagen übersehen zu werden (vgl. Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 1996: 84 f.). Während ältere Spätaussiedler (vgl. Brandenburg/Rott 1994), ältere Sinti und Roma (vgl. Hundsalz 1979; Hundsalz/Schmitz-Scherzer 1978) oder ältere Geflüchtete (vgl. Rosen 1999) dadurch anfangs nur wenig wissenschaftliche Aufmerksamkeit im deutschsprachigen Raum erfuhren, schärfte sich insbesondere seit dem neuen Jahrtausend nach und nach auch der Blick für ältere Migranten, die nicht als Arbeitsmigranten oder im Zuge der Familienzusammenführung nach Deutschland immigriert waren.<sup>11</sup> Während letztgenannte Gruppen Anfang der 2000er Jahre zwar „über die Hälfte der 50- bis 64-Jährigen und mehr als ein Drittel der 65-Jährigen und Älteren“ (Zeman 2005: 24) verkörperten, „implizieren diese Zahlen jedoch [auch], dass ein nicht unbedeutender Teil der älteren Ausländer nicht im Rahmen der Anwerbemigration nach Deutschland kam, sondern zu einem früheren bzw. späteren Zeitpunkt einreiste“ (ebd.). Zu diesen Gruppen zählen u. a. ebenso Geflüchtete wie ausländische Senioren, die zur Pflege von ihren Nachkommen nach Deutschland geholt wurden (vgl. BT-Drs. 14/4357: 117). Obwohl von einer Minderheit älterer Menschen auf Flucht auszugehen ist, wird vermutet, dass jeder zehnte Geflüchtete weltweit älter als 60 Jahre ist. In Deutschland gewann diese Gruppe älterer Migranten insbesondere im Zuge des Balkankrieges an Aufmerksamkeit (vgl. Zeman/Kalisch 2008). Während wissenschaftliche Analysen im Hinblick auf ältere Geflüchtete und Asylsuchende bis heute jedoch immer noch eine Seltenheit darstellen, erfahren älterer Aussiedler und Spätaussiedler dagegen zunehmend Beachtung. Gerade unter ihnen befände sich ein erkennbarer Anteil an Personen, die erst im Alter nach Deutschland immigrierten und nicht wie etwa die Mehrheit der Arbeitsmigranten erst im Aufnahmeland gealtert waren. Gleichwohl sie in der Öffentlichkeit häufig als ‚Russen‘ wahrgenommen wurden, stellt auch diese eine in sich hochgradig heterogene Gruppe bspw. hinsichtlich ihrer Herkunftsländer und -sprachen, Schichtzugehörigkeit und Bildung als auch ihrer Migrationsmotive dar, die sowohl politisch oder wirtschaftlich als auch gesundheitlich oder familiär begründet sein konnten (vgl. Baric-Büdel/Müller-Wille/Born 2007; Blitzko-Hoener 2003; Dronia 2002). Die aufgekommene Sensibilität gegenüber der Heterogenität älterer Migranten blieb schließlich nicht auf Unterschieden ihrer Herkunftsländer bzw. Nationalitäten, ethnischen und religiösen Verortungen stehen, sondern schloss zugleich Migrationsphasen und -motive, den Aufenthaltsstatus und Integrationsgrad, sozio-ökonomische

<sup>10</sup> Für die frühe deutsche Forschungslandschaft vgl. u. a. Becker/Dierking (1991: 62), Brandenburg (1997: 56 ff.), Brandenburg/Rott (1994: 35 ff.), Koch-Straube (1991: 102) oder Olbermann (1993: 166). Aktuelle Verweise finden sich z. B. bei Deutscher Verein (2011: 62), Köhler (2012: 7), Kollwe (2012: 27) oder Olbermann (2013a: 1).

<sup>11</sup> Zugleich fand jedoch weiterhin ein reges Forschungsbemühen um die ehemaligen ‚Gastarbeiter‘ und ihre Familien statt.

und -demographische Merkmale, auftretende Problemlagen u. v. m. ein (vgl. u. a. BMFSFJ 2005a: 391; Baric-Büdel 2001: 21 f.; Warnes et al. 2004: 307-311).<sup>12</sup>

Für einen solchen, in den 2000er Jahren zunehmend realisierten, differenzierten Blick auf die Gruppe älterer Migranten sprach sich auch die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Ausländer (2000: 299) aus. Solange von *den* älteren Migranten oder *den* bestimmten Nationalitätengruppen gesprochen werde, schufen Gruppenzuschreibungen eine Form von „Gruppendruck“ (ebd.), die etwas von einer self-fulfilling prophecy an sich hätten und einer Integration dieser Gruppe damit entgegenstünden. Eine wesentliche Einschränkung, der die deutsche Forschungslandschaft auf diesem Feld unterliegt, konnte dieses politische Ansinnen jedoch nicht lösen: Bis heute werden eine ungenaue Datenlage und vielfältige Datenlücken bemängelt, die häufig nur die Beschreibung von Tendenzwerten ermögliche. Neben statistischen Verzerrungen, die u. a. auf fehlende Aktualisierungen der Ausländerzentralregister zurückzuführen seien, unterschieden viele Datenquellen, wie bspw. das Einwohnermelderegister, alleine zwischen deutscher und nicht-deutscher Staatsangehörigkeit. Demzufolge erlaubten viele auf quantitativen Daten beruhenden empirischen Untersuchungen lediglich Vergleiche zwischen deutschen und ausländischen Senioren, wodurch eingebürgerte ältere Migranten nicht berücksichtigt werden konnten. Erst der Mikrozensus, der neben den Einwohnermelde- und Ausländerzentralregistern zu den wichtigsten Datenquellen zum Themenfeld ‚Ältere Migranten und Migrantinnen‘ zu zählen ist, ermöglicht seit 2005 eine detaillierte Unterscheidung des Migrationsstatus der befragten Personen. Eine weitere Verzerrung in der Beschreibung der Lebenslagen älterer Migranten in Deutschland sei schließlich weiterhin der Überrepräsentation der größten Migrantengruppen in den Analysen geschuldet, mit der eine Unterrepräsentation bis hin zur völligen Vernachlässigung kleinerer Minderheitengruppen einhergehe (vgl. BMFSFJ 2005a: 397-400; Dietzel-Papakyriakou 2005: 398; Menning/Hoffmann 2009: 4 f.; Zeman 2005: 6 f., 2009: 437). Noch in jüngeren Veröffentlichungen wird dieser Mangel an einer ausreichenden Datengrundlage für die Beschreibung der Lebensumstände älterer Migranten als auch die Konzentration des vorhandenen Wissens auf wenige spezifische Gruppen oder Nationalitäten kritisiert (vgl. z. B. Deutscher Verein 2011: 62; Hahn 2011: 8; Schimany/Rühl/Kohls 2012: 8; Zeman 2012: 454).

Die wichtigsten Erkenntnisse aus den seit den ersten Veröffentlichungen fokussierten Themenfeldern rund um ältere Migranten – ihre Lebensbedingungen (vgl. Kap. 1.1), Rückkehr- und Bleibeabsichten (vgl. Kap. 1.2) sowie sozialen Strukturen (vgl. Kap. 1.3), ihre Alters- und Pflegevorstellungen (vgl. Kap. 1.4) als auch Merkmale der Inanspruchnahme sozialer Dienste (vgl. Kap. 1.5), insbesondere bezogen auf deutsche Forschungsergebnisse – sollen nachfolgend zusammengefasst werden. Diese Zusammenschau stützt sich dabei im Wesentlichen auf wissenschaftliche, zum Teil als Auftragsforschung erarbeitete Veröffentlichungen vor allem der Gerontologie, Sozialen Arbeit und Migrationsforschung sowie vereinzelt der Ethnologie, auf Berichte und Dokumentationen der deutschen Kirchen und Wohlfahrtsverbände sowie auf Erfahrungsberichte von Fachkräften aus ihrer Arbeit mit (alten) Migranten. Den empirischen

---

<sup>12</sup> Zu den Problemen, die sich aus der Heterogenität der Untersuchungsgruppe für die (Migrations-)Forschung ergeben vgl. Schädel (2001: 264 ff.).

Studien liegen zumeist Befragungen älterer Migranten, von Experten aus der Migrationssozialarbeit und anderen Fachdiensten oder beider Gruppen zugrunde, wobei teilweise auch Familienangehörigen der Probandengruppen der älteren Migranten in die Untersuchungen eingeschlossen wurden.

### 1.1 Lebenslagen

Als wesentliches Merkmal für die Lebenslagen älterer Migranten wird bis heute deren **finanzielle Situation** hervorgehoben. Die Literatur der 1980er und 90er Jahre stimmt darüber ein, dass die altgewordenen – insbesondere türkischstämmigen – Arbeitsmigranten unter erheblichen finanziellen Mangellagen leiden (vgl. u. a. BBfBA 1995: 82; ZfT 1993: 67). Ursächlich hierfür sei vor allem die überwiegende Beschäftigung angeworbener Zuwanderer in geringqualifizierten Erwerbsbereichen mit ausschließlich niedrigen Einkommen. Dies führte dazu, dass nur geringfügige oder gar keine Sparmaßnahmen während der Erwerbszeit getroffen und ausschließlich ein geringes Niveau der Rentenanwartschaften erreicht werden konnte (vgl. Brandenburg 1997: 59; Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 1998: 38; Winkler-Pöhler/Taylan 1985: 314).<sup>13</sup> Dadurch liege die Vermutung eines hohen Armutsrisikos unter älteren Migranten nahe (vgl. Backhaus-Maul/Vogel 1992: 175; Dietzel-Papakyriakou 1993a: 47; Kürsat-Ahlers 1990: 58; Olbermann 1993: 162). Diese These wird durch die Annahmen untermauert, dass ältere Migranten nur selten auf Einnahmequellen aus privaten Kapitalanlagen zurückgreifen können, die neben den Rentenzahlungen zu den zentralen Ressourcen im Alter zu rechnen sind. Dies sei ebenso auf geringe Ersparnisse wie auf umfassende Unterstützungsleistungen der ersten Generation an die in den Herkunftsländern zurückgebliebenen Familienmitglieder zurückzuführen. Konnten dennoch Investitionen, wie der Erwerb von Wohneigentum, vorgenommen werden, befanden sich diese Kapitalanlagen zumeist in den Herkunftsländern, was in der Folge nur geringe und schwer nach Deutschland zu transferierende Einkünfte versprach (vgl. Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 1998: 38 f.). Verstärkt wurde die prekäre finanzielle Lage, indem meist auf Ausgleichszahlungen durch Sozialleistungen verzichtet wurde (vgl. z. B. Dietzel-Papakyriakou 1991a: 94).<sup>14</sup>

Viele der in den ersten Forschungsjahren gewonnenen Erkenntnisse wurden auch in nachfolgenden Veröffentlichungen ab den 2000er Jahren bestätigt und mit neuen empirischen Befun-

<sup>13</sup> Geringe Rentenentgelte ließen sich darüber hinaus auf die spezifischen Erwerbsbiographien vieler Arbeitsmigranten zurückführen (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1991a: 80, 1993a: 48; Olbermann 1993: 161; Schulte et al. 1990: 39). Daneben zählte es nach Kürsat-Ahlers (1990: 58) zur gängigen Praxis einzelner Arbeitgeber, die Rentenbeiträge für ihre ausländischen Arbeitnehmer einzubehalten, ohne dass die Anspruchsberechtigten aus Unwissenheit oder Hilfslosigkeit sich dagegen zur Wehr setzen konnten. Vielen Arbeitsmigranten war es zudem nicht möglich, ihre deutschen Rentenauszahlungen durch Rentenansprüche aus den Herkunftsländern aufzustocken. Hierdurch komme „die geringere Zahl von Versicherungsjahren voll zum Tragen“ (Backhaus-Maul/Vogel 1992: 171).

<sup>14</sup> Neben dem fehlenden Wissen über mögliche finanzielle Hilfen und Sprachschwierigkeiten hinderten auch Ängste vor Behördengängen und gesellschaftlicher Stigmatisierung die altgewordenen Arbeitsmigranten vor der Beantragung solcher Leistungen (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1991a: 94 f.). Migranten aus Nicht-EG-Ländern befürchteten zudem mögliche aufenthaltsrechtliche Konsequenzen, die mit einem Sozialhilfebezug einhergehen könnten, da sowohl das Ausländergesetz von 1965 als auch das neue Ausländergesetz von 1991 die Aufenthaltsberechtigung an die eigenständige Sicherung des Lebensunterhalts knüpften (vgl. Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 1998: 40 f.; Huber 1991: 32; Kürsat-Ahlers 1990: 58; Winkler 1988: 36).

den untermauert: Geringe Einkommen, Renten und Vermögensbestände, hohe Arbeitslosenraten unter den noch erwerbsfähigen älteren Migranten, aber auch eine zunehmende Inanspruchnahme von existenzsichernden Grundsicherungsleistungen sowie eine steigende Armutsgefährdung markierten eine prekäre finanzielle Situation älterer Migranten. Fehlende Informationen zu bestehenden Sicherungssystemen und Möglichkeiten der Altersvorsorge kämen verschärfend hinzu. Daneben spreche eine höhere Erwerbsbeteiligung älterer Migranten im Vergleich zu älteren Personen ohne Migrationshintergrund für die Notwendigkeit, die niedrigen vorhandenen Haushaltseinkommen durch weitere Einkünfte aufstocken zu müssen. In der Folge hätten Migranten häufiger mit größeren Schwierigkeiten in der finanziellen Alterssicherung zu kämpfen als es für gleichaltrige Einheimische der Fall sei. Besonders türkischstämmige Senioren und Ältere aus dem ehemaligen Jugoslawien sowie geschiedene ältere Migrantinnen seien dabei von einer finanziellen Unterausstattung betroffen (vgl. BMFSFJ 2005a: 405-410; BT-Drs. 15/5826: 89; BT-Drs. 16/10155: 49; Höhne et al. 2014; Menning-Hoffmann 2009: 17-22; Olbermann 2013a: 2; Reinprecht 2011: 38 ff.; Sauer/Halm 2010: 6, 91; Schimany/Rühl/Kohls 2012: 7, 107, 205 f.; Seils 2013: 366 f.; Zeman 2005: 31, 2009: 439 f.).<sup>15</sup> Dass sich aber auch die finanzielle Lage älterer Migranten als heterogen darstellt, verdeutlichen nicht nur die materiell sehr unterschiedlich unterstützten Kohorten älterer (Spät-)Aussiedler (vgl. Baumann/Mika 2012), sondern auch jene Gruppen älterer Migranten, die über eine (sehr) gute finanzielle Absicherung verfügen. Hierzu zählten insbesondere selbstständige und verwitwete Senioren (vgl. BMFSFJ 2004: 217, 2005a: 418).

Ein weiterer Lebensbereich der viel Aufmerksamkeit in der Forschungsliteratur insbesondere der ersten Jahre erfährt, stellen die **Wohnverhältnisse** der ausländischen Alten dar, komme dem Wohnraum im Alter doch eine entscheidende Rolle für den Erhalt der Selbstständigkeit, der Pflege sozialer Beziehungen und der Lebensqualität an sich zu (vgl. Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 1998: 44). Die überwiegende Mehrheit der älteren und alten Migranten wohnte zur Miete in Wohnungen, die sich durch eine unterdurchschnittliche Qualität in der Ausstattung auszeichneten, zugleich jedoch überdurchschnittliche hohe Mieten von den Bewohnern abverlangten (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1991a: 48; Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 1998: 33; Kauth-Kokshoorn/Schneiderheinze/Aydin 1998: 147).<sup>16</sup> Die niedrige Wohnqualität habe häufig gesundheitliche Belastungen als auch eine sinkende Wahrscheinlichkeit eines selbstständigen und gefähderungsfreien Wohnens im Alter zur Folge. Ausstattungsmängel als auch die meist beengten und weder alten- noch behindertengerechten Wohnverhältnis-

---

<sup>15</sup> Neben der häufig hervorgehobenen objektiven Mangellage an finanziellen Ressourcen wiesen qualitative Studien auch wiederholt die subjektiv erfahrene materielle Not von Senioren mit Migrationshintergrund nach. Nur wenige der Befragten sahen sich in der Lage ihren Lebensunterhalt durch die zur Verfügung stehenden Mittel alleine bewältigen zu können, während ein Großteil der Interviewten nicht oder nur sehr schwer mit ihren Einkünften zurechtkäme. Dementsprechend negativ fielen subjektive Bewertungen des eigenen Lebensstandards häufig aus und wurden Ängste hinsichtlich der finanziellen Bewältigung des Ruhestandes artikuliert (u. a. Baykara-Krumme/Hoff 2006: 468 f.; Cryns/Gromm 1994: 413; Kauth-Kokshoorn/Schneiderheinze/Aydin 1998: 8; Reinprecht 2011: 38 ff.; Thum et al. 2015: 42; Zeman 2005: 30 f.).

<sup>16</sup> Dabei fehlte es einer großen Anzahl der Unterkünfte an Toiletten, Bädern, Heizungssystemen und Warmwasserversorgung und nur wenige Gebäude verfügten über die im Alter wichtig werdende Nutzungsmöglichkeit von Fahrstühlen. Die Wohnungen befanden sich zumeist in sanierungsbedürftigen Wohnanlagen, die in Zentrumsnähe angesiedelt waren, jedoch eine meist unzureichende Infrastruktur aufwiesen (vgl. Brandenburg 1994: 421; Dietzel-Papakyriakou 1991a: 47 ff.; Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 1998: 36; Schneiderheinze 1998: 151).

se schränkten darüber hinaus die Möglichkeit ein, bei Bedarf fachgerechte Hilfen zur Pflege im eigenen Haushalt in Anspruch zu nehmen (vgl. Backhaus-Maul/Vogel 1992: 169; Brandenburg 1994: 421, 1997: 63; Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 1998: 36, 46; Holz et al. 1994: 125; Scheib 1996: 34; Schneiderheinze 1998: 151 ff.). Aus verschiedenen Gründen sei es jedoch der Mehrheit der altgewordenen Arbeitsmigranten nicht möglich, in Wohnungen von höherer Qualität umzuziehen: Finanzielle Mittel, bestehende Vorurteile von Vermietern und der Rückgang preisgünstigen Wohnraums – vor allem aufgrund des schrumpfenden sozialen Wohnungsbaus und dem Auslaufen vieler Vertragsbindungen von Sozialwohnungen – schränkten im Wesentlichen die freie Wohnungswahl vieler Migranten ein (vgl. Bultan 1992: 389; Dietzel-Papakyriakou 1991a: 47-50; Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 1998: 32; Hofmann/Issi 1991: 75; Olbermann 1993: 162).<sup>17</sup>

Während jüngere Forschungsergebnisse diese zentralen Befunde bestätigten, wonach ältere Migranten vermehrt zur Miete, in engen und teils gesundheitsbelastenden Wohnräumen lebten und Diskriminierungserfahrungen auf dem Wohnungsmarkt erlebten (vgl. u. a. Schopf/Naegele 2005: 388; Zeman 2005: 40 ff.), verzeichnen etwa Özcan und Seifert (2006: 43-47) auch positive Entwicklungen: Demnach seien der Anteil von Wohneigentümern unter älteren Ausländern zwischen 1997 und 2002 von ca. 20 auf 30 Prozent gestiegen und Verbesserungen in der Wohnausstattung zu verzeichnen. Dennoch wären noch deutliche Unterschiede zu den Wohnverhältnissen deutscher Senioren auszumachen, was sich sowohl in einem selteneren Wohneigentum (vgl. Höhne et al. 2014: 18 ff.) als auch in einer deutlich geringeren subjektiven Zufriedenheit mit der Wohn(raum)qualität älterer Ausländer im Vergleich zu älteren Einheimischen widerspiegeln (vgl. Baykara-Krumme/Hoff 2006: 471).

Einen zentralen Themenbereich bildet überdies bis heute der **Gesundheitszustand** älterer Migranten. Die frühen Forschungsbemühungen, die, wie bereits angeklungen ist, vor allem ältere Arbeitsmigranten im Blick hatten, bewerteten diesen als mehrheitlich schlecht oder unterdurchschnittlich, wobei insbesondere Einschränkungen des Stütz- und Bewegungsapparates sowie psychosomatische Erkrankungen hervorgehoben wurden (vgl. Bäcker et al. 1989: 41; Schulte et al. 1990: 43; Winkler-Pöhler/Taylan 1985: 314; ZfT 1993: 68). Hierfür verantwortlich zeigten sich in erster Linie die beschwerlichen Arbeitsplatzbedingungen.<sup>18</sup> Aber auch

<sup>17</sup> Teilten sich folglich viele Migranten mit mehreren Generationen wenige Wohnräume, so war dies nach Dietzel-Papakyriakou (1991a: 50) häufig nicht primär auf die unterstellten engen familialen Bande, sondern vielfach auf die fehlenden finanziellen und räumlichen Alternativen zurückzuführen.

<sup>18</sup> Die als Arbeiter angeworbenen Zuwanderer waren vorrangig in verarbeitenden Branchen tätig, die hohe körperliche Anstrengungen abverlangten: Häufige Belastungen durch laute Maschinen, Hitze und toxische Dämpfe in den Fabrikgebäuden, Kälte und Nässe bei Außenarbeiten, zeitlicher Druck durch Akkord- und Prämienarbeitsverhältnisse sowie unregelmäßige Arbeitszeiten durch Schichtarbeit schränkten die Gesundheit ein. Gleichzeitig verweisen diesbezügliche Veröffentlichungen auf den verbreiteten Drang nach einer schnellen Existenzsicherung und Rückkehr in die Heimatländer, wodurch sich viele Arbeitsmigranten auf Kosten ihrer Gesundheit stark verausgabten. Ebenso gingen viele Migranten trotz Erkrankung, aus Angst den Arbeitsplatz zu verlieren, ihrer Arbeit nach. Diese Überanstrengungen und einhergehende Verschleppungen von Krankheiten führten in der Folge häufig zur Entwicklung einer Vielzahl chronischer Leiden. Die Arbeitsplatzbedingungen, die zudem durch ein hohes Arbeitsunfallrisiko gekennzeichnet waren, stellten somit einen wesentlichen Faktor für die somatischen Gesundheitseinschränkungen altgewordener Arbeitsmigranten als auch deren psychischen Erkrankungen dar, übten sie nicht nur Existenzangst auf den Einzelnen aus, sondern waren zugleich durch eine belastende Monotonie mit einseitigen Anstrengungen und eine strapaziöse, strenge Überwachung durch viele Arbeitgeber oder Vorarbeiter verbunden (vgl. BBfA 1997: 69; Bilgin 1999: 55; Bultan 1992: 389; Dietzel-Papakyriakou

die beschriebenen Wohnverhältnisse<sup>19</sup>, häufige Erfahrungen von Fehl- und Mangelernährung<sup>20</sup> sowie psychische Belastungen<sup>21</sup> wirkten sich negativ auf die Gesundheit vieler Migranten aus. „Die langzeitliche Dimension dieser Prozesse erhöhen und vertiefen [...] Überforderungssituationen und chronifizieren ihre krankheitsfördernden Potentiale“ (Collatz 1996: 5). Gerade im Alter träten Beschwerden psychischer Erkrankungen schließlich verstärkt hervor. Wurden die bis dato erfahrenen seelischen Verletzungen und Strapazen verdrängt, rufe die altersbedingte Rückschau auf die Lebensereignisse die Erinnerungen an diese jedoch oftmals wieder wach und es kann von einer „Reaktualisierung“ (Zeiler/Zarifoglu 1997: 305) nicht aufgearbeiteter Traumata gesprochen werden.<sup>22</sup>

Als weitere Ursachen für die beeinträchtigte gesundheitliche Situation vieler älterer Migranten in Deutschland werden die fehlende gesundheitliche Vor- und Versorgung ausgemacht. Während einerseits die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, aber auch Rehabilitationsmaßnahmen durch viele Migranten während ihres Erwerbslebens gemieden wurden (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1991a: 60; Oppen 1985: 209; Winkler 1988: 36), zeigte sich das deutsche Gesundheitssystem andererseits wenig bis gar nicht auf die neue Patientenklientel vorbereitet (vgl. Brandenburg 1997: 60 f.; Collatz 1996: 6; Koch-Straube 1991: 103). Die gruppenspezifischen Hürden zu den Angeboten der Gesundheitseinrichtungen – Informationsdefizite, Kommunikationsschwierigkeiten und kulturelle Krankheitsvorstellungen u. a. – führten in der Folge nicht selten zu Fehldiagnosen und -behandlungen (vgl. Geiger 1996: 63; Theilen 1985: 298 ff.; Wölk 1997: 14).<sup>23</sup>

Gegen die vereinzelten Annahmen, die gesundheitlichen Probleme seien durch die Migranten nach Deutschland importiert worden, spricht für viele Autoren der selektive Charakter der Gruppe der angeworbenen Arbeitsmigranten. Diese zeichneten sich infolge der intensiven

1991a: 55, 73; Oppen 1985: 202-209; Kauth-Kokshoorn/Schneiderheinze/Aydin 1998: 95; Seeberger 1998: 67; Tufan 1999: 51 f.).

<sup>19</sup> Neben den ungenügend ausgestatteten und von „schlechten Licht-, Luft- und Feuchtigkeitsverhältnissen“ (Bilgin 1999: 55) gekennzeichneten privaten Wohnräumen, beeinträchtigten dabei insbesondere die Unterkünfte der ersten Migrationsjahre die Gesundheit vieler Arbeitsmigranten. Die beengte Unterbringung einer Vielzahl von Personen in firmeneigenen Baracken mit geringen hygienischen Standards förderte die Übertragung vielfältiger Krankheiten und schränkte die Gesundheit vieler Zuwanderer nachhaltig ein (vgl. ebd.; BIVS 1992: 27; Holz et al. 1994: 122). Dies gilt in gleicher Weise für viele Geflüchtete und Spätaussiedler infolge „der langfristigen Internierung mit teilweise skandalösen Wohn[verhältnissen]“ (Collatz 1996: 5).

<sup>20</sup> Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung sowie der ausgeprägten Sparsamkeit vieler Arbeitsmigranten kam eine ausreichende und gesunde Ernährung oftmals zu kurz (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1993b: 64; Oppen 1985: 207).

<sup>21</sup> Neben den beschriebenen strukturellen Momenten, die im Laufe des Erwerbslebens die physische Gesundheit vieler Arbeitsmigranten angegriffen hätten, beförderte auch eine Vielzahl mit (dem Leben in) der Migration einhergehende Faktoren psychische Belastungen: Dazu zählen Verlustgefühle und Sehnsüchte nach zurückgelassenen Familienmitgliedern oder der verlassenen Heimat, Einsamkeit, Probleme des Einlebens, der Verständigung und Akkulturation als auch Diskriminierungserfahrungen, aufenthaltsrechtliche Unsicherheiten, finanzielle Sorgen und ungewisse Zukunftsaussichten (vgl. Aguirre 1990: 135; Collatz 1996: 5; Holz et al. 1994: 122; Kauth-Kokshoorn/Schneiderheinze/Aydin 1998: 102; Olbermann 1993: 163; Oppen 1985: 206; Wölk 1997: 20).

<sup>22</sup> „Gerade bei Flüchtlingen und Verfolgten können – trotz vorübergehend stabiler Anpassung – im Alter scheinbar überwundene traumatische Ereignisse reaktualisiert werden“ (Zeiler/Zarifoglu 1997: 305). Andere Autoren sahen in altersbedingten Lebensbilanzierungen weitere Gefahren seelischer Erschütterungen, wenn gesetzte Migrationsziele wie materielle Existenzsicherung oder Rückkehr in die Herkunftsländer bis ins hohe Alter nicht umgesetzt werden konnten (vgl. Leyer 1990: 100; Schuleri-Hartje/Just 1994: 15).

<sup>23</sup> Neben den Benachteiligungen in der medizinischen Versorgung, mangle es den meisten Migranten durch die eingeschränkten finanziellen Mittel und Wohnbedingungen schließlich auch an notwendigen privaten Regenerations- und Bewältigungsmöglichkeiten (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1991a: 56; Olbermann 1993: 164).

gesundheitlichen Voruntersuchungen im Auswahlverfahren des Anwerbeprozesses durch einen besonders guten Gesundheitszustand und eine hohe Belastungsfähigkeit aus (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1993b: 117 f.; Olbermann 1993: 163; Oppen 1985: 197, 210; Wölk 1997: 11).<sup>24</sup> Die besonders geringen Krankenstände der Gastarbeiter bis in die 1970er Jahre hinein wurden so auch häufig mit der These des *healthy migrant effect* erklärt. Diese besagt, dass sich mehrheitlich besonders gesunde und widerstandsfähige Personen zu einer Migration entschließen und demnach im Vergleich mit der Mehrheitsbevölkerung über eine bessere Gesundheit verfügen (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1991a: 54). Doch wie die Ausführungen zeigen konnten, führten das Erwerbsleben einerseits und die allgemeinen Lebensbedingungen vieler Migranten andererseits zu immensen gesundheitlichen Belastungen, die sich bei Personen in erwerbsfähigem Alter in hohen Krankenständen als auch bei den älter gewordenen Zuwanderern in hohen Frühinvaliditätsraten und frühzeitiger Verrentung niederschlugen (vgl. Bultan 1992: 389; Dietzel-Papakyriakou 1987: 43-56; Olbermann 1993: 159).<sup>25</sup> Daraus zogen die Forscher der 1980er und 90er Jahre den Schluss, dass mit einer zunehmenden Pflegebedürftigkeit älterer Migranten zu rechnen sei (vgl. BBfBA 1995: 83; Brandenburg 1997: 65; Bultan 1992: 389; Dietzel-Papakyriakou 1993b: 65; Dill 1989: 89; Geiger 1998: 170; Olbermann 1993: 164). Während einige Autoren die daraus resultierenden Aufgaben aufgrund der günstigen Altersstruktur der *noch jungen ausländischen Alten* vorrangig erst in der Zukunft sahen (vgl. u. a. Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 1998: 46), verwiesen Andere aufgrund der beschriebenen Belastungsfaktoren auf das chronologisch frühere Einsetzen der Alterung sowie pflegerischer Bedarfe (vgl. u. a. Kürsat-Ahlers 1990: 58; Metzger 1991: 64).<sup>26</sup> Während ebenso jüngere Studien älteren Migranten in Deutschland einen schlechten allgemeinen Gesundheitszustand bescheinigen, der sich in chronischen, multimorbiden und psychischen Krankheitsmustern häufig schon in jüngerem Alter bemerkbar mache, sich vielfach auch in den subjektiven Einschätzungen älterer Migranten bestätigte und höhere Pflegerisiken und -bedarfe erwarten lässt (vgl. z. B. Brzoska/Reiss/Razum 2010: 133 ff.; Hahn 2011: 39; Khan-Zvorničanin 2009: 25; Korporal/Dangel 2006: 267; Menning/Hoffmann 2009: 31; Olbermann 2010: 3; Schopf/Naegele 2005: 391; Thum et al. 2015: 36; Wengler 2013: 217; Ze-

<sup>24</sup> Die Gesundheitsprüfungen der potenziellen „Gastarbeiter“ standen dabei unter den Prämissen die „gesundheitliche Eignung für die zu besetzenden Arbeitsplätze“ (Yano 2001: 66) sicherzustellen als auch die Einfuhr übertragbarer Krankheiten zu verhindern. Je nach Herkunftsland rückten die Befürchtungen vor infektiösen Erkrankungen jedoch in den Vordergrund (ebd.: 73-83). Trotz strikter Auflagen migrierten insbesondere in den Anfangsjahren der Anwerbungsphase aber auch zahlreiche Arbeitsmigranten ohne gesundheitliche Vorprüfung nach Deutschland, wie Yano (2001: 67) für italienische Arbeitsmigranten aufzeigte.

<sup>25</sup> Eine einseitige Defizitperspektive wird dem Zusammenhang von Migrationsprozess und Gesundheit jedoch nicht gerecht. So verweist Evans (1987: viii) auf die durchaus zu erwartenden Steigerungen des Lebensstandards und den damit einhergehenden positiven Effekt auf die Gesundheit. Selbst wenn die Migrationsziele nur partiell umgesetzt werden konnten, dürften die möglichen Zugewinne nicht übersehen werden.

<sup>26</sup> Das vorzeitige Eintreten in die Lebensphase Alter konnten auch qualitative Studien dieser Jahre nachweisen. Demnach fühlten sich ältere Arbeitsmigranten und deren Ehepartner nicht nur „subjektiv durchschnittlich zehn Jahre eher ausgebrannt und erschöpft“ (Collatz 1996: 5) als die deutsche Vergleichsgruppe, sondern sie zählten sich durch ihre sozio-kulturelle Prägung sowie die meist frühere Großelternschaft auch rund zehn Jahre früher der Altenpopulation zugehörig (vgl. Aguirre 1990: 132; Dietzel-Papakyriakou 1990: 347). Daneben wurde der subjektive Gesundheitszustand von älteren Migranten im Vergleich zu Deutschen des gleichen Alters in verschiedenen Befragungen deutlich schlechter eingeschätzt und ihre Pflegebedürftigkeit hoch bewertet (vgl. BBfA 1997: 70; Brandenburg 1997: 60; Kauth-Kokshoorn 1998: 97).

man 2009: 441), zeigen Autoren unter Berücksichtigung des sozio-ökonomischen Status von Senioren mit Migrationshintergrund aber auch vermehrt auf, dass diese Personen keine höheren oder teils sogar niedrigere Prävalenzen bestimmter Erkrankungen aufwiesen (vgl. Olbermann 2013a: 3; Sahyazici 2011).

Daran anschließend sprechen sich Korporal und Dangel (2006: 255) auch gegen eine „eigenständige[] ‚Pathologie‘ bei (älteren) Migranten“ aus, da viele Krankheitsmuster zwar durch Migration und Migrationsstatus bedingt (vgl. auch Jonas 2014: 12), viele andere jedoch den Erkrankungen der einheimischen Bevölkerung besonders im höheren Alter sehr ähnlich wären. Dennoch halten insgesamt nur wenige Autoren den Gesundheitszustand von Senioren mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland für vergleichbar (vgl. z. B. Bauer/Loeffelholz/Schmidt 2006: 115).<sup>27</sup>

Neben der auch in jüngeren Veröffentlichungen fortdauernden Kritik, dass das deutsche Gesundheitswesen nach wie vor nicht genügend auf besondere Bedarfe sowie unterschiedliche Verständnisse, Beschreibungen oder Weisen des Erlebens von Erkrankungen vorbereitet sei, ältere Migranten durch Angebote der Gesundheitsförderung und -prävention nur schwer erreiche und nicht selten fehlerhafte Diagnosen und Behandlungen zu verantworten hätte, wurde zunehmend auch die monokulturelle Ausrichtung der deutschen Gesundheitsdienste bemängelt, denen es an interkulturellen Kompetenzen fehle und die durch vielfältige Zugangsbarrieren einer adäquaten Gesundheitsversorgung der (älteren) Migranten im Wege stünden (vgl. Geiger/Razum 2006: 727 f.; Habermann 2011: 136; Khan-Zvorničanin 2009: 25; Olbermann 2013b: 4; Wiedl/Marschalck 2001: 10 ff.; Zeman 2004: 2, 2009: 441 f.).<sup>28</sup> Besonders hinderlich erwiesen sich diese Strukturen für die Diagnose und Behandlung von **Demenzerkrankungen** von Senioren mit Migrationshintergrund, ein Forschungsfeld, das im neuen Jahrtausend zunehmend an Aufmerksamkeit gewann. Demenzerkrankungen würden bei dieser Bevölkerungsgruppe wie andere vornehmlich geriatrische Erkrankungen, im Lebenslauf durchschnittlich früher auftreten, jedoch vergleichsweise spät erkannt. Ursächlich hierfür zeichnen

---

<sup>27</sup> Letztendlich schränkt der vielfach kritisierte Mangel an einer breiten (epidemiologischen) Datengrundlage die Aussagen zum Gesundheitszustand älterer Migranten jedoch erheblich ein (vgl. z. B. Zeman 2009: 441). So konnte etwa das lange Zeit vorherrschende Paradox einer vergleichsweise niedrigen Mortalitätsrate älterer Migranten, das sowohl der Beschreibung verbreiteter gesundheitlicher Einschränkungen und früh eintretender geriatrischer Beschwerden als auch dem erweiterten *healthy migrant effect*, nach dem ein Gesundheitsvorteil zu Migrationsbeginn über den Zeitverlauf – bedingt durch gesundheitliche Belastungen und Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem – abnimmt und zu einer steigenden Mortalität führt, widersprach, erst durch die Einbeziehung neu zugänglicher Daten der Deutschen Rentenversicherung aufgeklärt werden: Im Gegensatz zu der vormals stark niedrigen Sterblichkeit älterer Ausländer, müsse von einer, wie ursprünglich vermutet, niedrigeren Lebenserwartung dieser Personengruppe ausgegangen werden. Bisherige Fehlannahmen einer höheren Lebenserwartung erwachsener Ausländer müsse auf mangelhafte Daten der amtlichen Statistik zurückgeführt werden, die durch fehlende Aktualisierungen bspw. von Rückwanderern zu Verzerrungen führten (vgl. Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 2001: 285 f.; Kibele/Scholz/Shkolnikov 2008; Razum 2009: 256 f.).

<sup>28</sup> Trotz formal gleicher Zugangsrechte sei die „verbreitete Annahme der Chancengleichheit zur Nutzung von gesundheitlichen Präventions- und Versorgungsangeboten [...] falsch“ (Bellwinkel 2008: 52); so seien etwa Präventionsangebote „vornehmlich für einen bestimmten Kulturkreis und am sozialen Mittelstand orientiert konzipiert“ (ebd.: 50). Dennoch könne nicht wie in früheren Studien von einer einseitigen Unterversorgung älterer Migranten gesprochen werden. Neben der geringen Inanspruchnahme von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen, würden etwa Hausärzte von ihnen häufiger frequentiert und apparative Diagnoseinstrumente sowie medikamentöse Behandlungsformen vermehrt eingesetzt, was als Form einer gleichzeitigen Überversorgung von Senioren mit Migrationshintergrund beschrieben wird (vgl. z. B. Zeman 2009: 442).

sich verschiedene Hindernisse: Neben geringen Kenntnissen oder Fehlinformationen, die viele Migrantenfamilien zu diesem Krankheitstypus hätten, trafen bestehende Zugangsbarrieren – sowohl individueller als auch institutioneller Art – demenzerkrankte Migranten besonders schwer.<sup>29</sup> Sowohl verbreitete Scham und Unsicherheitsgefühle der Erkrankten und ihren Angehörigen als auch fehlende kultursensible Angebote verhinderten eine rasche medizinische Behandlung. Erschwerend komme hinzu, dass Demenzdiagnoseverfahren in hohem Grad auf sprachlichen und kulturellen Kenntnissen der Aufnahmegesellschaft aufbauen, die bei älteren Migranten häufig nur sehr gering oder nicht (mehr) vorlägen; bedenkt man etwa, dass Demenzerkrankungen häufig zu Verlusten früherer Fähig- und Fertigkeiten, wie bspw. einer erlernten Fremdsprache führen können.<sup>30</sup> Trotz einer fehlenden gesicherten Datenlage, wie viele ältere Ausländer und Migranten in Deutschland demenzerkrankt sind, wird von einer zunehmenden Prävalenz ausgegangen.<sup>31</sup> Im Jahr 2013 seien Schätzungen zufolge ca. 120.000 Migranten demenziell erkrankt (vgl. Altınışık 2013: 81; DRK/FkA 2008: 82; Hirsch 2008: 13-20; Schopf/Naegele 2005: 391; Steinhoff/Wrobel 2004: 214-217).

Aus all diesen Erkenntnissen ergebe sich die Anforderung für das Gesundheits-, Altenhilfe-, Altenpflege- als auch Sozialberatungssystem kultursensible Angebote auch im Hinblick auf Demenzerkrankte und deren Angehörigen zu entwickeln. So sei ebenso eine Sensibilisierung hinsichtlich der Diagnostik<sup>32</sup> sowie der Behandlung und Betreuung von demenzerkrankten Migranten als auch eine zunehmende Aufklärungsarbeit für die Angehörigen notwendig. Denn nicht selten fehle es an Wissen oder lägen Fehlinformationen über Demenz vor und träten Hemmschwellen, vorhandene Dienste in Anspruch zu nehmen, auf (vgl. Gasser 2013; Küçük 2008: 307; Ozankan/Kessler 2011: 222; Passon/Kessler/Lüngen 2011: 267 ff.; Torun/Streibel o. J.: 2; Yesilyurt 2013).

Im Hinblick auf die finanzielle Mangellagen, die geringe Wohnqualität sowie den schlechten Gesundheitszustand sprachen viele Autoren der ersten Forschungsjahre zusammenfassend von einer **Kumulation zahlreicher Belastungsfaktoren**, denen ältere Migranten in Deutschland ausgesetzt seien (vgl. Bäcker et al. 1989: 41; Dietzel-Papakyriakou 1993b: 117; Oppen 1985: 196; Scheib 1996: 32 f.). Während viele dieser Lasten von deutschen altgewordenen Arbeitern gleichermaßen zu tragen seien, würden Migranten mit spezifischen weiteren Problemlagen konfrontiert: Neben den migrationsbedingten Belastungen des Verlusts, Gefühlen der Entwurzelung und Anstrengungen der Akkulturation zählten insbesondere Diskriminie-

<sup>29</sup> Eine Befragung unterschiedlicher Anlaufstellen für Demenzerkrankte und deren Angehörigen im ganzen Bundesgebiet macht etwa deutlich, dass eine Mehrheit von 63 Prozent der an der Befragung teilgenommenen Stellen nur wenig von Migranten besucht würden (vgl. Passon/Kessler/Lüngen 2011: 270).

<sup>30</sup> Selbst die Hinzuziehung eines Dolmetschers könne hierbei keine ausreichende Abhilfe schaffen, da durch die Beteiligung einer dritten Person am Testverfahren mit hohen Verzerrungen der Ergebnisse zu rechnen sei (vgl. Hirsch 2008: 20).

<sup>31</sup> Vorherrschende *unterdurchschnittliche* Demenzerkrankungsraten von Migranten bewerten Passon, Kessler und Lüngen (2011: 268) weniger mit einer tatsächlich geringeren Wahrscheinlichkeit von Personen mit Migrationshintergrund an Demenz zu erkranken, als vielmehr mit einer verbreiteten medizinischen Unterversorgung dieser Personengruppe. Auch andere Autoren widersprechen der diskutierten Annahme einer geringeren Prävalenz von Migranten und gehen davon aus, dass sie genauso häufig, wenn nicht sogar häufiger als Personen ohne Migrationshintergrund gegenwärtig an Demenz erkrankt sind (vgl. z. B. Altınışık 2013: 81).

<sup>32</sup> Mit TRAKULA, einem transkulturellen Assessmentverfahren, wurde bereits versucht ein alternatives Diagnoseverfahren für Migranten mit geringen deutschen Sprachfähigkeiten zu entwickeln (vgl. Ozankan 2010: 19).

nungserfahrungen, Gefühle der gesellschaftlichen Ausgeschlossenheit und rechtliche Unsicherheiten dazu (vgl. Kelleter 1997: 38; Koch-Straube 1991: 103; Schuleri-Hartje/Just 1994: 51 f.; Schulte 1993: 27; Schulte et al. 1990: 35).<sup>33</sup> Mit der eingeschränkten Möglichkeit einer adäquaten Gesundheitsversorgung dränge sich bis heute zudem die Frage auf, ob Senioren mit Migrationshintergrund die gleichen Teilhaberechte am gesellschaftlichen Leben in Deutschland zugestanden würden wie sie für ältere Menschen ohne Migrationshintergrund gelten (vgl. z. B. Schröer/Schwepe 2010: 53). Olbermann (2013a: 2) sieht eine „gleichberechtigte und umfassende soziale und politische Teilhabe [...] für einen Großteil der älteren Migrantinnen und Migranten nicht gewährleistet“.

## 1.2 Rückkehr und Bleibeabsichten

Neben den Lebenslagen älterer Migranten stieß über viele Jahre hinweg die Frage auf Interesse, ob Migrantinnen und Migranten im Alter vermehrt in ihre Herkunftsländer zurückkehren oder in der Bundesrepublik bleiben werden. Der Fokus der deutschen als auch der westeuropäischen Forschung lag zunächst auf einer starken **Rückkehrorientierung**. Sie stellte nicht nur den Schwerpunkt der beiden Dimensionen Rückkehr und Verbleib, sondern der europäischen Forschung zu älteren Migranten insgesamt dar (vgl. Cryns/Kaya-Smajert 1993: 124; Dietzel-Papakyriakou 1993b: 70; für Dänemark Lewinter/Kesmez/Gezgin 1996: 116). Dabei entspräche das Vorhaben der angeworbenen Arbeiter in Zukunft wieder in die Herkunftsländer zurückzukehren sowohl der eigenen Lebensplanung als auch den Vorstellungen der Entsende- sowie Aufnahmeländer.<sup>34</sup> Schließlich hielten der Gruppenwanderungscharakter als auch die geringe Wanderungsdistanz – im Vergleich zu einer transatlantischen Migration, wie sie bspw. für viele Einwanderer in die USA typisch war – das Remigrationsstreben vieler Arbeitsmigranten auch über Jahre hinweg wach (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1991b: 10, 1993b: 90).

Im Hinblick auf den Lebensverlauf der Arbeitsmigranten betonten viele Autoren den in die Zukunft gerichteten und dynamischen Charakter der Rückkehrorientierung. Je nach Lebenssituation könne sich diese sodann in Form eines eindeutigen Rückkehrplans, einer grundsätzlichen Rückkehrabsicht oder eines vagen Rückkehrwunsches äußern (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1993b: 102; Schulte 1995: 63; Wölk 1997: 40). Für das Alter der Migranten wirke der Remigrationsgedanke als wichtige Coping-Strategie, welche Stabilität und Orientierung im Migrationsalltag bot. Demnach stelle der Glaube an die zukünftige Heimkehr nicht nur eine psychische Stütze und ein Entlastungsmoment dar, sondern fördere zugleich den Erhalt eines

---

<sup>33</sup> Polimeni (1991a: 294) sieht darüber hinaus für die in die Rente eintretenden älteren Migranten die Gefahr eines „soziale[n] Vakuums, da ihre soziale Identität im Immigrationsland nur auf ihre Funktion als Arbeitskräfte reduziert war und ist“. Papakyriakou (1990: 16) schlussfolgert: „Da altern ein lebenslanger Prozeß ist, werden die Migrantenpopulationen nicht besser altern als sie gelebt haben. Dies betrifft nicht nur die materiellen, sondern auch die sozialen und emotionalen Ressourcen, über die sie im Alter verfügen werden.“

<sup>34</sup> Die Regierungen der Herkunftsländer „hielten aus Gründen der Fürsorge, des Nationalismus oder aus anderen ideologischen Motiven an ihren Staatsbürgern fest. Wanderarbeit schien eine Möglichkeit zu sein, Beschäftigung und finanzielle Transfers zu erreichen, ohne eine permanente Auswanderung in Kauf nehmen zu müssen“, so Thränhardt (1988: 8). Die Aufnahmeländer forcierten die Rückkehr der Arbeitsmigranten hingegen, auch um die „ökonomische und demographische Steuerung der Migrationsbevölkerung“ (Dietzel-Papakyriakou 1993b: 82) in den eigenen Händen zu wissen.

positiven Selbstbildes sowie die Sinnerhaltung im Alter (vgl. Brandenburg 1997: 65 f.; Dietzel-Papakyriakou 1990: 346; Fabian et al. 1990: 85; Schweppe 1994b: 17).<sup>35</sup>

Zahlreiche Push- und Pull-Faktoren<sup>36</sup> begünstigten die Rückkehrorientierung: Hierzu zählen hinsichtlich materieller Mittel die hohen Lebensunterhaltskosten in Deutschland (vgl. Werth 1986: 127), die in den Herkunftsländern getätigten Investitionen bspw. in ein Anwesen und Haus (vgl. Bäcker et al. 1989: 41; Baklan 1988: 387), ausreichende Verdienste durch die Erwerbsjahre in Deutschland sowie bereits realisierte oder absehbare Möglichkeiten zur Selbstständigkeit im Heimatland (vgl. Werth 1986: 127); sozial und familiär bedingt förderten Einsamkeit und Heimweh (vgl. Fabian et al. 1990: 85), abgewiesene Familienzusammenführungen in Deutschland (vgl. Werth 1986: 127), Generationenkonflikte (vgl. Baklan 1988: 392) und der Wunsch das Alter mit lange Zeit vermissten Familienmitgliedern und Freunden zu verbringen die Rückkehrabsichten (vgl. Schulte 1993: 28); während Fremdenfeindlichkeit, Erfahrungen diskriminierender Behandlung und das Gefühl der gesellschaftlichen Verachtung zusammen mit der Hoffnung auf die Stabilisierung des erschütterten Selbstwertgefühls die Rückkehrorientierung ‚von Deutschland aus‘ nährten (vgl. Fabian et al. 1990: 84; Frey 1986: 56; Hofmann/Issi 1991:76; Werth 1986: 127), lockten die emotionale Verbundenheit vieler alter Migranten mit ihrer Heimat, ihre dortige Verwurzelung und andere ideelle Werte, die geringe Entfernung, das Klima, aber auch romantisierte Vorstellungen der früheren Heimat in die Herkunftsländer zurück (vgl. Baklan 1988: 391; Fabian et al. 1990: 84; Hofmann/Issi 1991: 76; Schulte 1993: 28; Werth 1986: 127). Dabei förderten vor allem geringe materielle Mittel, familiäre Verbindungen und hohes Alter den Wunsch in die Herkunftsregionen zurückzukehren (vgl. Werth 1986: 128 f.).

Kritik erfuhr die starke Rückkehrorientierung oder, wie Baran (1989: 16) schreibt, „sture[] Heimatorientierung“ der ehemaligen Arbeitsmigranten dadurch, dass sie im Verdacht stand, Integration zu hemmen und eine aktive Gestaltung der Lebensphase Alter im Aufnahmeland zu verhindern (vgl. auch Dietzel-Papakyriakou 1990: 346; Olbermann 1993: 164 f.; Polimeni 1991a: 294).<sup>37</sup> Dies sei umso problematischer, als dass vielfach davon ausgegangen wird, dass sich die allgemeinen Erwartungen – seitens der Migranten als auch der deutschen Gesellschaft und Politik – an eine zukünftige Remigration in den meisten Fällen nicht erfüllen werde (vgl.

<sup>35</sup> In Bezug auf die türkische Minderheit in Deutschland hebt Mihciyazgan (1991: 270) die „identitätsstiftende Funktion und Wirkung“ des Rückkehrwunsches hervor. Die Autorin umschreibt den Rückkehrwunsch als Metapher und Kommunikationsmuster der Migranten, durch deren Anwendung „die gemeinsam geteilte Wirklichkeitsdefinition [...] abgesichert und restabilisiert wird“ (ebd.: 269). Dabei werden nicht nur die eigene Gruppenzugehörigkeit und Identität sowie der Gruppencharakter über die Rückkehrorientierung gesichert, sondern die eigenen Sinnwelten zugleich von denjenigen des Aufnahmelandes abgegrenzt (ebd.: 270-273).

<sup>36</sup> Der aus der migrationssoziologischen Forschung stammende Begriff der Push-Faktoren beschreibt jene ausschlaggebenden Faktoren des Wohnortes, welche eine Person(en) zur Migration veranlassen. Mit dem Konterpart der Pull-Faktoren werden Gegebenheiten des visierten Migrationsortes beschrieben, welche einen Sog auf jene auswirken (vgl. Han 2005: 15).

<sup>37</sup> Schulte (1995: 63) als auch Korte (1990: 255 ff.) widersprechen der Aussage, eine Rückkehrorientierung stehe grundsätzlich einem Integrationsprozess der Migranten entgegen. Indem die Rückkehr mehr ein diskursives Moment als ein fester Beschluss darstelle, verliere sie den Charakter einer feststehenden Entscheidung, welcher möglicherweise eine integrationshemmende Wirkung unterstellt werden könnte. Darüber hinaus trage die Rückkehrmetapher in Form einer Heimatorientierung im Privaten zur Stärkung des familiären Zusammenhalts bei und die damit einhergehende individuelle Zufriedenheit fördere schließlich im Wesentlichen gerade eine Integration in die Aufnahmegesellschaft.

Deutscher Verein 1998: 132). Daraus entwickelte sich eine zunehmende Umorientierung der deutschen Forscher von der Betonung einer starken Rückkehrorientierung der älteren Migranten hinzu ihrer **Heimkehrillusion** (vgl. BT-Drs. 12/5796: 2; Dietzel-Papakyriakou 1988: 42; Naegele 1998a: 22; Schulte 1995: 62).<sup>38</sup> Die zunehmende Aufenthaltsdauer vieler als Gastarbeiter angeworbenen Migranten, der häufige Nachzug der engsten Familienangehörigen als auch die zunehmenden Rentenleistungen an Ausländer in Deutschland lege die Vermutung nahe, die Rückkehrorientierung vieler älterer Migranten stelle nicht mehr als ein Luftschloss dar (vgl. Cryns/Kaya-Smajgert/Şen 1993: 9 f.; Zander 1982: 27). Je mehr sich die nachkommenden Generationen darüber hinaus entschlossen, in der Bundesrepublik zu verbleiben, desto eher – wurde vermutet – sinke die Rückkehrentschlossenheit der ersten Generation (vgl. Backhaus-Maul/Vogel 1992: 167).<sup>39</sup>

Die Anzeichen eines zunehmenden Verbleibs der ehemaligen Gastarbeiter in Deutschland mehrten sich und führten zu einer zunehmenden Betonung der **Bleibeabsicht** älterer Migranten.<sup>40</sup> Die von vielen Autoren betonte Tendenz gerade im Alter den Verbleib in Deutschland zu erwägen (vgl. Cryns/Kaya-Smajgert/Şen 1993: 8; Hofmann/Issi 1991: 76), stelle in den meisten Fällen jedoch keine Entscheidung einer freien Wahl, hingegen vielmehr einen den äußeren Umständen geschuldeten Zwang dar. So formulierte Dietzel-Papakyriakou (1988: 42) prägnant, dass „das Altern im Immigrationsland für die erste Generation nicht Ausdruck des Bleiben-wollens, sondern des Nicht-mehr-zurückkehren-könnens ist“.<sup>41</sup> An anderer Stelle

<sup>38</sup> Shanin (1980: 81) schreibt dazu: „Der Traum, reich und erfolgreich ins eigene Dorf zurückzukehren, war die große Utopie, um die die Migranten Strategien, Normen und Ansprüche gruppieren.“

<sup>39</sup> Mihciyazgan (1991: 275), die den Remigrationswunsch der Migranten als Metapher – „Rückkehr zum Vergesenen, zu den Ursprüngen und zu sich selbst“ – und Kommunikationsmuster der ethnischen Gemeinschaft interpretiert, kritisiert diese abwertende Definition der Rückkehrorientierung und schreibt sie dem Monopolanspruch deutscher Wirklichkeitsbewertung zu: Indem sich die deutsche Gesellschaft von „Rationalität im Sinne von ‚Wirklichkeitsangemessenheit‘“ (ebd.) leiten lässt, übersehe sie die eigenen sozialen Regeln der ethnischen Minderheiten und stülpe ihre eigenen Wirklichkeitsvorstellungen ignorant einer anderen Realität über.

<sup>40</sup> So auch von politischer Seite (vgl. BT-Drs. 12/5796: 3).

<sup>41</sup> Gründe hierfür seien neben anderen die Abhängigkeit von den medizinischen Versorgungsstrukturen in Deutschland, die es in den Heimatländern in vergleichbaren Standards häufig nicht gebe (was zu den am häufigsten genannten Bleibefaktoren zu zählen ist), der Bedarf an Frühinvaliditätsrenten, die nur innerhalb Deutschlands ausbezahlt werden, oder der Verlust von sozialen Kontakten und Bindungen in den Herkunftsregionen (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1988: 43; Naegele 1998a: 21; Scheib 1996: 32; Schulte 1993: 28; Specht 1991: 5). Andere Faktoren, die den Zwangscharakter der Bleibeabsichten betonen, seien die unsichere Arbeitsmarktlage und ökonomische Situation in den Herkunftsländern (vgl. Bultan 1992: 388; Fabian et al. 1990: 82; Werth 1986: 125), politische und sozio-kulturelle Entwicklungen vor Ort, die von einer Rückkehr abschreckten (vgl. Dill 1989: 85; Naegele 1998a: 21), und fehlende staatliche Versorgungsprogramme für das Alter (vgl. Specht 1991: 5). Daneben fürchteten sich viele altgewordene Migranten vor Eingewöhnungsschwierigkeiten in der alten Heimat (vgl. Fabian et al. 1990: 82; Hofmann/Issi 1991: 76), vor sozialer Isolation und Ablehnung als „Deutschländer“ (Bultan 1992: 388; vgl. auch Schulte 1993: 28; Schulte et al. 1990: 38; Schweppe 1994b: 17) sowie möglicher Erniedrigungen, falls die ursprünglichen Migrationsziele durch die Erwerbstätigkeit in Deutschland nicht erreicht werden konnten (vgl. Koch-Straube 1991: 102). Nicht selten hatten sich ältere Migranten während der langjährigen Aufenthalte im Ausland auch von ihren Heimatländern entfremdet (vgl. auch Olbermann 1993: 150; Scheib 1996: 32; Specht 1991: 5). Ebenso werden rechtliche Hindernisse der Wiederkehr nach Deutschland für Drittstaatenangehörige (vgl. Schulte 1993: 29), nicht transferierbare Leistungen der Pflegeversicherung (vgl. Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 1996: 84) sowie nichtakzeptierte (religiöse) Lebensformen in den Herkunftsländern als Verbleibegründe genannt (vgl. Wedell 1993: 85). Neben der Angewiesenheit auf gute medizinische Versorgung und finanzielle Leistungen aus Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung bedingen vorwiegend familiäre Gründe die Entscheidung auch im Alter in Deutschland zu leben. Während die nachkommenden Generationen zunehmend eigenständige Bleibeabsichten hegten, schlossen sich die älteren Migranten mit dem Wunsch, das Alter in der Nähe der eigenen Kinder und Enkelkinder zu verbringen, diesen Entscheidungen an (vgl. u. a. Aguirre

wurde jedoch auch betont, dass viele altgewordenen Zuwanderer sich ganz bewusst entschließen würden, ihr Alter in Deutschland zu verbringen. Sie hätten sich in Deutschland eingelebt und fühlten sich in ihrer neuen Heimat wohl (vgl. BBfA 1997: 143; Fabian et al. 1990: 83; Hofmann/Issi 1991: 76; Naegele 1998a: 21; Werth 1986: 126). Sie würden ihren gewonnenen Lebensstandard beibehalten wollen und sähen ihre Versorgung in sozialer und finanzieller Hinsicht sowie durch die familiären Versorgungspersonen in der Bundesrepublik besser geschützt (vgl. u. a. BIVS 1992: 29; Fabian et al. 1990: 88; Hofmann/Issi 1991: 76; Naegele 1998a: 21; Schulte 1993: 28). Gleichzeitig empfänden sie die Versorgung für ihre Familien in Deutschland gesicherter, sowohl durch bessere Ausbildungs- als auch Verdienstmöglichkeiten der Kinder (vgl. Brandenburg/Rott 1994: 38; Werth 1986: 126). Nicht zuletzt wurden im Laufe der Zeit vermehrt binationale Ehen geschlossen, welche viele alte Migranten zusätzlich an Deutschland binden (vgl. Naegele 1998a: 21).<sup>42</sup> Daneben lebte eine Vielzahl alter Menschen mit Migrationsgeschichte in Deutschland, die wie bspw. die meisten (Spät-)Aussiedler, eine Migration in die Bundesrepublik von Anfang an auf Dauer geplant hätten (vgl. Brandenburg/Rott 1994; Dietzel-Papakyriakou 1988: 42) oder aber erst im Alter immigriert seien (vgl. Deutscher Verein 1998: 132; Dietzel-Papakyriakou 1991b: 8).<sup>43</sup>

Während sich viele Autoren im Zuge der weiterentwickelten Forschungsperspektive von *Rückkehrorientierung* zu *Bleibeabsicht* mit Fragen der Unentschiedenheit oder des Wandels von Migrationsvorstellungen und -plänen und dessen Folgen auseinandersetzen (vgl. Backhaus-Maul/Vogel 1992: 168; Dietzel-Papakyriakou 1988: 42 f., 1993b: 140, 150; Fabian et al. 1990: 83; Krones 1997: 195; Schulte 1995: 63; Schweppe 1994b: 17 f.), wurden auch Möglichkeiten einer Doppelorientierung thematisiert (vgl. Schulte 1993: 28 f.). Eine verbreitete Form dieser Strategie stelle das **Pendeln** dar. Indem ältere Migranten jeweils einige Monate des Jahres abwechselnd in Deutschland und ihrem Herkunftsland verbrachten, könnten sie dem Wunsch, im Alter in der Heimat zu wohnen und Deutschland gleichzeitig nicht für immer verlassen zu müssen, gerecht werden (vgl. Dill 1989: 86).<sup>44</sup> Trotz der einschränkenden

---

1990: 135; Bultan 1992: 388; Specht 1991: 5; Werth 1986: 126). Häufig stünden die Familien durch unterschiedliche Präferenzen der Generationen jedoch vor einem Entscheidungskonflikt (vgl. z. B. Fabian et al. 1990: 92).

<sup>42</sup> Während die Entsende- und Aufnahmeländer mit den Migranten zu Beginn der Anwerbung in der Präferenz ihrer Rückkehr übereinstimmten, waren die Meinungen im Hinblick auf die Bleibeabsichten der altgewordenen Migranten geteilt. Die Aufnahmeländer hielten in weiten Teilen an dem Wunsch nach Rückkehr der „kostenintensiven“ und nicht mehr produktiven“ (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1991b: 8) Menschen fest. Der Rechtsexperte für Ausländerfragen Helmut Rittstieg kritisierte daran anschließend, dass die Bundesrepublik von der Produktivität der jungen Migranten in prekären Beschäftigungsverhältnissen profitiert hat. „Doch jetzt, da die Folgekosten der Anwerbung anfallen, weigert sich die reiche bundesdeutsche Gesellschaft, als Einwanderungsland den alten Immigranten die erforderlichen Hilfen anzubieten, und hofft, daß die armen Heimatstaaten die ausgepowerten Auswanderer auffangen“ (Der Spiegel 1992: 97). Die Entsendeländer hingegen hätten aufgrund der Gefahr hoher sozialer Folgekosten durch die gesundheitlich angeschlagenen, alten Menschen kaum noch Interesse an deren Rückkehr (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1993b: 83; Schweppe 1994b: 17).

<sup>43</sup> Gleichzeitig können nationalitätenspezifische Unterschiede in den Rückkehrabsichten insbesondere zwischen Drittstaatenangehörigen und Bürgern aus EU-Mitgliedsstaaten vermutet werden, die auch auf die rechtlichen Rahmenbedingungen einer möglichen Rückkehr nach Deutschland zurückzuführen sind, wie das Zentrum für Türkei-Studien (1998: 152) in einem Vergleich türkischer und italienischer Senioren verdeutlicht.

<sup>44</sup> Die Möglichkeit zur Pendelmigration unterliege jedoch den finanziellen und gesundheitlichen Bedingungen der Senioren (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1988: 44, 1991b: 9). Sind Möglichkeiten dieser Art gegeben, könne das Pendeln eine fruchtbare Lösung sowohl hinsichtlich der Unentschiedenheit vieler Migranten als auch der Verknüpfung beider Lebensvorstellungen von Rückkehr und Verbleib bedeuten. Dabei sei gleichzeitig die positive

aufenthaltsrechtlichen Bestimmungen (vgl. Holz et al. 1994: 121), verwiesen viele Untersuchungen der 1990er Jahre auf die häufige Wahl dieses Lebensentwurfs (vgl. BBfA 1997: 143; BIVS 1992: 29; Kauth-Kokshoorn 1998: 99).

Gerade jüngere Untersuchungen wenden sich verstärkt dem Themenfeld transnationaler Mobilität älterer Migranten zu, wobei je nach Betonung der Vor- und Nachteile Pendelmigration als Bereicherung oder Belastung bewertet werden.<sup>45</sup> Um die Möglichkeit dieser Lebensform zu begünstigen, müssten jedoch aufenthaltsrechtliche Restriktionen abgebaut werden (vgl. Baric-Büdel 2002a: 114; Dietzel-Papakyriakou 2005: 404 f.; Krumme 2003: 7). In der Diskussion um Rückkehr oder Verbleib geht die Mehrheit der Veröffentlichungen seit den 2000er Jahren davon aus, dass der ganz überwiegende Teil älterer und alter Menschen mit Migrationshintergrund – mit nationalitätenspezifischen Abweichungen – auch in Zukunft in Deutschland wohnhaft bleiben wird. Dies widerspreche aber nicht einer möglichen Sehnsucht nach den Herkunftsländern noch würde die Komplexität der Einflussfaktoren auf die Entscheidungsfindung – familiärer, ökonomischer, politischer oder gesellschaftlicher Art (vgl. Fußnote 41) – übersehen. Vielmehr werden vorhandene Benachteiligungen der sozialen Absicherung, mit denen Remigranten insbesondere aus Drittstaaten rechnen müssen, angemahnt und rechtliche Neuregelungen eingefordert (vgl. Akashe-Böhme 2000: 50 f.; BBfA 2000: 221; BMFSFJ 2004: 217; Dietzel-Papakyriakou 2005: 404; Fassmann 2012: 375; Informationsdienst Alter & Forschung 2009: 6; Kocaman 2010: 140-143; Menning/Hoffmann 2009: 33; Raabe 2003a: 6; Reinprecht 2011: 36; Sauer/Halm 2010: 101; Schenk et al. 2011: 58; Schimany/Rühl/Kohls 2012: 8, 322; Schopf/Naegele 2005: 385; Streibel 2009: 64; Waltz 2010: 216; Zeman 2009: 442 ff.; ZfT 2002: 173). Die lange Zeit in der deutschen Forschung zu älteren Migranten fokussierten Rückkehrabsichten werden dagegen teils scharf kritisiert:

„Hier von persönlichen Entscheidungen der Rückkehrbindung oder gar einer ‚natürlichen‘ Rückkehrsehnsucht zu sprechen ist salopp formuliert eine Augenwischerei: die ‚Gastarbeitergeneration‘ wurde zur Generation von ‚Ausländern mit Rückkehrbindung‘ gemacht.“ (Ertl 2001: 126)

Vielmehr sei von einer politisch motivierten Zukunftsperspektive ‚Rückkehr‘ auszugehen, die dazu die Betrachtung anderer Zukunftsthemen älterer Migranten weitgehend blockierte (vgl. Jiménez Laux 2001: 30 f.).

### 1.3 Soziale Strukturen

Ein weiteres Untersuchungsfeld zur Lebenssituation älterer Migranten in Deutschland beinhaltet deren soziale Strukturen: ihre familiären und freundschaftlichen Bindungen, ethnischen Netzwerke und gesellschaftliche Integration. In der Beschreibung der Möglichkeiten

---

Wirkung dieser Lebensweise auf die Zufriedenheit der altgewordenen Migranten nicht zu unterschätzen (vgl. Schweppe 1994b: 18; Wölk 1997: 18). Wölk (1997: 41) sieht im Pendeln zudem eine „realistische Reaktion auf ungewisse politische und soziale Verhältnisse in zwei Ländern“ an und betont nicht nur den Gewinn dieser Entscheidungsalternative, sondern sieht in der Pendelmigration eine ganz eigene „Lebensart“ verkörpert.

<sup>45</sup> Während die Vorteile insbesondere in der breiten Nutzung aller vorhandenen Ressourcen an zwei verschiedenen Orten auszumachen seien und diese Strategie als Zeichen von „Autonomie und Mobilitätskompetenz“ (Krumme 2003: 8) angesehen werden könne, beschrieben innere Zerrissenheitsgefühle und Heimweh nach dem je anderen Wohnort belastende Aspekte des Lebens als Pendelmigrant (ebd.: 6 ff.). Schröer und Schweppe (2010: 50) kritisieren jedoch, dass eine geläufige Problematisierung des Pendelns alleine auf ältere Migranten, nicht jedoch auf pendelnde einheimische Senioren übertragen würde.

zur sozialen Teilhabe in der deutschen (Mehrheits-)Gesellschaft greifen die Autoren häufig auf die Beschreibung der **deutschen Sprachkenntnisse** älterer Migranten zurück. Während in den ersten Forschungsjahren Senioren mit Migrationshintergrund allgemein mehrheitlich nur geringe Fähigkeiten der deutschen Sprache zugeschrieben wurden (vgl. Kauth-Kokshoorn/Schneiderheinze/Aydin 1998: 162; Schuleri-Hartje/Just 1994: 51)<sup>46</sup>, weisen Veröffentlichungen seit den 2000er Jahren differenzierte Ergebnisse auf. So hätten im Hinblick auf ehemalige Arbeitsmigranten insbesondere polnischstämmige Männer und türkischstämmige Frauen Schwierigkeiten sich auf Deutsch zu verständigen. Dagegen verfügten bspw. ältere (Spät-)Aussiedler nicht nur insgesamt, sondern auch im Vergleich mit den jüngeren Generationen über bessere deutsche Sprachfähigkeiten (vgl. Dronia 2002: 52; Menning/Hoffmann 2009: 28). Geringe deutsche Sprachkenntnisse werden dahingehend problematisiert, dass sie Partizipations- und Handlungsmöglichkeiten sowie Chancen soziale Kontakte mit deutschen Mitbürgern aufzubauen wesentlich einschränkten (vgl. Schmitt 2008: 280). Konnten viele Migranten im Erwerbsleben teils sehr enge Kontakte zu ihren deutschen Arbeitskollegen knüpfen, brachen diese nach Renteneintritt häufig ab, mit der Folge, dass vorhandene Sprachkenntnisse meist wieder verlernt wurden (vgl. Bultan 1992: 388; Dill 1989: 87; Polimeni 1991a: 295; Schuleri-Hartje/Just 1994: 15; Schulte 1993: 33). Auch vielen Spätaussiedlern sei es trotz der häufig geringeren Sprachschwierigkeiten nicht gelungen, ihre Hoffnungen auf soziale Kontakte zu den in der Bundesrepublik beheimateten Deutschen aufzubauen und eine gesellschaftliche Integration zu erreichen (vgl. Becker/Dierking 1991: 62; Karden 1990: 64). Gängige Verluste sozialer Beziehungen, die sowohl der Remigration von Familienmitgliedern und Freunden vieler Arbeitsmigranten als auch der innerdeutschen Mobilität etwa nach Auszug der (Spät-)Aussiedler-Familien aus den anfangs zugewiesenen Gemeinschaftsunterkünften geschuldet waren, kämen hinzu. Demnach müsse von einer großen Gefahr der sozialen **Isolation** für ältere Migranten in Deutschland ausgegangen werden (vgl. Bäcker et al. 1989: 41; Koch-Straube 1991: 104; Kondratowitz 1998: 30; Polimeni 1991a: 295, 1991b: 22; Schuleri-Hartje/Just 1994: 52).<sup>47</sup>

<sup>46</sup> Gründe, die hierfür benannt wurden, sind u. a. ein niedriger Bildungshintergrund vieler Arbeitsmigranten, fehlende Angebote kostengünstiger Sprachkurse, wenig Zeit und Energie des Spracherlernens neben der Erwerbstätigkeit, geringe Motivation durch den Plan eines zeitlich begrenzten Aufenthalts im Migrationsland, Unsicherheiten und mangelnde Möglichkeiten die deutsche Sprache anzuwenden, stark vereinfachte oder grammatikalisch falsche Kommunikation der einheimischen Arbeitskollegen, was insbesondere zu fehlerhaftem Erlernen der deutschen Sprache führte, oder ein bewusster Rückgriff auf die Muttersprache zur Wahrung der eigenen Identität in der Migration (vgl. Leser 1995: 123; Schulte et al. 1990: 41 ff.; Schulte 1993: 32 f.).

<sup>47</sup> Diese würde durch eine geringe Nutzung öffentlicher Freizeitangebote, die kaum an den spezifischen Bedürfnissen älterer Migranten orientiert seien, zusätzlich verstärkt. Selbst Migrantenorganisationen übersahen in ihrer Konzentration auf Jugendliche mit Migrationshintergrund über viele Jahre die Bedarfslagen älterer Migranten (vgl. Hofmann/Issi 1991: 76; Kelleter 1997: 64; Olbermann 1993: 165). Zusätzlich fehle es in vielen deutschen Glaubensgemeinschaften an einer Integration der ausländischen Gläubigen (vgl. Winkler-Pöhler/Taylan 1985: 314). Durch die noch relativ kleine Gruppe älterer Immigranten in Deutschland seien die Kontakte zu Gleichaltrigen besonders eingeschränkt (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1988: 44). Gerade für alleinstehende ältere Migranten dürften Gefahren einer Vereinsamung, die durch einen niedrigen sozio-ökonomischen Status sowie schlechte gesundheitliche Verfassungen weiter befördert würden, nicht unterschätzt werden, auch im Hinblick darauf, welche wichtige Bedeutung den sozialen Kontakten für die Lebenszufriedenheit im Alter zukommt (vgl. Fokkema/Naderi 2013; Naegele 1998a: 27; Schulte et al. 1990: 40).

Die geringen deutschen Sprachkenntnisse als auch die abnehmenden sozialen Kontakte, vor allem zu Einheimischen, hätten außerdem oft zur Folge, dass es älteren Migranten an notwendigen Informationen und Kenntnissen bspw. hinsichtlich ausländerrechtlichen Bestimmungen, des Gesundheits- und Pflegesystems mangle und die Inanspruchnahme formeller pflegerischer Hilfen beeinträchtigt werde (vgl. Polimeni 1991a: 295; Korporal/Dangel 2006: 236 f.). Von einer rein negativen Perspektive auf die soziale Integration älterer Migranten wurde jedoch gewarnt (vgl. z. B. Schulte 1993: 33). Einen wichtigen Beitrag hierfür leisteten insbesondere die innerethnischen **familiären Beziehungen**. Sie seien von umfassenden gegenseitigen Unterstützungsleistungen der Generationen – z. B. finanzielle Hilfen, Enkelkinderbetreuung, Hilfen im Haushalt und bei der Pflege – geprägt und verkörperten ein emotionales „Polster gegen die Ängste und Sorgen [im Migrationsalltag]“ (Karden 1990: 81; vgl. auch Brandenburg 1997: 64; Dietzel-Papakyriakou 1988: 44, 1991a: 100; Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 1998: 64; Dill 1989: 86; Ebner 1982: 69; Kauth-Kokshoorn/Schneiderheinze/Aydin 1998: 162; Krüger/Potts 1997; Leyer 1990: 89; Olbermann 1993: 166; Wedell 1993: 172).<sup>48</sup> Daneben wurden aber auch zunehmende **Generationenkonflikte** als Hindernisse für gelingende innerfamiliäre Solidaritätsbeziehungen thematisiert. Grundlegend hierfür zeigten sich vor allem Entfremdungstendenzen der Generationen aufgrund unterschiedlicher Lebens- und Wertvorstellungen sowie divergierende Rückkehr- und Bleibeabsichten, welche u. a. auch die Erwartungen der Eltern an die Pflegebereitschaft ihrer Kinder verletzen. Andere Nachkommen fühlten sich ihren Eltern gegenüber nicht (mehr) verpflichtet, pflegerische Hilfen zu leisten, oder sahen sich aufgrund ihrer Berufstätigkeit sowie der eigenen Kindererziehung hierzu nicht in der Lage (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1988: 44; Scheib 1996: 34; Winkler-Pöhler/Taylan 1985: 314).<sup>49</sup>

Während viele Autoren Generationenkonflikte für Migrantenfamilien generalisieren und deren familiäre Hilfenetze in der Folge nachhaltig geschwächt oder zumindest gefährdet sehen (vgl. u. a. Polimeni 1991a: 294; Winkler-Pöhler/Taylan 1985: 314), relativieren andere Forscher diese Auseinandersetzungen, die vorwiegend im Jugendalter ausgetragen würden und bereits im Erwachsenenalter überwunden sein könnten. So wäre auch bei vielen jüngeren Generationen eine starke Familienorientierung zu verzeichnen (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1991a: 105; Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 1998: 64). Trotz unterschiedlicher Probleme von Mig-

<sup>48</sup> Die Unterstützungsmöglichkeiten seitens der Senioren tragen überdies zu einem positiven Selbstbild für viele Migranten im Alter und einer aktiven sozialen Einbindung in den Familienband bei (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1993b: 55; Wölk 1997: 42). Dementgegen führten jedoch divergierende Altersbilder in den Aufnahme- und Herkunftsgesellschaften nicht selten zu Verunsicherungen bestimmter Gruppen älterer Migranten. Während es alten Sinti und Roma häufig gelang, die bedeutende Stellung der Alten im Familienband in Deutschland zu bewahren, bestehe für andere Gruppen mit der Abwertung des Alters die Gefahr psychischer Belastungen (vgl. Hundsalz 1979: 314-317; Hundsalz/Schmitz-Scherzer 1978: 99 f.; Kürsat-Ahlers 1990: 58; Winkler-Pöhler/Taylan 1985: 314).

<sup>49</sup> Folgt man sozialen Austauschmodellen der Gerontologie gestalten sich Generationenbeziehungen umso annehmbarer, je ausgeglichener gegenseitiges Geben und Nehmen sind. Zudem sei das Wissen von bestehenden Erwartungen, die häufig unausgesprochen als moralische Codes ihre Wirkung entfalten, ausschlaggebend. Wird vor Augen geführt, dass vielen Migrantenkinder der zweiten Generation eigene Erfahrungen mit der Fürsorge für ältere Familienmitglieder fehlt, da ihre Eltern die zum Großteil in den Herkunftsländern lebenden Großeltern selbst nicht versorgt hatten, scheinen ein Missverstehen oder ein fehlendes Wahrnehmen der Erwartungen der ersten Generation nicht unwahrscheinlich (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1993b: 46-50).

rantenfamilien bewerten Cryns und Kollegen (1993: 29) das familiäre Hilfesystem so auch im Alter als intakt. Ob dies für die Zukunft noch zutreffen werde, stellen sie jedoch infrage. Durch die zu erwartende Ausdifferenzierung der Lebenslagen älterer Migranten werde es in jedem Fall vermehrt zu Hilfebedürftigen unter ihnen kommen, die nicht auf familiäre Unterstützungsleistungen zurückgreifen könnten. Andere Studien fügen die natürlichen Grenzen familiärer Hilfen hinzu, indem sie nicht nur auf jene alten Migranten verweisen, die von ihren Familienmitgliedern über nationale Grenzen hinweg getrennt leben, sondern auch jene hervorheben, die alleinstehend oder kinderlos, verwitwet oder geschieden sind oder nur geringe familiäre Bindungen besitzen. Diese Personen machten einen großen, oft aber übersehenen Anteil unter ihnen aus (vgl. Kelleter 1997: 63; Naegele 1998a: 27; Olbermann 1993: 156 f.; Polimeni 1991a: 294). So „kann – entgegen weit verbreiteten Annahmen – auch bei der ausländischen Bevölkerung nicht von einem Altern im Familienverband als typische oder primäre Lebensform ausgegangen werden“ (Olbermann 1993: 157).<sup>50</sup>

Neuere Studien verweisen noch deutlicher auf die Heterogenität informeller Hilfenetze und die Divergenz der Haushaltsstrukturen älterer Migranten. So konnten Auswertungen, die auf den Daten des deutschen Alterssurveys sowie des Sozioökonomischen Panels beruhen, auch weder die These eines größeren innerfamiliären Zusammenhalts noch vermehrte Konflikte zwischen den Generationen bestätigen. Vielmehr machen sie deutlich, dass sich Migrantenfamilien in wachsendem Maße den pluralen Familienverhältnissen der Mehrheitsbevölkerung angleichen, was sich auch in unterschiedlichen familiären Unterstützungspotenzialen widerspiegeln (vgl. Baykara-Krumme 2008: 310; Dornheim 2004: 138; Hahn 2011: 49; Kohls 2012: 16; Olbermann 2013a: 3; Reinprecht 2011: 39; Schenk et al. 2011: 51, 71; Schmitt 2008: 279; Uzarewicz 2002: 11; Zeman 2002: 6, 2005: 45-63). Gerade der Blick auf alleinstehende und -lebende Senioren mit Migrationshintergrund konnte die Wahrnehmung der heterogenen Lebensmuster älterer Migranten in Deutschland schärfen. So verweisen Kollak und Friebe (2002: 4) darauf, dass „22% der 60jährigen Migranten [...] im Gegensatz zu 17% der Deutschen in Einpersonenhaushalten [lebt]. In der Gruppe der 65- bis 70jährigen sind es bereits 36% gegenüber 27% und bei den über 75jährigen 43%“. Während Ende der 2000er Jahre der höhere Anteil alleinlebender Migranten in höheren Altersgruppen durch Menning und Hoffmann (2009: 13 f.) nicht bestätigt werden, zeigen die Daten dennoch vergleichsweise geringe Unterschiede in den Familienständen zwischen Personen mit und ohne Migrationshinter-

<sup>50</sup> An diesen Befunden knüpfte die bereits aus der US-amerikanischen Forschung bekannte Diskussion um den **Mythos starker ethnischer Familiennetze** an. Nicht nur stelle die Betonung des früheren, in den Generationenkonflikten verloren gegangener Respekt der nachkommenden Generationen gegenüber den alten Familienmitgliedern eine mystifizierende Verschönerung vergangenen Altersdaseins dar (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1993b: 48 f.). Sondern es finde auch eine gefährliche Überschätzung des Hilfepotenzials von Migrantenfamilien sowohl innerhalb der Familien als auch von Seiten der Gesellschaft statt, die zu einer Tabuisierung familiärer Belastungsmomente und einer möglichen *Überforderung* beitrage (vgl. Diakonie 1991: 19 f.; Gelfand 1986: 448; Holzberg 1982a: 253; Markides 1983: 124 f.; Rosenthal 1983: 6). Die häufige Romantisierung des vergangenen Großfamiliendaseins verkenne zudem, dass gerade die Pflege der Ältesten in früheren Jahrzehnten durch die deutlich geringere Lebenserwartung einen untergeordneten Stellenwert eingenommen hatte, die Familien folglich mit dieser Aufgabe nur selten betraut waren (vgl. Markson 1979: 349).

grund, die 65 Jahre und älter sind.<sup>51</sup> Damit wurde die jahrelange Vorstellung, ältere Migranten lebten nahezu vollständig in Ehe, Familienbund oder großfamiliären Strukturen revidiert.<sup>52</sup> Während bis in die 1990er Jahre noch von einer **ethnischen Isolation** bzw. einem **Rückzug** älterer Zuwanderer **in ethnische Enklaven** gesprochen wurde, die sich neben engen Familienbanden sowohl in der räumlichen Nähe zur eigenen ethnischen Community als auch den bevorzugten außerfamiliären Bezugspersonen und Unterstützungsnetzwerken aus dem innerethnischen Kreis widerspiegelte (vgl. z. B. Dietzel-Papakyriakou 1993b: 36-39; Olbermann 1993: 165),<sup>53</sup> erfuhr diese These seit den 2000er Jahren kaum noch Rezeption. Dagegen gewannen **Potenziale** älterer Migranten sowie ihr **ehrenamtliches Engagement** im neuen Jahrtausend zunehmend an Aufmerksamkeit, zwei Gegenstände, die bis dato in der deutschsprachigen Literatur nur wenig thematisiert worden waren oder aber klischeehaften Vorstellungen unterlagen (vgl. Dietzel-Papakyriakou 2005: 397; Zeman 2009: 436). In der Regel bestand ein defizitorientierter Blick, der wenig Raum für die Betrachtung von Ressourcen älterer Migranten ließ und nun vermehrt kritisiert wurde (vgl. Geiger/Brandenburg 2000: 282; Zeman 2002: 13).<sup>54</sup> Wird nach spezifischen Potenzialen von Senioren und Seniorinnen mit Migrationshintergrund gefragt, gelte es grundsätzlich zu berücksichtigen,

„dass, je nach Definitionskontext und Perspektive, Potenziale unterschiedlich verstanden werden können. So können z.B. in einer ethnisch segregierten Umgebung durchaus Potenziale für Angehörige dieses soziokulturellen Milieus vorhanden sein, die aber aus der Sicht der Majoritätsgesellschaft nicht erkannt bzw. anerkannt werden.“ (BMFSFJ 2005a: 397)

<sup>51</sup> Beispielhaft seien hierzu folgende Daten genannt: Während 2007 4,6 Prozent der Männer ab 65 Jahre ohne Migrationshintergrund ledig waren (Frauen: 5,8 %), so waren dies männliche Migranten im gleichen Alter zu 4,3 Prozent (Frauen: 4,0 %). Unter den Männern zählten 12,7 Prozent ohne und 10,4 Prozent mit Migrationshintergrund zu den Verwitweten, unter den Frauen 43,0 im Vergleich zu 39,6 Prozent. Dagegen waren mehr Migranten als Nichtmigranten dieser Altersgruppe geschieden (Männer: 4,5 % zu 4,9 %; Frauen: 5,9 % zu 6,4 %). Im Hinblick auf die Haushaltsstrukturen zeigen die Autorinnen zudem teils deutliche Unterschiede zwischen verschiedenen Migrantengruppen auf (Menning/Hoffmann 2009: 13 f.).

<sup>52</sup> Ob eine zunehmende Angleichung der Familienstrukturen von Senioren mit und ohne Migrationshintergrund oder die vermehrte Einbindung älterer Migranten in Familienstrukturen und Mehrgenerationenhaushalte betont wird, ob starke Unterstützungsleistungen oder sich abschwächende Hilfpotenziale herausgestellt werden, sind zwei augenfällige Unterschiede zwischen den Autoren in den 2000er Jahren (vgl. u. a. Baric-Büdel 2002a: 114; BMFSFJ 2004: 217; Dietzel-Papakyriakou 2005: 400 f.; Dornheim 2004: 138; Gerling 2003a: 218, 2003b: 21; Grieger 2003: 133; Korporal/Dangel 2006: 235; Schopf/Naegele 2005: 391; Steinhoff/Wrobel 2004: 215; Ullrich 2002: 190; Uzarewicz 2002: 11). Dementsprechend verschieden fällt auch die Bewertung von *Integration versus Isolation* älterer Migranten aus (vgl. Gerling 2002: 152; Koch-Straube 2001: 389; Schopf/Naegele 2005: 389).

<sup>53</sup> Neben der Möglichkeit das Alltagsleben in der ethnischen Community nach vertrauten Mustern zu gestalten, liege die hohe Anziehungskraft ethnischer Enklaven in dem Umstand nicht nur ausschließlich in der Muttersprache kommunizieren, sondern in großen Communities zugleich auf eine breite Palette spezifischer Infrastrukturangebote zurückgreifen zu können (vgl. Backhaus-Maul/Vogel 1992: 170; Dietzel-Papakyriakou 1988: 44, 1993b: 36; Kondratowicz 1998: 29). Darüber hinaus bildeten sie eine wichtige emotionale Funktion zur Stärkung der eigenen Identität, des Selbstwert- und Sicherheitsgefühls (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1993b; Wölk 1997: 44), könnten als „Kompensationsstrukturen und Rückkehrersatzfunktionen“ (Papakyriakou 1990: 18) sowie als „potentielle Quellen sozialer Unterstützung“ (Brandenburg 1997: 64) gewertet werden. Noch Anfang der 2010er Jahre merkt Hahn (2011: 51) jedoch kritisch an, dass eine vornehmliche Orientierung älterer Migranten an eigenethnischen Netzwerken auch negative Implikationen haben kann, insbesondere wenn es darum ginge „Brücken in andere Netzwerke“ aufzubauen.

<sup>54</sup> Angestoßen wurde die Thematisierung von Potenzialen älterer Migranten nicht zuletzt durch eine gewachsene Wahrnehmung von Ressourcen und Potenzialen älterer und alter Menschen insgesamt, die in Deutschland im fünften Bericht zur Lage der älteren Generation „Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft“ (BMFSFJ 2005a) wesentliche Aufmerksamkeit erhielt.

Das Bewusstsein gesellschaftlich unterschiedlicher Verständnisse von Potenzialen muss bei ihren Beurteilungen folglich stets berücksichtigt werden (vgl. Dietzel-Papakyriakou 2005: 397). Die zentralen Ressourcen, die älteren Migranten schließlich zugeschrieben wurden, spiegeln sich in den inner- und außerfamiliären ethnischen Netzwerken und ethnischen Infrastrukturen, in der bilokalen Verortung ausgedrückt in Formen des Pendelns<sup>55</sup> sowie im Wirken von Migrantenselbstorganisationen<sup>56</sup> wider (vgl. z. B. Olbermann 2013a: 3). Mit den Potenzialen älterer Migranten eng verbunden wurde zunehmend auch ihr ehrenamtliches Engagement thematisiert.<sup>57</sup> Dieses finde sich vor allem innerhalb der Familien und in informellen (Nachbarschafts-)Netzwerken wieder.<sup>58</sup> Diese vornehmlich informelle und weniger in Vereinsstrukturen organisierte Form des Ehrenamts führte lange Zeit dazu, dass das Engagement älterer Migranten übersehen oder unterschätzt wurde.<sup>59</sup> Tatsächlich engagierten sie sich bisher nur wenig in formellen und informellen Gruppen der Mehrheitsgesellschaft, wie bspw. kommunalen Seniorenvertretungen. Für die freiwillige Arbeit älterer Migranten stellten sich für die Zukunft zwei wesentliche Aufgaben: Einerseits gelte es ihr jahrelanges Wirken in ehrenamtlichen Bereichen anzuerkennen und andererseits Angebote innerhalb der Mehrheitsgesellschaft zu schaffen, die an ihren Interessen anknüpfen und sie zur Beteiligung motivieren können (vgl. Alisch/May 2013: 42; BMFSFJ 2005a: 433-437; Deutschen Verein 2010: 26; Dietzel-Papakyriakou 2005: 401; Huth 2012: 27 f.; Kramer 2011: 252; Zabel 2008). Daneben müsse aber auch die wertvolle Arbeit der Migrantenselbstorganisationen als Anlaufstelle für Neuzugewanderte, Informations- und Hilfesuchende sowie als sozialer Treff wertgeschätzt und politisch aufgewertet werden (vgl. Baric-Büdel/Barth 2011: 46; BMFSFJ 2011: 9).

<sup>55</sup> Die Mobilitätspotenziale, die in der Pendelmigration zum Ausdruck kommen, „tragen zu einer aktiven Gestaltung des Alters bei. Während in der Gruppe der deutschen Älteren solche Aktivitäts- bzw. Mobilitätsmuster sich vornehmlich als Mittelschichtphänomen finden lassen, pendeln in der Gruppe der Arbeitsmigranten vornehmlich berentete Arbeiter mit häufig bescheidenen Rentenbezügen“ (Dietzel-Papakyriakou 2005: 404).

<sup>56</sup> In den ersten Jahren des Aufenthalts in Deutschland stellten die Selbstorganisationen für viele Migranten eine Form des Familiensatzes dar und unterstützten die Neuankömmlinge sich in einer unbekanntem Umwelt zurechtzufinden. Die Vereinigungen entstanden dabei parallel zu den wachsenden und sich verändernden Bedarfslagen. Während zuerst heimatorientierte, Sport- und religiöse Vereine gegründet wurden, folgten in einer zweiten Phase Organisationen, die sich mit Eltern- und Bildungsfragen beschäftigten, Berufsgruppen vertraten sowie verstärkt politische tätig wurden. Obwohl spezifische Angebote für ältere Migranten in den meisten Vereinen lange kaum vorhanden waren und sich auch ihr eigener Organisationsgrad in Ausnahme einzelner Altenclubs relativ gering hielt, waren Migranten im Alter weiterhin in den bestehenden Gruppen anzutreffen und eingebunden (vgl. Alpbek 2008: 44 f.; BMFSFJ 2005a: 434; Dietzel-Papakyriakou 2005: 401 f.; Schopf/Naegele 2005: 390 f.; Zeman 2002: 6, 90). Neben den Möglichkeiten der sozialen Teilhabe und Freizeitgestaltung werden Migrantenselbstorganisationen auch deshalb als Potenzial begriffen, weil sie als eine Partizipationsform an der Mehrheitsgesellschaft verstanden werden müssen: Sie begegnen Defiziten im vorhandenen Feld der Angebote, fördern die Beteiligung sowie Mitwirkung ihrer Mitglieder und bieten ihnen ein Sprachrohr für ihre Bedürfnisse. Daneben können sie als Mittler eine Brücke zu gesamtgesellschaftlichen Angeboten und Systemen wie der Altenhilfe und -pflege schlagen und gerade im Rentenalter als wichtiger Beitrag für die Lebensqualität gelten (vgl. Dietzel-Papakyriakou 2005: 402; Martinez 2004; Schopf/Naegele 2005: 390 f.).

<sup>57</sup> Für einen Eindruck der Vielfalt des Engagements älterer Migranten in Berlin vgl. Rürup und Şentürk (2011).

<sup>58</sup> Teilweise zeige sich ihr ehrenamtliches Engagement auch in bestehenden Migrantenselbstorganisationen oder in von ihnen besuchten Seniorenclubs und Altenbegegnungsstätten (vgl. Huth 2005: 29).

<sup>59</sup> Diese Form des Ehrenamts sei nach Huth (2012: 28) auch der Tatsache geschuldet, dass vergleichbare Strukturen von zivilgesellschaftlichem Engagement hierzulande in vielen Herkunftsländern wenig verbreitet wären. Älteren Migranten der ersten Generation waren Formen des Ehrenamts über das Familien- und Nachbarschaftsnetzwerk hinaus demnach häufig unbekannt. Zudem verstärkten Sprachschwierigkeiten und Verhaltensunsicherheiten vieler Senioren ihre Zurückhaltung, sich in Angeboten der Mehrheitsgesellschaft zu engagieren.

#### 1.4 Alters- und Pflegevorstellungen

Mit den sozialen Strukturen und den daraus abzuleitenden Hilfepotenzialen älterer Zuwanderer eng verbunden wurden subjektive Alters- und Pflegevorstellungen älterer Migranten analysiert. Diese bauten auf Diskussionen darüber auf, welche besonderen Merkmale Alterungsprozesse ethnischer Minderheiten in der Migration prägten.<sup>60</sup> Besondere Aufmerksamkeit der wissenschaftlichen Überlegungen erfuhr dabei der Einfluss der **Ethnizität** auf das Alter(n). Gegenüber deterministischen Vorstellungen des ethnisch-kulturellen Einflusses einerseits und assimilatorischen Entwicklungen in der Migration andererseits schlossen sich viele Autoren einem vermehrt dynamischen Modell von Ethnizität an. So könnten ethnisch-kulturelle Muster in verschiedenen Lebensphasen von unterschiedlicher Bedeutung sein und infolgedessen bspw. im Alter eine Wiederbelebung erfahren. Dies knüpfte zugleich an die gerontologische Auffassung einer zunehmenden Orientierung an frühere Lebensphasen und Sozialisationserfahrungen im Alter an (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1991b: 12; Kastenbaum 1979: 89; Rosenthal 1983: 11). Die Wirkung von Ethnizität auf das Alter wurde sowohl positiv als auch negativ bewertet.<sup>61</sup> Grundsätzlich stelle sie jedoch ein bedeutendes Differenzierungsmerkmal im Altersprozess dar. Nicht nur existieren kulturelle Bestimmungen von Gesundheit und Krankheit sowie spezifische Vorstellungen vom Prozess des Alterns und der Lebensphase Alter, die zu Unterschieden zwischen verschiedenen Altenpopulationen beitragen. Auch stellen Migration oder Flucht an sich von der Mehrheitsbevölkerung differenzierte Lebenserfahrungen der Zuwanderer dar, die Einfluss auf das Alter und den Altersprozess nehmen. In der Konsequenz muss der hochgradig heterogene Charakter des Alter(n)s auch hinsichtlich der Ethnizität berücksichtigt und die Betroffenheit von altersspezifischen Problemlagen einerseits sowie Ressourcen andererseits individuell beurteilt werden (vgl. Dennebaum 1988: 110; Dietzel-Papakyriakou 1993a: 51; Hegemann 1996: 20; Kramer/Barker 1991: 131; Schulte 1995: 61). Daran anschließend wurden Unterschiede **sozialer** und **subjektiver Altersbilder** thematisiert. Dabei stachen neben kulturell verschiedenen Altersbildern (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1990: 348; Dill 1989: 87; Winkler 1988: 37) besonders Differenzen chronologischer Altersvorstellungen unterschiedlicher ethnischer Gruppen ins Auge. Während etwa Sinti und Roma das Erreichen der Lebensphase Alter weniger an Alterszahlen als vielmehr an dem Erreichen bestimmter Lebensabschnitte, wie die Geburt von Enkelkindern, fest machten, werden bei türki-

---

<sup>60</sup> Die Grundannahme lautete, dass Alterung in sozialer, kultureller als auch individueller Hinsicht als hochgradig heterogener Entwicklungsprozess verstanden werden muss und ihre Betrachtung nicht ohne Einbeziehung des polymorphen Kontextes erfolgen kann (vgl. Barker 1991: 188; Dietzel-Papakyriakou 1988: 43; Kent 1971a: 27).

<sup>61</sup> Während nachteilige Effekte in einer segregierten Lebensweise ausgemacht wurden, die Diskriminierungserfahrungen Vorschub leistete und als Hindernis für eine soziale Integration in die Aufnahmegesellschaft angesehen werden müsse (vgl. Brandenburg 1994: 423), wurde die Hinwendung zur eigenen Ethnie auch als bedeutende Ressource für das Alter betrachtet. Zum einen könne sie als „mitigating force or compensatory buffer, enabling old people to cope more easily with the psychical and physical constraints of decreased biological vitality“ (Holzberg 1982a: 252), wirken. Zum anderen fördere sie eine altersbedingt verstärkte Integration in die eigenethnische Gruppe, indem den Älteren und Alten spezifische soziale Rollen, wie die Vermittlung ethnischer Traditionen und Wissensvorräte, zugewiesen werden. Demzufolge könne es für Migranten zu einem sozialen Bedeutungsgewinn im Alter kommen. Daneben trage die Betonung der eigenen Ethnizität zu einem positiven Selbstbild im Alter und der Aufrechterhaltung des Lebenssinns bei (vgl. Brandenburg 1994: 423; Hundsalz/Schmitz-Scherzer 1978: 100; Schweppe 1994b: 19).

schen Migranten frühere Lebensjahre mit dem Alterseintritt verbunden als es für das deutsche Altersbild typisch sei.<sup>62</sup> Verantwortlich hierfür seien eine häufig frühere Verheiratung, Eltern- und Großelternschaft im Lebensverlauf (vgl. Baklan 1988: 386; Hundsalz/Schmitz-Scherzer 1978: 99; Kramer 1991: 208). Dennoch teilten trotz kulturspezifischer und durch Migrationsereignisse hervorgerufener Besonderheiten türkischstämmige Senioren bspw. viele Erfahrungen des Alter(n)s mit jenen einheimischer Alter von gleichem sozio-ökonomischem Status und zeigten sich Gemeinsamkeiten in den Wünschen und Vorstellungen eines zufriedenen Alters, das sich etwa durch Gesundheit, Sorglosigkeit und ein harmonisches Miteinander in der Familie ausdrücke (vgl. Reinprecht 2011: 36; Schenk et al. 2011: 62).<sup>63</sup>

Im Hinblick auf die **Pflegeerwartungen** vieler Zuwanderer wurden wiederum vermehrt ethnische Hintergründe und Erfahrungen aus den Herkunftsländern als Erklärungsmuster ins Feld geführt (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1991b: 13; Rempusheski 1988: 232). Im Deutschland der 1990er Jahre würde demnach der traditionelle Wunsch vieler Migranten, ihr Alter im Familienkontext zu verbringen und benötigte Pflege durch die engsten Familienmitglieder zuhause zu erfahren, dominieren. Der höchste Stellenwert kommt dabei den Kindern und zwar vor allem den Töchtern bzw. Schwiegertöchtern sowie den Ehepartnern zu (vgl. Krüger 1995: 74 f.; Ridderbusch 1997: 201; Schuleri-Hartje/Just 1994: 85; Schulte et al. 1990: 45; Steiner 2004: 224). Die vermehrt als Hoffnungen formulierten Vorstellungen von einer Familienpflege machten jedoch auf die Unsicherheit ihrer Realisierung aufmerksam. Während ein kleiner Teil der Befragten, familiäre Pflegeleistungen als Selbstverständlichkeit oder gar Pflicht betrachteten, wurden mehrheitlich auch die möglichen Einschränkungen erkannt. Einerseits wollten viele ältere Migranten ihren Kindern nicht zur Last fallen. Andererseits schränkten veränderte Familienstrukturen und Lebensweisen vieler Kinder und Enkel, zu denen u. a. die erhöhte Erwerbsbeteiligung von Frauen, größere Wohndistanzen zwischen Familienmitgliedern sowie daraus entstehende Schwierigkeiten in der Vereinbarkeit von Beruf und Caretätigkeiten zählen, familiäre Pflegemöglichkeiten häufig ein. Auch wenn die pflegerische Versorgung durch Familienangehörige in Migrantenfamilien heute noch wahrscheinlich erscheint, sei es nicht mehr möglich eine innerfamiliäre Pflege per se zu erwarten. Vielmehr müsse mit einem weiter sinkenden Unterstützungspotenzial in Zukunft gerechnet und alternative Hilfsmöglichkeiten bedacht werden (vgl. u. a. Baric-Büdel 2002a: 114; Deutscher Verein 2011: 70; Dornheim 2004: 139; Holz et al. 1994: 125 f.; Kohls 2012: 33; Krüger 1995: 75-83; Matzker 2003: 241; Passon/Kessler/Lüngen 2011: 269; Protschka 2012: 1426; Wettich 2007: 93; Zeman 2009: 439; ZfT 2002: 169).<sup>64</sup> Kollak und Friebe (2002: 4) sprechen im Hinblick auf

<sup>62</sup> Überspitzt formuliert Baklan (1988: 386): „Mit 60 denkt kein Türke mehr an die Rente, mit 60 denkt man an den Tod.“

<sup>63</sup> Hinsichtlich Fragen der Lebensbilanzierung sowie der subjektiven Bewertung des Alters vgl. Hahn (2011: 42), Läsker und Yortanlı (2012a: 162), Ruspini (2010: 6) und Schenk et al. (2011: 4 f.).

<sup>64</sup> Die Notwendigkeit dieses Perspektivwechsels wurde schon in den 1990er Jahren von den Beratungsstellen für Migranten unterstrichen. Zunehmend traten ältere und alte Migranten an die Sozialstellen heran, um sich über Alters- und Pflegefragen zu informieren. Dabei wurde erkannt, dass erstens das Hilfefpotenzial der Familien häufig überschätzt würde und u. a. der unvorhergesehene kurz- oder langfristige Ausfall pflegender Familienmitglieder zu außerordentlichen Notlagen führen konnte. Zweitens verfügten viele ältere Migranten über keine familiären Hilfenetze, die sie im Bedarfsfall aktivieren könnten. Insgesamt stellten das Alter und die Pflege da-

viele alleinlebende ältere Migranten gar von einer illusorischen Vorstellung einer gängigen familiären Alterspflege. Hinsichtlich der Pflegewünsche ziehen jedoch nicht wenige Autoren den Schluss, dass neben individuellen Abweichungen grundsätzlich von ähnlichen Pflegevorstellungen unabhängig des Migrationshintergrundes ausgegangen werden kann: „Werden Menschen alt, so wollen sie von Angehörigen ihres eigenen sozialen Umfeldes aufgenommen und versorgt werden“ (Schädel 2001: 262; vgl. auch Schultz/Wittlif 2015: 6 f.).

### 1.5 Inanspruchnahme sozialer Dienste

Abseits einer individuellen Favorisierung familiärer Pflege gewannen mit der Forschung zu älteren Migranten auch ihre Möglichkeiten, formale Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen, an Interesse. In einer Nutzungsanalyse von Angeboten der Altenhilfe in Frankfurt am Main wurde Mitte der 1990er Jahre in allen Bereichen offener, ambulanter sowie stationärer Angebote nur wenige bis gar keine Nutzer und Nutzerinnen mit Migrationshintergrund ausgemacht (vgl. Scheib 1995) – ein Ergebnis, das auch in anderen Untersuchungen bestätigt wurde (vgl. Deutscher Verein 1998: 133; Resch-Hoppstock 1994: 36). Für den in dieser Arbeit fokussierten Bereich der stationären Pflege existierten noch Ende der 1990er Jahre keine repräsentativen Daten. Aus Sozialhilfestatistiken konnte jedoch entnommen werden, dass Ende 1994 2,1 Prozent der 60-jährigen und älteren Ausländer in Deutschland Hilfe für stationäre Pflegeleistungen bezogen. Trotz einer vermutlich leicht höheren Inanspruchnahme von stationärer Pflege durch Migranten, bspw. solcher Personen, die hierfür keine Sozialleistungen erhielten, galten sie in der Nutzung der Angebote von Alten- und Pflegeheime als deutlich unterrepräsentiert (vgl. Brandenburg 1997: 67; Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 1998: 27). Folglich sprach die Literatur der ersten Forscherjahre von ausschließlich wenigen bekannten Einzelfällen älterer und alter Migranten in stationären Altenpflegeeinrichtungen, die jedoch keine gesonderte wissenschaftliche Betrachtung erfuhren (vgl. Backhaus-Maul/Vogel 1992: 173; Dietzel-Papakyriakou 1993a: 51; Keim 1996: 272; Resch-Hoppstock 1994: 42).<sup>65</sup>

In der Diskussion um die geringe Inanspruchnahme von Angeboten der Altenhilfe und -pflege durch ältere Migranten stachen vier Begründungszusammenhänge hervor: der Bekanntheitsgrad von Angeboten und Einrichtungen, bestehende Zugangsbarrieren, die Bedarfslage älterer Migranten sowie ihr Interesse an stationärer Pflege. Der **Bekanntheitsgrad** der Altenhilfeangebote galt unter älteren Migranten mehrheitlich als sehr gering (vgl. u. a. BBfA 1997: 146 f.; Brandenburg 1994: 424, 1997: 66; Ridderbusch 1997: 201; Schuleri-Hartje/Just 1994: 10),<sup>66</sup>

---

mit einem großen Unsicherheitsfaktor für ältere Zuwanderer dar (vgl. BBfA 1995: 81; Kauth-Kokshoorn/Schneiderheinze/Aydin 1998: 165; Lüking 1994: 210).

<sup>65</sup> Angebote, die dem entgegen viel Inanspruchnahme erfuhren, waren die Sprechstunden der Beratungsstellen vorrangig der Migrationssozialdienste (vgl. Deutscher Verein 1998: 133; Holz et al. 1994: 74). Aber auch viele Hausärzte entwickelten sich im Laufe der Zeit zu engen Ansprechpartnern und die Nutzung von Hilfsangeboten wie Haushaltshilfen durch ältere Migranten nahm zu (vgl. Kauth-Kokshoorn/Schneiderheinze/Aydin 1998: 112; Ridderbusch 1997: 198).

<sup>66</sup> Die angeführten Ursachen hierfür waren vielfältig: Einerseits versperre die verbreitete geringe formale Bildung älterer Migranten als auch deren Sprachschwierigkeiten die Zugangsmöglichkeiten zu allgemeinen Informationen (vgl. Mertens/Scott 1993: 32; Schuleri-Hartje/Just 1994: 58; Winkler-Pöhler/Taylan 1985: 314). Andererseits sei der geringe Kenntnisstand den wenigen Kontakten zur deutschen Mehrheitsbevölkerung, dem Rückzug in ethnische Enklaven (vgl. Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 1996: 83) sowie der verbreiteten Rückkehrori-

wobei Altenheime noch zu den bekannteren Angeboten des deutschen Versorgungssystems zählten (vgl. Cryns/Gromm 1994: 415; Kauth-Kokshoorn/Schneiderheinze/Aydin 1998: 123; Ridderbusch 1997: 199).

Neben solchen Informationsdefiziten, die als wesentliche Hemmschwelle in der Nutzung der Einrichtungen erschienen (vgl. Deutscher Verein 1998: 133; Gaitanides 1999: 42; Geiger 1998: 172), wurde weitere **Zugangsbarrieren** für die Inanspruchnahme von Altenhilfe- und -pflegeangeboten ausgemacht: So wurden den deutschen Sprachschwierigkeiten als auch verschiedenen Ängsten der älteren Migranten – auch von Seiten befragter Einrichtungen – eine hinderliche Wirkung bescheinigt (vgl. Backhaus-Maul/Vogel 1992: 173; Deutscher Verein 1998: 133; Geiger 1998: 172; Hinck 1997: 18; Hinz-Rommel 1998: 36; Holz et al. 1994: 71 f.; Olbermann 1993: 166 f.).<sup>67</sup> Zudem beeinträchtigten institutionelle Bedingungen den Zugang zu bestehenden Angebote. So erkläre die „mangelnde Flexibilität und Bereitschaft des deutschen Altenhilfesystems, sich auf die Bedürfnisse und kulturellen Besonderheiten der älteren Ausländer einzurichten“ (Sieveking 1997: 21) zu großen Teilen die ausbleibende Inanspruchnahme. Weder würden Speisegewohnheiten, Geschlechterkonzepte, andersgeartete Krankheitsvorstellungen und Schamgrenzen der unterschiedlichen Migrantengruppen noch ein Leben in Pendelmigration in den mehrheitlich für die deutsche Mehrheitsbevölkerung konzipierten, mittelschichtorientierten Dienstleistungen ausreichend Beachtung finden (vgl. Bultan 1992: 390; Geiger 1998: 173 f.; Hinz-Rommel 1998: 36; Krüger 1995: 83; Sieveking 1997: 21). Zusätzlich fehle es an zugehenden Angeboten, ausreichend qualifiziertem Personal mit interkulturellen Kompetenzen sowie Mitarbeitern, die selbst einen Migrationshintergrund haben (vgl. Backhaus-Maul/Vogel 1992: 173; BBfA 1997: 146; Brandenburg 1994: 425). Die Personalauswahl und -qualifikation sei u. a. deshalb von entscheidender Bedeutung, da nicht selten auch ausgrenzendes Verhalten oder die Folgen unreflektierter Vorurteile der pflegenden Mitarbeiter als Hemmschwelle für die Nutzung der Pflegeangebote wirkten (vgl. Gaitanides 1996: 44, 1999: 42). Aufgrund dieser vielfältigen Zugangsbarrieren folgert das Bundesfamilienministerium (2000: 14), dass „die Mehrzahl älterer Migranten [...] vom regulären Altenhilfesystem weitgehend ausgeschlossen [ist]“.

Der Diskussion um bestehende Zugangsbarrieren schloss sich die Frage an, ob überhaupt **Bedarf** nach spezifischen Pflegeangeboten durch ältere Migranten bestünde, welche das Altenhilfe- und Altenpflegesystem bedienen müsse. Aus der Perspektive der Praxis wurde dabei

---

entierung (vgl. Holz et al. 1994: 126) geschuldet. Aber auch die Komplexität der Versorgungsstrukturen (vgl. Geiger 1998: 174) sowie Berührungängste gegenüber behördlichen Stellen (vgl. Schuleri-Hartje/Just 1994: 58) müssten für die Informationsdefizite verantwortlich gemacht werden.

<sup>67</sup> Die beschriebenen Befürchtungen reichten über die unfreiwillige Unterbringung in einer unbekanntenen Organisation (vgl. Deutscher Verein 1998: 133), in welcher den älteren Migranten Ablehnung und Vorurteile von Seiten der deutschen Mitarbeiter und Bewohner entgegengebracht werden könnten (vgl. Holz et al. 1994: 126 f.), über die Angst, den Aufenthaltsstatus durch die Inanspruchnahme von Pflegediensten zu gefährden (vgl. Brandenburg 1994: 425; Dietzel-Papakyriakou 1991a: 120; Gaitanides 1999: 42; Hinz-Rommel 1998: 37; Resch-Hoppstock 1994: 42), bis hin zu den bereits erwähnten Berührungängsten gegenüber staatlichen Einrichtungen (vgl. BAGFW 1995: 16; Brandenburg 1994: 424 f.; Geiger 1998: 174), die sich zum Teil auf vergangene Diskriminierungserfahrungen gründeten (vgl. Wölk 1997: 36). Auch wurden kulturelle Tabus, individuelle und familiäre Problemlagen in die Öffentlichkeit zu tragen oder bestimmte öffentliche Hilfeleistungen in Anspruch zu nehmen, als Zugangsbarrieren definiert, da mit ihnen nicht selten die Furcht vor Stigmatisierungen in der eigenethnischen Community einherginge (vgl. Gaitanides 1999: 41; Hielen 1995: 10).

häufig geurteilt, dass keine bedeutende Bedarfslage vorhanden oder zumindest für das System nicht ersichtlich sei (vgl. Holz et al. 1994: 83; Keim 1996: 272). Während Olbermann (1993: 154) einen Hilfebedarf zwar nicht grundsätzlich ausschloss, sah auch sie im Hinblick auf die ausländische Altenpopulation, die vornehmlich zu den jungen Alten zu rechnen sei, die Notwendigkeit nach unterstützenden Pflegeleistungen noch nicht gegeben. Auf Grundlage der Altersstruktur der Migranten in Deutschland wurde folglich noch Ende der 1990er Jahre von einer „sozialpolitische[n] ‚Verschnaufpause‘“ (Naegele 1998a: 23) gesprochen, da die Anpassungen der Pflegedienste erst in einigen Jahren als notwendig erachtet wurden, wenn eine größere Zahl älterer Migranten ein hohes Alter erreicht hätte. In der näheren Auseinandersetzung mit dem nicht vorhanden oder erkennbaren Bedarf nach professionellen Leistungen machten Kritiker dieser Einschätzungen personen- und systembedingte Übersetzungsschwierigkeiten aus, die zu einer Fehlinterpretation der bestehenden Bedarfslage führe: Von Seiten älterer Migranten und ihrer Familien würde kein Bedarf nach Hilfeleistungen artikuliert, da es an kultursensiblen Angeboten im deutschen Altenhilfesystem mangle. Seitens der Einrichtungen hingegen würde es zu keiner Erweiterung der Leistungen kommen, da kein Bedürfnis an solchen angemeldet würde. In der Folge setze die Praxis eine ausbleibende Nachfrage mit einem nicht existierenden Bedarf gleich. Dass es den älteren Migranten mehrheitlich an den sprachlichen Mitteln, Informationen und sozialen Strukturen mangle, ihren Bedarf sowie ihre Nachfrage öffentlich zu machen, würde hierbei übersehen (vgl. BMFSFJ 2000: 14; Hielen 1995: 10; Holz et al. 1994: 83).

Autoren, die einen ausgeprägten Bedarf nach professionellen Unterstützungsleistungen älterer Migranten bereits in den 1990er Jahren artikulierten, bewerteten den Hilfebedarf ausländischer Senioren demjenigen der deutschen Altenbevölkerung in etwa gleich. Oftmals reichten familiäre Netzwerke nicht aus, dem Pflegebedarf älterer Familienmitglieder ohne die Unterstützung sozialer Dienste gerecht zu werden. Angebote seien folglich vor allem dort von Nöten, wo familiäre Hilfefpotenziale überfordert oder wie bei alleinstehenden älteren Migranten nicht vorhanden seien (vgl. BBfA 1997: 147 f.; Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 1996: 87 ff.; Holz et al. 1994: 74; Resch-Hoppstock 1994: 37; ZfT 1998: 68). Wenn die Bedarfslage nicht bereits als hoch eingeschätzt wurde, gingen nahezu alle Autoren von einer steigenden Nachfrage in (naher) Zukunft aus. Dabei müsse berücksichtigt werden, dass sich der Hilfebedarf älterer Migranten u. a. durch verbreitete Multimorbidität und geringer sozialer Sicherung mit großer Wahrscheinlichkeit anders gestalten, bspw. im Lebenslauf früher einstellen, und größer ausfallen werde, wobei jedoch Unterschiede in regionaler und nationalitätenspezifischer Hinsicht zu beachten seien (vgl. BAGFW 1995: 5, 20 f.; Brandenburg 1997: 67; Cryns/Gromm 1994: 411; Naegele 1998a: 23, 27; Seeberger 1998: 70).

Abseits des Bedarfs stand schließlich die Frage zur Diskussion, ob seitens älterer Migranten ein **Interesse** oder eine **grundsätzliche Bereitschaft** bestünde, professionelle Pflegeangebote in Anspruch zu nehmen. Viele Autoren gingen dabei von einer vermehrt ablehnenden Haltung älterer Migranten vor allem gegenüber stationären Pflegeeinrichtungen aus, die, wenn überhaupt, höchstens als ‚letzte Alternative‘ angesehen würden. Dabei unterschieden sie sich jedoch kaum von älteren Deutschen, die ein Leben im Altenheim ebenso mehrheitlich ablehnten

(vgl. AMKA 2001: 90; Bergemann 2006: 299; Cryns/Gromm 1994: 414; Dornheim 2004: 139; Keim 1996: 273; Kocaman 2010: 158; Köster 2002: 34; Krüger 1995: 78 f.; May 2013: 179 f.; Resch-Hoppstock 1994: 40; Schenk et al. 2011: 15, 99, 104, 172; Ullrich 2002: 189; Vahsen 2000: 52 f.; Vogel 2012: 309; Zeman 2005: 65).<sup>68</sup> In der Folge erklärten viele Pflegeanbieter, die geringe Inanspruchnahme der Dienste sei der fehlenden Akzeptanz der Angebote durch ältere Migranten und weniger Gründen geschuldet, welche die Dienstleister selbst betreffen (vgl. Scheib 1995: 48).

Andere Studien kamen dementsprechend zu dem Schluss, dass unterschiedliche Altenhilfeangebote durchaus von älteren Migranten (als Alternativen) in Betracht gezogen werden. Während ein Teil der Veröffentlichungen diese Bereitschaft insbesondere dann belegt, wenn keine (ausreichende) familiäre Hilfe vorhanden ist oder der Wunsch besteht, Familienmitglieder zu entlasten, verweisen andere Ergebnisse auf eine grundsätzliche (zunehmende) Offenheit gegenüber formellen, auch stationären Angeboten durch unterschiedliche Migrantengruppen.<sup>69</sup> Neben Senioren, die sich in diesem Fall muttersprachliche oder ethniespezifische Dienste wünschten, nahmen andere Befragten keine Unterscheidung zwischen spezialisierten und nichtspezialisierten Angeboten vor (vgl. Brandenburg 1997: 66 f.; Cryns/Kaya-Smajgert/Şen 1993: 97; Hofmann/Issi 1991: 77; Kocaman 2010: 159; Schulte 1993: 33; Schulte et al. 1990: 45; Thum et al. 2015: 43 f.). Aktuelle Erkenntnisse zu den Pflegepräferenzen von Personen mit und ohne Migrationshintergrund bietet das SVR-Integrationsbarometer (Schultz/Wittliff 2015). Es zeigt auf, dass die Religionszugehörigkeit sowie der kulturelle Hintergrund einer Pflegekraft sowohl für Befragte mit als auch ohne Migrationshintergrund in ihrer Bedeutung eher nachrangig sind. Personen ohne Migrationshintergrund ist es daneben deutlich wichtiger, dass eine Pflegekraft die eigene Muttersprache beherrscht, als es für nichtdeutsche Muttersprachler der Fall ist. Schließlich äußern in allen Probandengruppen deutlich mehr Frauen als Männer den Wunsch nach geschlechtsspezifischer Pflege. Die Einstellungen der Befragten mit Migrationshintergrund variieren dabei teils nach Herkunftsregion, Generationen- oder Religionszugehörigkeit, Sprachkompetenzen oder Diskriminierungserfahrungen.

Noch in Veröffentlichungen der jüngeren Vergangenheit gilt die Datenlage, um den gegenwärtigen sowie zukünftigen tatsächlichen Pflegebedarf älterer Migranten – sowohl informeller als auch formeller Art – beschreiben bzw. prognostizieren zu können, als ernüchternd. Die wenige Daten, die hierzu vorlägen, beschränkten sich zumeist auf lokale Gegebenheiten, bestimmte Migrantengruppen oder schlossen Migranten mit keinen oder wenigen deutschen Sprachkenntnissen aus den Untersuchungen aus. Die Erwartungen gingen jedoch auch hier

<sup>68</sup> Als wesentliche Gründe für die verbreitete Ablehnung stationärer Angebote galten fehlende Erfahrungen aus den Heimatländern, in denen solche Pflegeformen nicht existierten, sowie individuelle oder aus den Herkunftsländern übernommene negative Bilder vom Leben in Altenheimen, das häufig mit Einsamkeit, Isolation oder fehlender Menschlichkeit in Verbindung gebracht wurde (vgl. BAGFW 1995: 16; Dietzel-Papakyriakou 1988: 44, 1991a: 120; Holz et al. 1994: 126 f.; Krüger 1995: 78 f.; Schuleri-Hartje/Just 1994: 58).

<sup>69</sup> Während eine regionale Studie in Aachen darauf verweist, dass unter ehemaligen v. a. jüdischen Sowjetbürgern eine große Akzeptanz von stationären Einrichtungen besteht, was zum Teil durch enge Bindungen an die örtliche jüdische Gemeinde zu erklären sei (vgl. Köster 2002: 33), kommen Thum und Kollegen (2015: 43 f.) auf Grundlage ihrer qualitativen Befragungen zu dem Ergebnis, dass türkischstämmige Migranten eine höhere Bereitschaft zur Inanspruchnahme stationärer Pflegeangebote als Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion hätten.

mehrheitlich von einem steigenden Pflegebedarf von Senioren mit Migrationsgeschichte aus, der bereits zeitnah spürbar würde, wenn ehemalige Arbeitsmigranten verstärkt das 70. Lebensjahr erreichen und überschreiten werden (vgl. Butler/Rohmann 2010: 9; Glodny/Yilmaz-Aslan/Razum 2010: 10; Kohls 2012: 51; Ruspini 2010: 12; Schimany/Rühl/Kohls 2012: 247 f., 261; Tezcan-Güntekin/Breckenkaamp/Razum 2015).

## **2. Soziale Sicherung und pflegerische Versorgung im Alter: Ein Grundriss deutscher Strukturen und die Einbeziehung älterer Migranten**

Bevor im Folgenden auf Perspektiven und Reaktionen des deutschen Altenpflegesystems auf ältere Migranten eingegangen wird, soll zunächst ein kurzes Bild von den Strukturen gezeichnet werden, die die soziale und pflegerische Absicherung von Senioren in Deutschland im Allgemeinen und älteren Migranten im Besonderen aktuell rahmen. Zunächst sei darauf hingewiesen, dass anders als für die deutsche Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) in der Bundesrepublik kein übergeordnetes Gesetzeswerk existiert, das die Aufgaben von Alten- und Seniorenpolitik umfassend regelt. Ihre sozialrechtliche Fassung gründet dagegen auf verschiedene Teilbereiche des Sozialgesetzbuches, wie die gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI), die Pflegeversicherung (SGB XI) und die Sozialhilfe (SGB XII). Letztgenanntes Buch enthält mit dem Altenhilfeparagraphen (§ 71 SGB XII) einen zentralen Bestandteil deutscher Altenfürsorge (vgl. Backes/Amrhein 2011: 245 f.). Durch ihn sind Kreise und kreisfreie Städte dazu angehalten, altersbedingte Problemlagen zu verhindern, zu überwinden oder zu verringern, indem sowohl verschiedene Betätigungs- und Veranstaltungsformen offeriert sowie Beratung und Unterstützung etwa in Fragen des Wohnens oder der Betreuung und Hilfe geleistet werden. Damit zielt die Altenhilfe „auf gesellschaftliche Teilhabe und die Prävention altersbedingter Vereinsamung und Exklusion“ (Welti 2013: 431). Die Unverbindlichkeit der Leistungen sowie ihre mehr reaktive als präventive Ausgestaltung provoziert eine insgesamt schwache Stellung der Altenhilfe innerhalb der kommunalen Sozialpolitik (vgl. ebd.: 432 f.). Auch deshalb gestaltet sich die Ansprache von und Angebotsgestaltung für ältere Migrantinnen und Migranten durch die kommunale Altenhilfe deutschlandweit sehr unterschiedlich. Einerseits finden sich vermehrt Ansätze, die den individuellen Bedarfslagen von Senioren mit Migrationshintergrund Rechnung tragen. Andererseits scheinen durch die Fokussierung auf bestimmte Gruppen und Arbeitsbereiche oder gar das Ausblenden dieser Menschen weiterhin umfassende Lücken in der Befriedigung von altersspezifischen Bedürfnissen zu bestehen (vgl. z. B. Schröder/Schwepe 2010: 52; Zeman 2012: 454).

Zur finanziellen Alterssicherung findet sich ein System, das – ungeachtet seiner asymmetrischen Gewichtung – allgemein hin mit der Metapher eines Drei-Säulen-Modells umschrieben wird. Die öffentliche Altersvorsorge und „tragende Säule“ (Nullmeier 2015: 196) des Systems bildet dabei die Gesetzliche Rentenversicherung (GRV).<sup>70</sup> Sie ist am Lohn des Beitragszahlers orientiert, dynamisch und umlagefinanziert gestaltet und in der Leistungshöhe von den einbezahlten Beiträgen abhängig. Können Versicherungsbeiträge aus einem 45-jährigen Nor-

<sup>70</sup> Hinzu kommen weitere gesetzliche Regelsysteme für bestimmte Personengruppen wie Beamte oder Selbstständige (vgl. Bäcker/Kistler 2014).

malarbeitsverhältnis nachgewiesen werden, beträgt die Rentenzahlung rund 70 Prozent des durchschnittlichen Einkommens der vergangenen Erwerbsjahre (vgl. Hegelich/Meyer 2008). Ergänzend zur GRV bilden betriebliche und private Altersvorsorge die zweite und dritte Säule des Modells. Während der Umfang betrieblicher Altersversorgung seit der Rentenreform im Jahr 2001 – vor allem für öffentlich Beschäftigte – angewachsen ist, nimmt die private, insbesondere staatlich geförderte Vorsorge weiterhin eine untergeordnete Stellung im deutschen System der Alterssicherung ein und ist zudem schichtspezifisch stark ungleich verteilt (vgl. Nullmeier 2015; Schimany/Rühl/Kohls 2012: 160 f.). Über diese sozialpolitischen Strukturen der Alterssicherung hinaus, gelten persönliches Vermögen und Besitz, insbesondere von Wohneigentum, als wichtige Sicherungsform von Ruheständlern in Deutschland (vgl. Schimany/Rühl/Kohls 2012: 161). Kann der „notwendige[] Lebensunterhalt nicht aus Einkommen und Vermögen [...] bestreitet [werden]“ (§ 41 Abs. 1 SGB XII), können hilfebedürftige Senioren und dauerhaft Erwerbsgeminderte schließlich Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (§§ 41-46 SGB XII) beantragen, die teils als vierte Säule des deutschen Alterssicherungssystems bezeichnet wird. Sie „übernimmt als bedürftigkeitsgeprüftes erstes öffentlich-rechtliches System die Funktion der Mindestsicherung, also die Abdeckung der finanziellen Lasten, die auf jeden Fall getragen werden müssen, um ein menschenwürdiges Leben in diesem Lande führen zu können, während die GRV für eine Einkommenssicherung im Alter in Relation zum früheren Berufseinkommen sorgen soll“ (Nullmeier 2015: 197). Erbracht werden die pauschal ausbezahlten Leistungen der Grundsicherung von den Landkreisen und kreisfreien Städten in ihrer Rolle als Sozialhilfeträger (vgl. Wollmann 2008: 116 f.).

Unter dem Vorbehalt abweichender Einzelregelungen des Sozialgesetzbuches (§ 38 SGB I) haben Ausländer (EU-Bürger und Drittstaatenangehörige) und Deutsche die gleichen Anspruchsrechte auf Sozialleistungen, „solange sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben (§ 30 Abs. 1 und 3 SGB I)“ (Müller/Mayer/Bauer 2014: 18).<sup>71</sup> Im Hinblick auf beitragsfinanzierte gesetzliche Sozialleistungen gründet der Anspruch auf den Grundsatz des Eigentumsschutzes (ebd.). Indem das beitragsfinanzierte System auf die Absicherung des Status während der Erwerbstätigkeit ausgerichtet ist, sind seine Leistungen an der Einkommenshöhe orientiert. „Personen in prekären und/oder flexiblen Beschäftigungsverhältnissen [sind daher] schlechter durch das Versicherungssystem geschützt“ (ebd.: 43). Wie der bereits vorgestellte Forschungsstand zu Lebenslagen älterer Migranten veranschaulichen konnte (vgl. Kap. I. 1.1), sind Senioren mit Migrationshintergrund dementsprechend durchschnittlich in weit geringerem Umfang für das Alter abgesichert, als es für einheimische Ältere der Fall ist. Frick und Kollegen (2009) belegen diesen Befund noch einmal umfassend: Durch die im Mittel schlechtere Stellung von Migranten auf dem deutschen Arbeitsmarkt, die sich u. a. in kürzeren Gesamterwerbszeiten und geringeren Einkünften widerspiegelt, können mehrheitlich nicht nur niedrigere Rentenanwartschaften von ihnen erzielt, sondern auch Ver-

---

<sup>71</sup> Eine Ausnahme besteht für „Asylbewerber, Bürgerkriegsflüchtlinge, Personen mit einer Duldung, vollziehbar ausreisepflichtige Personen – auch wenn eine Abschiebungsandrohung noch nicht oder nicht mehr vollziehbar ist – sowie deren Familienangehörige“ (Müller/Mayer/Bauer 2014: 16). Für sie greift anstelle des Sozialgesetzbuches das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG).

mögenswerte in geringerem Umfang angespart werden. Während Rentner ohne Migrationshintergrund im Untersuchungsjahr 2007 rund 880 Euro aus der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten, liegt die durchschnittliche Rente von Migranten bei etwa 740 Euro. Im durchschnittlichen Pro-Kopf-Vermögen zeigt sich daneben ein Unterschied von rund 20.000 Euro zwischen Nichtmigranten und Migranten (120.000 versus 100.000). Auch die Beteiligung an privaten Altersvorsorgeprodukten sowie der Besitz von Immobilien fallen unter Migranten geringer aus. Ausländische Senioren sind zudem etwa sechsmal so häufig als deutsche Senioren auf Grundsicherungsleistungen im Alter angewiesen.<sup>72</sup> Dabei darf nicht übersehen werden, dass sowohl hinsichtlich der Nationalität als auch des Aufenthaltsstatus Unterschiede in der Altersversorgung von älteren Migranten zu verzeichnen sind. So verfügen beispielsweise ältere Migranten aus westlichen (nicht ehemaligen Anwerbe-)Ländern über durchschnittlich höhere GRV-Bezüge und Vermögenswerte, als es für andere Nationalitätengruppen der Fall ist. Und während Ausländer zwar seltener, dafür aber höhere Renten als (Spät-)Aussiedler und Eingebürgerte beziehen, besitzen Eingebürgerte ein um das drei- bzw. fünffach größere Durchschnittsvermögen als (Spät-)Aussiedler und ausländische Senioren.<sup>73</sup>

Die pflegerische Versorgung ist schließlich durch eine umlagefinanzierte Pflegeversicherung (SGB XI) geregelt, deren Gesetzesgrundlage nach jahrzehntelangen Diskussionen 1995 in Kraft getreten ist.<sup>74</sup> Neben den gesetzlichen Renten-, Krankheits-, Unfall- und Arbeitslosenversicherungen bildet sie die 5. Säule der deutschen Sozialversicherung. In ihr sind alle Angehörigen einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert, während Versicherte einer privaten Krankenkasse in eine private Pflegeversicherung eintreten müssen. Die Beiträge zur gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV), die in ihrer Höhe gesetzlich festgesetzt sind<sup>75</sup>, werden paritätisch von Arbeitnehmern und Arbeitgebern gemeinsam entrichtet. Als Ausgleich für die Aufwendungen der Arbeitgeberseite wurde in Ausnahme Sachsens der Buß- und Bettag als lohnpflichtiger Feiertag abgeschafft (vgl. Klie 2013; Theobald/Hampel 2013; Wild 2010: 4). Der Auftrag zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der Versicherten obliegt den Pflegekassen, die organisatorisch an die Krankenkassen angeschlossen sind. Hierfür schließen sie Versorgungs- und Vergütungsverträge mit den Dienstleistungsträgern ab.<sup>76</sup> Unterstützt werden die Pflegekassen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) etwa in der Begutachtung der Pflegebedürftigen sowie in der Qualitätssicherung der pflegebezogenen Dienstleistungen. Die Verantwortung für eine ausreichende Pflegeinfrastruktur tra-

---

<sup>72</sup> Aufenthaltsrechtlich muss der Bezug von Sozialhilfeleistungen für Drittstaatenangehörige als problematisch bewertet werden, da der Bezug einen Ausweisungsgrund nach Ermessen darstellt. In der Praxis führt er häufig dazu, dass befristete Aufenthaltstitel nicht verlängert werden (vgl. Müller/Mayer/Bauer 2014: 43).

<sup>73</sup> Zu Rentenzahlungen ins Ausland vgl. Müller, Mayer und Bauer (2014: 24, 39 f.).

<sup>74</sup> Zu den ausschlaggebenden Zielsetzungen der Verabschiedung einer eigenständigen Pflegeversicherung zählten das Risiko der Pflegebedürftigkeit außerhalb des Sozialhilfesystems abzusichern und damit den Sozialhilfebezug pflegebedürftiger Menschen zu verringern, auch um die Kommunen als Kostenträger der Sozialhilfe zu entlasten (vgl. Naegele 2014: 13; Wollmann 2008: 144).

<sup>75</sup> Durch das erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) wurde der Beitrag zum 1. Januar 2015 um 0,3 auf 2,35 Prozentpunkte angehoben (Kinderlose 2,6 %). 2017 folgte mit dem PSG II eine weitere Beitragserhöhung um 0,2 Prozentpunkte (vgl. BMG 2016a; Leopold 2014).

<sup>76</sup> Durch regionale Vertragsabschlüsse kommt es zu uneinheitlichen Leistungsverteilungen. Auf die Problematik, die in Zusammenhang mit dem einheitlichen Leistungsanspruch der GPV entsteht, verweisen Paquet und Jacobs (2015: 3).

gen daneben die Länder, die hierfür notwendige Aufgaben teils den Kommunen übertragen haben (vgl. Klie 2013: 320; Paquet/Jacobs 2015: 2 f.; Welti 2013: 439; Wollmann 2008: 144). Als pflegebedürftig und damit leistungsberechtigt nach der GPV gelten

„Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.“ (§ 14 Abs. 1 SGB XI)

Durch diesen in § 15 weiter bestimmten Unterstützungsbedarf grenzt die GPV den leistungsberechtigten Personenkreis ein.<sup>77</sup> In fünf sogenannten Pflegegraden wird zwischen geringen, erheblichen, schweren und schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten in sechs Teilbereichen unterschieden, wobei der fünfte Pflegegrad ergänzend besondere Anforderungen an die pflegerische Versorgung ausweist.<sup>78</sup> Infolge einer individuellen Begutachtung durch den MDK, die auf Antrag des Pflegebedürftigen oder seiner Angehörigen erfolgt, nehmen die Pflegekassen die Beurteilung und Einteilung der Pflegebedürftigkeit vor. Diese 2017 in Kraft getretenen Regulierungen des PSG II lösten den von Beginn der GPV an heftig umstrittenen, vormaligen Pflegebedürftigkeitsbegriff ab, der Pflegebedürftigkeit als körperliche, geistige oder seelische Krankheit oder Behinderung fasste. Um alltägliche Beeinträchtigungen differenzierter berücksichtigen zu können, wurden die bis dahin geltende Systematik von drei Pflegestufen durch die genannten fünf Pflegegrade ersetzt. Vorausgegangene Modellrechnungen erwarten jedoch, dass Pflegebedürftige, die nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff begutachtet werden, durchschnittlich mit einem niedrigeren Leistungsanspruch rechnen müssen. Gleichzeitig beanstanden Kritiker der Reformen, dass trotz nominaler Leistungsverbesserungen, ausschließlich ein Ausgleich früherer Kaufkraftverluste erreicht würde, wodurch der Realwert gegenwärtiger Leistungen deutlich unter jenem zu beziffern ist, der Mitte der 1990er Jahre galt (vgl. Gerlinger 2016: 39 f.; Kehl 2016a: 51 f.; Leopold 2015: 215 f.; Rothgang 2015a).

Die Leistungen der GPV erstrecken sich über Geld-, Sach- und Kombinationsleistungen. Für eine selbstorganisierte Pflege steht pflegenden Angehörigen das Pflegegeld zu Verfügung.<sup>79</sup> Daneben soll eine häusliche Pflege durch verschiedene Sachleistungen unterstützt werden. Zu diesen zählen insbesondere die Betreuung und Versorgung durch ambulante Pflegedienste, die Bereitstellung von Pflegehilfsmitteln und die finanzielle Förderung von Wohnraumverbesserungen.

<sup>77</sup> Über die temporäre Definition – „mindestens sechs Monate“ – soll daneben eine Unterscheidung zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit ermöglicht werden, wobei Abgrenzungsschwierigkeiten nicht ausbleiben (vgl. Wild 2010: 4).

<sup>78</sup> Die sechs beurteilungspflichtigen Bereiche gliedern sich in Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

<sup>79</sup> Neben der finanziellen Förderung unterstützt das SGB XI pflegende Angehörige durch Beratung, bezahlte kurzfristige und unbezahlte mittelfristige Pflegeauszeiten von der Berufstätigkeit sowie professionelle Pflegesachleistungen in Form einer kurzfristigen Verhinderungspflege etwa bei Krankheit oder für Urlaub, Kurzzeitpflege zur (erneuten) Organisation einer häuslichen Pflege und in Form von Kombinationsleistungen wie einer ergänzenden ambulanten Hilfe oder teilstationärer Tages- und Nachtpflegeangebote (vgl. Klie 2013: 318 ff.; Leopold 2014; Welti 2013: 438).

maßnahmen.<sup>80</sup> Kann eine ambulante oder teilstationäre Pflege nicht erbracht werden, ermöglicht die GPV eine vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim in Anspruch zu nehmen (vgl. Gröning/Lietzau 2011: 1082; Klie 2013: 319 ff.; Welti 2013: 435-439). „Anspruch auf Leistungen besteht, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre als Mitglied versichert oder nach § 25 familienversichert war“ (§ 33 Abs. 2 SGB XI).<sup>81</sup> Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Höhe, der von der GPV getragenen Leistungen, die nach den genannten Pflegegraden gestaffelt sind:

**Tabelle 1: Leistungsbeträge der GPV (2017)**

	Geldleistung ambulant	Sachleistung ambulant	Leistungsbetrag stationär
Pflegegrad 1	125 Euro	-	125 Euro
Pflegegrad 2	316 Euro	689 Euro	770 Euro
Pflegegrad 3	545 Euro	1.298 Euro	1.262 Euro
Pflegegrad 4	728 Euro	1.612 Euro	1.775 Euro
Pflegegrad 5	901 Euro	1.995 Euro	2.005 Euro

Quelle: BMG (2016b).

Daneben ist die GPV durch drei zentrale Merkmale gekennzeichnet, die sich kurz gefasst in den Schlagworten *ambulant vor stationär*, *Teilkaskosystem* und *Marktorientierung* wiederfinden. Mit der Vorrangstellung einer ambulanten – und damit primär auch familiären – vor einer stationären Versorgung pflegebedürftiger Personen wird das Ziel verfolgt allen Hilfebedürftigen zu einem nach Möglichkeit selbstständigen Leben im eigenen Zuhause zu verhelfen. Gleichzeitig spielt hierbei aber auch das Prinzip, Kosten pflegerischer Versorgung weitgehend zu minimieren, eine wichtige Rolle (vgl. Hahn 2011: 83; Hoppe 2013: 658). In dem die GPV daneben nicht an einer vollständigen Bedarfsdeckung ausgerichtet ist, sondern limitierte Pflegeleistungen erbringt, wird sie auch als Teilkaskoversicherung bezeichnet. Alle Kosten pflegerischer Versorgung, die über den festgesetzten Leistungssätzen liegen (vgl. Tab. 1), sowie Kosten, die für Unterkunft, Verpflegung und Investitionsförderung in stationären Einrichtungen zu entrichten sind, müssen infolge der Budgetierung der GPV von den Pflegebedürftigen bzw. ihren unterhaltspflichtigen Angehörigen selbst getragen werden. Diese Struktur hat zur Folge, dass nicht nur die privaten Ausgaben für Pflegeleistungen im europäischen Vergleich sehr hoch, sondern auch die staatlichen Ausgaben, orientiert am Bruttoinlandsprodukt (BIP), vergleichsweise gering sind. Neben dem Ziel der Ausgabenbegrenzung kommt im Teilkas-

<sup>80</sup> Bisher erprobt, aber nicht verankert ist die Nutzung von Pflegesachleistung in Form eines selbstverwalteten Pflegebudgets (vgl. Klie 2013: 321; Welti 2015: 150).

<sup>81</sup> Diese Vorversicherungszeiten stellen sich mitunter für pflegebedürftige Migranten, die erst im Alter etwa zu ihren Kindern nach Deutschland ziehen, als Hürde für den Leistungsbezug dar (vgl. Szymanski 2014). Das Territorialprinzip der GPV schränkt zudem die Anspruchsrechte pendelnder oder (re-)migrierender Pflegebedürftiger ein. Alleine bei Auslandsaufenthalten bis zu sechs Wochen (pro Jahr) findet ein Export von Pflegeversicherungsleistungen ins Ausland statt. Eine Ausnahme ergibt sich durch europäische Rechtsprechung. Aufenthalte im Bereich der Europäischen Union und des Europäischen Wirtschaftsraums unterliegen keinen zeitlichen Einschränkungen. Jedoch können auch hier ausschließlich Pflegegelder und keine Pflegesachleistungen exportiert werden (vgl. BMG 2011a: 92 f.).

komodell – wie in der Prämisse ambulant vor stationär – schließlich auch das Subsidiaritätsprinzip deutscher Sozialpolitik zum Ausdruck (vgl. Mielenz 2013: 666; Naegele 2014: 13 f.; Rothgang 2015b: 8; Schulz 2012: 14 f.; Wollmann 2008: 144). Schließlich wurde mit der Einführung der GPV ein wettbewerbsorientierter Pflegemarkt geschaffen, der ebenso zur Verbesserung von Pflegeinfrastruktur und Leistungsqualität wie zu finanziellen Einsparungen durch erhoffte Effizienzsteigerungen beitragen soll (vgl. Gröning/Lietzau 2011: 1080; Rothgang 2000: 1003).

Diese Neuausrichtung des Staates, der seit den 1990er Jahren auch in anderen Feldern der Sozialpolitik verstärkt auf die „Selbstregulierungskräfte des Marktes“ (Olk 2011: 419) setzt, hat im Hinblick auf die Dienstleistungsinfrastruktur einen Wandel der Trägerstruktur im deutschen Altenpflegesystem hervorgerufen. War die Altenpflege zuvor im Wesentlichen durch ein korporatistisches Zusammenspiel von öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern gekennzeichnet, büßten die Wohlfahrtsverbände als zentrale Vertreter der freigemeinnützigen Wohlfahrtspflege infolge der Quasi-Marktöffnung ihre privilegierte Stellung ein und stehen seither in direktem Konkurrenzverhältnis zu privat-gewerblichen Leistungserbringern (vgl. Gröning/Lietzau 2011: 1080; Olk 2011: 418 ff.). Ende 2013 waren bereits 64 Prozent aller ambulanten Dienste in privater Trägerschaft (35 % freigemeinnützige, 1 % öffentliche Träger), während daneben eine knappe Mehrheit der Pflegeheime (54 %) freigemeinnützig getragen wurden (41 % privat-gewerblich, 5 % öffentlich) (vgl. Statistisches Bundesamt 2015a: 10, 18).<sup>82</sup> Die Pflegestatistik der Statistischen Ämter von Bund und Ländern, aus denen diese Zahlen entnommen sind, bietet die Möglichkeit, eine kurze quantitative Beschreibung des deutschen Altenpflegesystems und seiner Nutzer zu liefern<sup>83</sup>:

Von allen 2,6 Millionen im Sinne der GPV pflegebedürftigen Menschen waren Ende 2013 83 Prozent 65 Jahre oder älter. Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, steigt mit dem Alter deutlich an. Sind unter allen 65-Jährigen bis unter 70-Jährigen nur 3 Prozent pflegebedürftig, gilt dies für jede fünfte Person zwischen 80 und 84 Jahren. Das Pflegerisiko von 90-Jährigen und Älteren liegt daneben bei 64 Prozent. Ein Großteil aller Pflegebedürftigen in Deutschland (71 %) wird zuhause versorgt, wobei in 47 Prozent der Fälle die Betreuung ausschließlich durch Angehörige erfolgt. Weitere 24 Prozent werden unterstützend oder gänzlich im eigenen Wohnraum durch ambulante Dienste betreut. In vollstationären Pflegeeinrichtungen lebten im Jahr 2013 29 Prozent der pflegebedürftigen Personen.<sup>84</sup> Die Versorgung von Pflegebedürftigen übernahmen rund 12.700 ambulante und 13.000 stationäre Dienste, von denen 10.900

<sup>82</sup> Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass sich die Dienste und Einrichtungen in unterschiedlicher Trägerschaft deutlich nach ihrer Größe unterscheiden. Während in ambulanten Diensten Ende 2013 durchschnittlich 48 Pflegebedürftige versorgt wurden, betreuten private Dienste im Durchschnitt 37, freigemeinnützige Anbieter 68 und öffentliche Dienstleister 56 Klienten. In stationären Einrichtungen wurden durchschnittlich 63 Pflegebedürftige gepflegt, wobei private Häuser im Mittel 56, freigemeinnützige Heime 67 und öffentliche Einrichtungen 77 Personen versorgten (Statistisches Bundesamt 2015a: 12, 18).

<sup>83</sup> Seit 1999 veröffentlicht das Statistische Bundesamt auf Grundlage § 109 SGB XI mit der Pflegestatistik alle zwei Jahre aktuelle Daten zu Angebot und Inanspruchnahme von Pflegeleistungen, wobei neben den Diensten und Leistungsempfängern auch Personaldaten erhoben werden (vgl. Statistisches Bundesamt 2015a: 4).

<sup>84</sup> Sowohl im Hinblick auf das Pflegerisiko als auch die Nutzung verschiedener Versorgungsformen zeigen sich im Bundesländervergleich große regionale Unterschiede, wie Schwinger und Kolleginnen (2015) veranschaulichen. Kritisch diskutieren Paquet und Jacobs (2015: 6) diese Differenzen.

Einrichtungen vollstationäre Dauerpflege offerierten. In den für diese Arbeit relevanten stationären Einrichtungen wurden durchschnittlich 63 Personen gepflegt. Von allen 685.000 Beschäftigten waren 66 Prozent für Tätigkeiten von Pflege und Betreuung zuständig. Der Anteil an Fachkräften unter diesen Mitarbeitern lag bei rund 48 Prozent (vgl. Statistisches Bundesamt 2015a).

Informationen über pflegebedürftige Personen mit Migrationshintergrund liefert die Pflegestatistik hingegen nicht. Und auch sonst existierten aufgrund mangelnder Daten im neuen Jahrtausend lange keine verlässlichen Zahlen zur Inanspruchnahme von Altenpflegeangeboten durch ältere Migranten (vgl. Habermann et al. 2009; Korporal/Dangel 2006: 235).<sup>85</sup> Erstmals ließe die Studie zur „Wirkung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes“ (BMG 2011b) repräsentative Aussagen zur Pflegesituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland zu (vgl. BMFI 2012: 326 f.). Demnach sei die Gesamtheit aller pflegebedürftigen Migranten durchschnittlich 10 Jahre jünger als die Gruppe pflegebedürftiger Personen ohne Migrationshintergrund, was zum Teil jedoch auf einen gering höheren Anteil von pflegebedürftigen Migranten im Kindesalter zurückzuführen sei. Die Verteilung pflegebedürftiger Migranten auf die ehemaligen Pflegestufen mache deutlich, dass mit 15 Prozent mehr Migranten der höchsten Pflegestufe III zugeordnet waren, als es für Nichtmigranten (9 %) der Fall war (vgl. BMG 2011b: 60). Bei der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen zeige sich, „dass Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund häufiger ausschließlich Pflegegeld beziehen und seltener Sach- bzw. Kombileistungen nutzen. Auch Kurzzeitpflege, häusliche Verhinderungspflege sowie Hilfsmittel werden von ihnen seltener in Anspruch genommen“ (ebd.: 61). Dies sei auch damit zu begründen, dass die finanziellen Leistungen als notwendiges Zusatzeinkommen für den Haushalt eine wichtige Rolle spielten. Kulturelle und religiöse Überlegungen seien hingegen von untergeordneter Bedeutung (vgl. ebd.: 61 f.). Während in ambulanten Pflegeeinrichtungen durchschnittlich 7 Prozent der Klienten einen Migrationshintergrund aufwiesen, treffe dies für 9 Prozent der Bewohner in stationären Diensten zu. Dienste in den neuen Bundesländern – sowohl ambulanter als auch stationärer Art – würden häufiger als Einrichtungen in den alten Bundesländern keine Migranten versorgen (vgl. ebd.: 82 f., 132). Auf Grundlage der Ergebnisse dieser Studie geht Kohls (2012: 93) von einem Anteil an Migranten unter allen Pflegebedürftigen im Jahr 2009 von 8,2 Prozent aus.<sup>86</sup>

Weitere Ergebnisse der BMG-Studie (2011b: 62) deuten darauf hin, dass insbesondere Migranten mit einer nicht-deutschen Staatsangehörigkeit über weniger Informationen zu den Leistungsangeboten verfügen und seltener als ihrem Bedarf entsprechend Pflegeversicherungsleistungen beziehen. Dass nach Auffassung vieler Autoren eine Unterrepräsentation älterer Mig-

---

<sup>85</sup> Erste regionale Erkenntnisse zur Nutzung Altenpflegerischer Leistungen durch türkischstämmige Senioren konnten Okken, Spallek und Razum (2008) mittels Daten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Westfalen-Lippe und eines Namensalgorithmus gewinnen.

<sup>86</sup> Eine Prognose unter der Annahme vergleichbarer Pflegequoten und -arten von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland erwartet eine Zunahme pflegebedürftiger Migranten von rund 258.000 Personen im Jahr 2013 auf etwa 481.000 Personen bis 2030. Der Anteil pflegebedürftiger Migranten an allen Pflegebedürftigen würde demnach von 9,8 auf 13,6 Prozent ansteigen. Dabei würden 140.000 Personen stationäre, 113.000 Personen ambulante und 228.000 Personen informelle Pflege in Anspruch nehmen (vgl. Thum et al. 2015: 38).

ranten in formellen Pflegeangeboten insbesondere stationärer Art vorliegen, wird mehrheitlich darauf zurückgeführt, dass von Seiten der Migrantenfamilien professionelle Pflege nicht gewünscht bis hin zu tabuisiert, aber auch seitens der Dienstleister weiterhin eine unzureichende Berücksichtigung der Bedarfe älterer Migranten zu verzeichnen sei (vgl. BMFI 2012: 328 f.; Capanoglu/Hellbusch 2013: 31; Ertl 2012: 44 f.; Olbermann 2013a: 2 f.; Protschka 2012: 1425). Zudem werden die bereits in den vorherigen Jahrzehnten diskutierten unterschiedlichen Zugangsbarrieren seitens älterer Migranten und ihrer Familien sowie auf Seiten der Einrichtungen als ganz wesentliche Erklärung angeführt (vgl. z. B. Deutscher Verein 2011: 62; Olbermann 2010: 3; Schenk et al. 2011: 4; Zeman 2012: 449 f.).<sup>87</sup> Darüber hinaus weist Habermann (2011: 135) darauf hin, dass bildungsschwache Senioren mit Migrationshintergrund in den Pflegebegutachtungsgesprächen einer deutlichen Benachteiligung unterlägen. Trotz des Anspruchs kulturneutraler und objektiver Beurteilungen der Gutachter bleibe unberücksichtigt, dass Migranten schlechtere Voraussetzungen hätten sich auf die Begutachtungssituation vorzubereiten. Darin sei eine weitere typische Hürde auszumachen, „die eine Unterversorgung zur Folge haben könnte[.]“ (ebd.).<sup>88</sup>

Da auch in Migrantenfamilien von Belastungen in der Pflege von Angehörigen auszugehen sei, müsste durch die fehlende Inanspruchnahme von Sachleistungen mit der Gefahr einer unzureichenden Betreuung der Pflegebedürftigen einerseits als auch einer Überforderung der pflegenden Angehörigen andererseits gerechnet werden (vgl. Ulusoy/Gräbel 2013: 60 f.). So stellen Alisch und May (2013: 45) in ihrer Studie zur Selbsthilfe und -organisation älterer Migranten fest, dass informelle familiäre und nachbarschaftliche Hilfen gerade in Fragen der pflegerischen Versorgung häufig an ihre Grenzen stoßen. Gleichzeitig sei jedoch von einem langsamen Wandel in der Haltung gegenüber professionellen Pflegeangeboten auszugehen:

<sup>87</sup> Wesentliche Hürden seitens der Migranten seien sprachliche Probleme, Informationsdefizite, Misstrauen gegenüber offiziellen Stellen und Institutionsängste, Diskriminierungserfahrungen und erwartete vorurteilsbehaftete Behandlung, rechtliche Schwierigkeiten und Ängste vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen, finanzielle Schwierigkeiten, sozio-kulturell divergente Normen, Werte, Handlungs- und Erklärungsmuster – bspw. hinsichtlich familiärer Scham Hilfen in Anspruch zu nehmen, Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen, Geschlechterrollen –, Analphabetismus, vorherrschende Negativbilder der Pflegeangebote, erlebte Zurückweisung sowie eine fehlende Wahrnehmung der Verbindung eigener Bedarfslagen und bestehender Leistungsangebote (vgl. u. a. Baric-Büdel/Zanier/Wagner 2009: o. S.; DRK/FkA 2008: 8; Gaitanides 2004b: 34; Schopf/Naegele 2005: 388 f.; Steiner 2004: 223 f.; Zeman 2005: 69). Die Zugangsbarrieren seitens der Einrichtungen sind u. a. fehlende Fachkräfte mit interkulturellen Kompetenzen, einer adäquaten Ausbildung oder eigenem Migrationshintergrund, mangelnde muttersprachliche Informationen, nicht vorhandene Dolmetscherdienste, mangelnde Angebote, die die spezifischen Bedürfnisse und Bedarfslagen älterer Migranten berücksichtigen, zeitliche und finanzielle Barrieren, mangelnde Beratung, vorherrschende Mittelschichtorientierung und/oder christliche Ausrichtung der Dienste, schwere Erreichbarkeit hinsichtlich Lage und Öffnungszeiten, ausgrenzende Tendenzen, Hilflosigkeit der Verantwortlichen, falsche Wahrnehmung der Bedarfslage, fehlende niedrigschwellige Angebote, ein unübersichtliches System von Angeboten und Diensten in Altenhilfe und -pflege, mangelnde Verbindungsstrukturen zwischen Altenhilfesystem und älteren Migranten sowie Altenhilfesystem und migrantennahen Diensten (vgl. u. a. ACKA/KDA 2002: 101 ff.; Baric-Büdel 2003: 136; Baric-Büdel/Zanier/Wagner 2009: o. S.; Barth 2006; Salman 2001: 91 ff.; Schopf/Naegele 2005: 389; Treber 2005: 121; Zeman 2005: 66). Gerade in den Zugangsbarrieren zeigt sich eine große Redundanz der Literatur seit den 2000er Jahren.

<sup>88</sup> Ebenso merken Okken und Kollegen (2008: 416 f.) an, dass ein geringerer Erfolg älterer Migranten in Pflegeeinstufungsverfahren nicht mit einer geringeren Pflegebedürftigkeit gleichzusetzen sei, sondern sie häufig aufgrund u. a. sprachlicher und kultureller Gründe minder in der Lage wären, ihre Pflegebedürftigkeit nachzuweisen oder zu vermitteln. Auch könnten unbewusste Vorurteile auf Seiten der Gutachter eine Rolle spielen.

„[V]iele Beobachtungen [weisen] darauf hin, dass – angesichts sich verändernder Lebenslagen und erschöpfter Potenziale bei pflegenden Angehörigen – selbst in sehr familienzentrierten Migrantengruppen die Ablehnung institutioneller Versorgungsformen zurückgeht, und eine individuell angepasste Mischung von familiärer Versorgung und ambulanten Diensten an Attraktivität gewinnt. Auch darin unterscheiden sie sich wenig von den Vorlieben deutscher Älterer.“ (Zeman 2012: 461)

Während eine steigende Nachfrage auch in stationären Einrichtungen erwartet wird, werde der Schwerpunkt jedoch auf ambulanten Diensten liegen. Nicht nur hätten teil- und vollstationäre Angebote noch zu wenig bedürfnisentsprechende Angebote vorzuweisen, sondern es müsse zugleich von einem noch größeren Fremdheitserleben älterer Migranten hinsichtlich organisationaler Angebote ausgegangen werden, als dies für ältere Menschen insgesamt schon der Fall sei (vgl. Gerling 2003a: 218, 2009: 128; Koch-Straube 2001: 393; Kollak 2003: 53; Kollak/Friebe 2002: 4; Korporal/Dangel 2006: 237; Landeshauptstadt Wiesbaden 2009: 21; Sebibucin 2006: 44; Zeman 2002: 7).

Diese Erwartung nach einer zunehmenden Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen für eine spezifische Gruppe pflegebedürftiger Bundesbürger entspricht auch dem, was im zeitlichen Verlauf für das gesamte System erkennbar wird: nämlich dass sich der formelle (Alten-)Pflegesektor in einem deutlichen Wachstum befindet. Zwischen 2001 und 2011 stieg die Anzahl ambulanter Dienste um 17 Prozent, während vollstationäre Dauerpflegeeinrichtungen einen Zuwachs um 28,5 Prozent erfuhren. Von 2011 bis 2013 konnten weitere Zunahmen um 3,2 Prozent im ambulanten Bereich und 2,3 Prozent in der vollstationären Dauerpflege erfahren werden. Diese Veränderungen gehen mit einer gestiegenen Anzahl Pflegebedürftiger einher. Waren 2001 2,5 Prozent aller in Deutschland ansässigen Personen pflegebedürftig, traf dies 2013 auf 3,3 Prozent zu. Wird den Untersuchungsjahren jedoch eine vergleichbare Alters- und Geschlechtsstruktur unterstellt, d. h. die Daten um demographische Veränderungen bereinigt, zeigt sich, dass der gestiegene Anteil Pflegebedürftiger in Deutschland weniger mit einer Zunahme von Pflegebedürftigkeit an sich, als vielmehr mit einer veränderten alters- und geschlechtsspezifischen Bevölkerungsstruktur in Zusammenhang steht. Gleichwohl bleibt die absolute Bedeutung eines angewachsenen Pflegebedarfs bestehen (vgl. Bräutigam/Evans/Hilbert 2015: 110; Schwinger/Waltersbacher/Jürchott 2015: 205 f.; Statistisches Bundesamt 2015a).

Verschiedene Prognosen gehen auch für die Zukunft von einer zunehmenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen in Deutschland aus. Je nachdem, welches Szenario den Schätzungen zugrunde gelegt wird, schwanken die Vorausberechnungen für 2030 zwischen 3 bis 4 Millionen Pflegebedürftiger. Damit einhergehend werde auch die Nachfrage nach professionellen Dienstleistungen steigen und der Arbeitsmarkt ‚Pflege‘ weiter an Bedeutung gewinnen.<sup>89</sup> Bereits zwischen 2001 und 2011 ist ein Anstieg des Personals in ambulanten Pflegediensten um 53 Prozent sowie in der stationären Dauerpflege um 39,1 Prozent zu verzeichnen gewesen. Wie die Vorausberechnungen der zukünftigen Gruppengröße pflegebedürftiger Bundesbürger variieren auch die Erwartungen zur Höhe des benötigten Pflegepersonals deutlich. Breiter

---

<sup>89</sup> Ein wesentlicher Grund für diesen Zusammenhang wird darin gesehen, dass das Potenzial informeller Pflegearrangements abnehmen wird. Wesentliche Determinanten dafür werden in veränderten Bevölkerungs- und Familienstrukturen, Erwerbsformen sowie Pflegeanforderungen gesehen (vgl. Bräutigam/Evans/Hilbert 2015: 116; Gröning/Lietzau 2011: 1079; Hackmann/Moog 2010; Schimany/Rühl/Kohls 2012: 255 f.).

Konsens scheint jedoch darüber zu herrschen, dass der Fachkräftebedarf im Bereich von Pflege und Betreuung in einem solchen Umfang ansteigen wird, dass eine aktive Personalförderung zur Deckung des Bedarfs erforderlich ist, um (weitere) Lücken in der pflegerischen Versorgung zu verhindern.<sup>90</sup> Bereits heute stehen im Durchschnitt 100 freien Pflegekräftestellen ausschließlich 40 Bewerber gegenüber (vgl. Bräutigam/Evans/Hilbert 2015; Habermann/Stagge 2015: 163 ff.; Kohls 2012: 73 f.; Leopold 2014; Thum et al. 2015: 38).

Eine wichtige Strategie um ausreichend Fachkräfte für den Pflegeberuf zu gewinnen, stellt die Aufwertung des Berufsfeldes sowohl hinsichtlich der Entlohnung als auch der Arbeitsbedingungen dar. Der Pflegeberuf und mehr noch der Altenpflegeberuf stellen sich in Deutschland insgesamt als statusarm dar. Damit ist zum einen ein geringes Ansehen des Berufsfeldes und der in ihm als Pflegekräfte tätigen Personen gemeint. Zum anderen impliziert es eine niedrige Vergütung der beruflichen Leistung, die für diese Berufsgruppe kennzeichnend ist (vgl. Busse 2003: 377; Schäfer/Clees 2011: 40). Dementsprechend wenig überrascht die geringe Zufriedenheit von Pflegekräften mit ihrem Gehalt, die unter allen im WSI-Lohnspiegel untersuchten Berufsgruppen am geringsten ausfällt. Die größte Unzufriedenheit hinsichtlich der Entlohnung zeigt sich unter den verschiedenen Pflegeberufsgruppen schließlich bei Pflegehelfern in Krankenhäusern sowie Altenpflegehelfern und Altenpflegern. Hinzu kommt die berufliche Belastung, die von allen in der Pflege Tätigen als vergleichsweise hoch beurteilt wird (vgl. Bispinck et al. 2012: 25 f.). Die Erwartungen, in Zukunft ausreichend Auszubildende für den Altenpflegeberuf gewinnen zu können, sind unter diesen Bedingungen ernüchternd (vgl. auch Hielscher et al. 2013: 70).

Um dem viel diskutierten ‚Pflegenotstand‘ zu begegnen, gewinnt seit einigen Jahren eine bekannte Strategie wieder an Aufmerksamkeit. Durch die Anwerbung von Pflegekräften aus dem Ausland, wie sie schon in den 1970er, -80er und -90er Jahren realisiert wurde, als Pflegekräfte aus Südkorea, den Philippinen und verschiedenen mittel- und osteuropäischen Ländern in die Bundesrepublik wanderten, wird auch heute wieder erhofft, Personallücken insbesondere auch in der Altenpflege schließen zu können. Hierzu sollen ebenso Gesetzesmaßnahmen wie das Anerkennungsgesetz des Bundes zur Anerkennung von im Ausland erworbenen Berufsabschlüssen und die Arbeitnehmerfreizügigkeit innerhalb der Europäischen Union als auch Pilotprojekte mit ausländischen Fachkräften sowie Vermittlungsabsprachen mit ausländischen Regierungen beitragen.<sup>91</sup> Weitere Hoffnungen werden darauf gesetzt, junge Erwachsene mit Migrationshintergrund für einen Altenpflegeberuf zu gewinnen, wofür verschiedene Qualifikationsprogramme und Modellprojekte ins Leben gerufen wurden (vgl. u. a. Busse 2003: 377; Habermann/Stagge 2015; Köhler 2012: 6; MiGAZIN 2013; Netzwerk Migration in Europa e. V. 2012a).

---

<sup>90</sup> Eine Übersicht möglicher Strategien zur Deckung des Personalbedarfs findet sich bei Bräutigam, Evans und Hilbert (2015: 117 ff.).

<sup>91</sup> Wie noch einmal später in dieser Arbeit deutlich werden wird (vgl. Kap. III. 2.) ist die Anwerbung von Pflegekräften international vor allem in Industrieländern weit verbreitet. Dabei muss bereits von Konkurrenzverhältnissen zwischen verschiedenen Industrienationen um qualifizierte Gesundheitsfachkräfte ausgegangen werden. Zur Förderung einer ethischen Ausgestaltung der Anwerbeprozesse hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 2010 den *Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel* erarbeitet (vgl. Habermann/Stagge 2015: 165; Tießler-Marenda 2012: 141 f.).

Für eine detaillierte Beschreibung des Personals mit Migrationshintergrund und eigener Migrationserfahrung im deutschen Pflegesektor fehlt es bisher an verlässlichen Daten. Während in der Studie zu den „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ (BMG 2011b: 82, 132) auf Grundlage von Schätzungen der befragten Leitungskräften davon ausgegangen wird, dass in ambulanten Pflegediensten durchschnittlich 11 Prozent und in stationären Einrichtungen durchschnittlich 15 Prozent der Pflegekräfte einen Migrationshintergrund hätten, geht Buchinger (2012: 38) sogar davon aus, dass 30 bis 40 Prozent der Pflegekräfte in Pflegeheimen einen Migrationshintergrund besäßen. Berücksichtigt man Ergebnisse auf Grundlage aggregierter Mikrozensusdaten, die davon ausgehen, dass unter allen Altenpflegekräften bereits 18,3 Prozent eine *eigene* Migrationserfahrung besitzen, muss tatsächlich von einem höheren Anteil an Migrantinnen und Migranten in altenpflegerischen Tätigkeiten ausgegangen werden, als es die Studie im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erwarten lässt.<sup>92</sup> Habermann und Stagge (2015: 166 ff.), die weitere Studien zur Beschreibung des Personals mit Migrationshintergrund und -erfahrung in Pflegeberufen heranziehen, gehen letztendlich davon aus, dass regional als auch organisational große Unterschiede herrschen. Demnach würden in den alten Bundesländern wie auch in der Altenpflege mehr Personen mit Migrationshintergrund beschäftigt sein, als es für die neuen Bundesländer oder die Krankenpflege in Krankenhäuser zutrefte. In städtischen Gebieten seien so auch Altenpflegedienste zu finden, in denen mehrheitlich Migranten – deutlich über 60 Prozent der Beschäftigten – tätig seien. Auch über das Qualifikationsprofil der Mitarbeiter mit Migrationsgeschichte können bisher nur vage Aussagen getroffen werden. Einige Hinweise sprechen jedoch dafür, dass Migranten vermehrt als Hilfskräfte in der Pflege und nur selten in Leitungspositionen tätig sind. Dies hat für einige Pflegekräfte mit eigener Migrationserfahrung, denen es an einer Anerkennung ihres ausländischen Berufsabschlusses mangelt, zur Folge, dass sie für diese Anstellungen überqualifiziert sind. Zugleich finden sich unter den zugewanderten Pflegekräften aber auch häufiger Mitarbeiter mit einem fachfremden beruflichen Hintergrund als dies unter den übrigen pflegenden Mitarbeitern der Fall ist. Besonders in der Altenpflege sind viele un- oder angelernte Arbeitsmigranten beschäftigt. Dagegen zeigt sich eine qualifizierte Zuwanderung vor allem in der Gesundheits- und Krankenpflege (vgl. Afentakis/Maier 2014; Busse 2003: 380; Habermann/Stagge 2015: 168; Kollak 2002).<sup>93</sup>

---

<sup>92</sup> Hierfür spricht auch, dass mit 23 Prozent bereits mehr an der Studie beteiligte Fachkräfte derselben Dienste eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzen, als es die Leitungskräfte geschätzt hatten (vgl. BMG 2011b: 132).

<sup>93</sup> Neben der Beschäftigung von zugewanderten Migranten in den ambulanten und stationären Diensten nimmt seit einigen Jahren vermehrt auch die Anstellung von insbesondere Ausländerinnen für Pflege- und Betreuungstätigkeiten in Privathaushalten zu (auch als ‚24-Stunden-‘ oder ‚Rund-um-die-Uhr-Pflege‘ bezeichnet); ein Phänomen, dass auch in anderen west- und nordeuropäischen Ländern zu verzeichnen ist. Insbesondere seit den EU-Erweiterungen in den Jahren 2004 und 2007 sind zahlreiche Vermittlungsbüros für Betreuungskräfte im In- und Ausland entstanden. Neben den prekären Lohn- und Arbeitsverhältnissen, in die sich viele dieser Arbeitsmigrantinnen in Deutschland begeben, befindet sich nach verbreiteter Annahme ein Großteil von ihnen in irregulärer Beschäftigung und damit ohne soziale Absicherung oder erbringt als regulär beschäftigte Haushaltshilfe irreguläre Dienstleistungen (vgl. Angermann/Waldhaus 2012; Doyle/Timonen 2009; Isfort 2013: 32 f.; Pedelabar 2012; Schröder/Schwepe 2010: 51; Tießler-Marenda 2012; van der Geest/Mul/Vermeulen 2004; Zok/Schwinger 2015: 44).

Während derzeit noch mehr Migranten aus Deutschland als zugewanderte Ausländer in Pflegeberufen tätig sind,<sup>94</sup> wird erwartet, dass der Anteil Letztgenannter in Zukunft weiter anwachsen wird. Neben den Potenzialen, die sowohl in der zunehmenden Einstellung von Migranten als auch Ausländern in der Altenpflege gesehen werden (vgl. folgendes Kap. I. 3.2), werden jedoch auch Befürchtungen thematisiert. Zielen diese im Hinblick auf die in Deutschland lebenden Migranten darauf ab, dass diese als Lückenfüller eines krankenden Berufssystems missbraucht werden, wird in der Anwerbung von Pflegekräften aus dem Ausland zudem die Gefahr gesehen, Pflegesysteme anderer Staaten, insbesondere solcher mit ähnlichen Altersprozessen ihrer Bevölkerung, auszuplündern und den eigenen Personalnotstand ins Ausland zu verschieben (vgl. Bräutigam/Evans/Hilbert 2015: 119; Buchinger 2012: 38; Habermann/Stagge 2015: 162).<sup>95</sup> Der Deutsche Gewerkschaftsbund kritisiert an der Anwerbung ausländischer Pflegekräfte zudem, dass die in Deutschland arbeitslosen Altenpflegekräfte, die auf Vermittlung oder Weiterqualifikation warten, hierbei übersehen und unzureichende Lohn- und Arbeitsverhältnisse, die teils auch zu Abwanderungen von hierzulande ausgebildeten Pflegekräften führen, verfestigt werden (vgl. Greschner/Buntenbach 2011).

Seit ihrem Inkrafttreten zum 1. Januar 1995 befindet sich die Pflegeversicherung in einem „Dauerreform-Prozess“ (Klie 2013: 322). Mit zahlreichen Gesetzen wurde das elfte Sozialgesetzbuch erweitert und verändert. Zu den zentralen Nachjustierungen zählen das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz, das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz, das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, das Pflege-Neuausrichtungsgesetz sowie die Pflege-Stärkungsgesetze. Ohne im Detail auf jeden Gesetzestext eingehen zu können, soll kurz auf wesentliche Akzente der rechtlichen Entwicklung der GPV verwiesen werden. Ein Kernanliegen der Reformen liegt darin, auch in Folge öffentlich skandalisierter Pflegemissstände seit Einführung des SGB XI eine Stärkung der Qualitätssicherung und -kontrolle zu befördern (vgl. Wollmann 2008: 148).<sup>96</sup> Hierfür wurde mit dem MDK zusätzlich zu den etablierten, meist kommunal organisierten Prüfbehörden<sup>97</sup> eine weitere Instanz beauftragt sowohl Pflegeheime als auch ambulante Dienste Qualitätsprüfungen zu unterziehen. Wichtige Maßstäbe bilden dabei etwa nationale Expertenstandards, zu deren Erfüllung die Dienste in ihrer alltäglichen Pflegepraxis verpflichtet wurden (vgl. Wingenfeld 2015: 90). Neben der Qualitätskontrolle durch unangemeldete, jährliche Überprüfungen soll durch die Veröffentlichung der Prüfergebnisse zudem eine größere Transparenz der Dienstleistungen befördert werden. „Doch obwohl seit mittlerweile zwei Jahrzehnten Qualitätsprüfungen durch die MDK stattfinden und die hierbei genutzten Krite-

<sup>94</sup> Eine Studie des Zentrums für Europäische Wirtschaftsforschung (Bonin/Braeseke/Ganserer 2015) im Auftrag der Bertelsmann Stiftung zeigt daran anschließend auf, dass nur jede sechste der befragten knapp 600 Pflegeeinrichtungen (aus unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen) bisher versucht hat, offene Stellen mit Pflegekräften aus dem Ausland zu besetzen. Und das, obwohl über 60 Prozent der Dienste vakante Arbeitsplätze und 70 Prozent von Ihnen Schwierigkeiten in der Neubesetzung bemängeln.

<sup>95</sup> Dieser Diskurs reiht sich ein in eine globale Debatte um Care, die Sorgetätigkeiten für Kinder, Senioren und Menschen mit Behinderung im Spannungsverhältnis zwischen privater und öffentlicher Verantwortung, bezahlter und unbezahlter Leistungen und dem politischen und sozialen Feld diskutiert und zu einer Frage von Gerechtigkeit und Gleichberechtigung erhebt (vgl. Brückner 2011).

<sup>96</sup> In diesem Rahmen haben auch unabhängige Zertifizierungen im Altenpflegesystem an Bedeutung gewonnen (vgl. Gröning/Lietzau 2011: 1084).

<sup>97</sup> Wie die Heimaufsichts- und Arbeitsschutzbehörden sowie Gesundheitsämter (vgl. Hielscher et al. 2013: 61).

rien stetig weiterentwickelt wurden, lassen sich“, laut Wingefeld (2015: 87), „aus den Prüfergebnissen nur sehr begrenzte Aussagen über die Versorgungsqualität ableiten“. So ist aus dem veröffentlichten Material nicht immer ersichtlich, ob sich bestimmte Qualitätsmängel auf Missstände in der Dokumentation oder der praktischen Pflege bzw. Betreuung eines Pflegebedürftigen beziehen. Auch das gängige Benotungssystem auf Grundlage von Pflegetransparenzvereinbarungen, das für stationäre Einrichtungen im Jahr 2014 eine Durchschnittsnote von 1,3 ermittelte (Bundesdurchschnitt ambulanter Dienste 1,2), bleibt aufgrund seiner geringen Aussagekraft umstritten (vgl. Klie 2013: 322; Wingefeld 2015). Ein durch das PSG II ins Leben gerufener Qualitätsausschuss soll daher ein neues Qualitätsprüfungsverfahren inklusive neuer Darstellung erarbeiten (vgl. BMG 2016a).

Um die vom Beginn der GPV an stark kritisierte mangelnde Berücksichtigung von Personen mit einer stark eingeschränkten Alltagskompetenz, zu denen insbesondere demenziell, anderweitig gerontopsychiatrisch und psychisch erkrankte Personen sowie Menschen mit Behinderung zählen, auszuweiten, wurden in mehreren Schritten Leistungsergänzungen eingeführt. Während sich die Anspruchsberechtigung zunächst auf häuslich versorgte Personengruppen mit zugewiesener Pflegestufe konzentrierte, erfolgte nach und nach eine Ausweitung des Anspruchsrechts auf Personen unterhalb der ursprünglichen Pflegestufe I, die einen Unterstützungsbedarf bei der Grundpflege und Hauswirtschaft besitzen, Leistungserweiterungen für diesen Personenkreis sowie eine Ergänzung des Leistungskatalogs für den stationären Bereich (vgl. Klie 2013: 317 f.; Schwinger/Waltersbacher/Jürchott 2015: 210 f.). In der Förderung alternativer Wohn- und Betreuungsangebote<sup>98</sup>, des Ausbaus von Beratungsstrukturen etwa durch die Einrichtung von Pflegestützpunkten, der Ausweitung der Rechte für pflegende Angehörige, der Aufstockung von Betreuungskräften in Pflegeheimen, der Dynamisierung von Leistungen<sup>99</sup> sowie in Versuchen der Entbürokratisierung des Pflegeversicherungssystems spiegeln sich weitere Entwicklungen der letzten Jahre wider. Daneben wurde der Altenpflegeberuf durch das Bundesaltenpflegegesetz Anfang der 2000er Jahre erstmals einheitlich geregelt (vgl. Klie 2013; Leopold 2014; Paquet/Jacobs 2015; Tall/Kessels 2013; Theobald/Hampel 2013).

Galt die deutsche Pflegeversicherung zwischenzeitlich als Vorbild für andere Länder, steht sie heute – trotz der bereits eingesetzten Reformoffensive des Gesetzgebers in den vergangenen Jahren – vor einem vielfältigen Entwicklungsbedarf (vgl. Wild 2010: 3). Weitere Herausforderungen bestehen etwa in der zunehmenden Lücke zwischen den begrenzten Versicherungs-

---

<sup>98</sup> Neben klassischen Dienstleistern, wie sie die ambulanten Pflegedienste und stationären Alten- und Pflegeheimen verkörpern, ist in den vergangenen Jahren eine Vervielfältigung unterschiedlicher Angebotsstrukturen zu verzeichnen. Hierzu zählen etwa unterschiedliche Formen des Betreuten Wohnens (auch als Service Wohnen bezeichnet), von Mehrgenerationenhäusern und Senioren-Wohngemeinschaften auch für bestimmte Personengruppen wie Demenzerkrankte oder Siedlungsgemeinschaften, in denen allesamt in unterschiedlichen Umfang Dienstleistungen der Betreuung und Pflege angeboten werden. Zur gleichen Zeit nimmt die Inanspruchnahme von Pflegediensten im Ausland zu, da Pflegeleistungen in osteuropäischen oder südostasiatischen Ländern beispielsweise kostengünstiger sein können, als dies für Angebote in Deutschland der Fall ist (vgl. Teti 2015: 19 ff.). Eine Zusammenfassung vorherrschender Einstellungen älterer Menschen zu den unterschiedlichen Wohnformen sowie zur zuvor genannten Rund-um-die-Uhr-Pflege in Privathaushalten findet sich bei Zok und Schwinger (2015).

<sup>99</sup> Anders als die GRV hält die GPV keine automatische Leistungsdynamik vor (vgl. Rothgang 2015b: 8).

leistungen und den steigenden Pflegekosten, die zu finanziellen Belastungen sowohl der Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen als auch der Sozialhilfeträger führen (vgl. Paquet/Jacobs 2015: 4). Denn ergänzend zu den finanziellen Leistungen der Pflegeversicherung können Pflegebedürftige im Bedarfsfall Sozialhilfe in Form der *Hilfe zur Pflege* beziehen. Durch sie soll nicht nur die Kostendeckung der Pflege von Bedürftigen gewährleistet, sondern auch bedarfsgeprüft Unterstützung geleistet werden, wo eine Pflegebedürftigkeit außerhalb der definierten Pflegebedürftigkeit vorliegt (vgl. Wollmann 2008: 113 f., 145 f.). Ihre Inanspruchnahme „ist heute für viele Pflegebedürftige eher der Regelfall als die Ausnahme“ (Mielenz 2013: 669), ganz entgegen der ursprünglichen Zielsetzung Sozialhilfebezug im Pflegefall zu mindern. Laut Leopold (2014) beantragten zuletzt rund ein Drittel stationär versorgter Pflegebedürftiger zusätzliche Leistungen der Sozialhilfe. Gerlinger (2016: 40) spricht sogar von etwa 50 Prozent der Pflegeheimbewohner, die Sozialhilfeleistungen in Anspruch nehmen müssen. Dies führt mitunter zu einer zunehmenden Belastung der kommunalen Haushalte (vgl. Bacles/Amrhein 2011: 246; Wollmann 2008: 146).

Gleichzeitig steigt der Kostendruck auf Dienstleistungsanbieter, die sich in einem ständigen Dilemma zwischen Wirtschaftlichkeitserwägungen (mitunter Gewinnerzielungsabsichten) und Pflegequalitätsanforderungen bewegen (vgl. Hielscher et al. 2013: 61, 67). „[D]urch die Öffnung des Pflegemarkts in Kombination mit dem Teilkasko-Prinzip [ist] eine neue Konkurrenzsituation entstanden, die die Träger dazu veranlasst, ihr Angebot möglichst preisgünstig zu erbringen, um keine Wettbewerbsnachteile in Kauf nehmen zu müssen“ (ebd.: 58). Ausdruck findet die einhergehende Mittelverknappung zumeist in erheblichen Personaleinsparungen sowohl in quantitativer als auch fachlicher Hinsicht.<sup>100</sup> In der Folge werden kleinere Belegschaften bestehend aus weniger Fach- und mehr Hilfskräften einer hohen Arbeitsverdichtung ausgesetzt. Der permanente Zeitdruck, der daraus folgt, wird in stationären Einrichtungen durch einen zunehmenden Anteil schwerstpflegebedürftiger Menschen mit großem Versorgungsbedarf sowie umfassenden Dokumentationspflichten weiter verschärft. Während diese Arbeitsbedingungen nicht selten Überforderungsgefühle und hohe Krankenstände unter Pflegekräften hervorrufen, fehlt es im Gegenzug an Zeit- und Personalressourcen um jeden einzelnen Pflegebedürftigen durch eine individuelle und aktivierende<sup>101</sup> Betreuung und Versorgung gerecht zu werden. Dies mündet in eine stetige Diskrepanz zwischen den fachlichen Ansprüchen der Altenpflegekräfte bzw. den (auch gesellschaftlich vorherrschenden) rechtlichen Qualitätsanforderungen und den eingeschränkten Realisierungsmöglichkeiten im Arbeitsalltag der Dienste (vgl. Gröning/Lietzau 2011: 1083 f.; Hielscher et al. 2013; Kümmerling 2009; Schäfer/Clees 2011: 40). Die parallelen Herausforderungen den beruflichen Schutz der gegenwärtigen Belegschaften und eine qualitative Pflege der betreuten Menschen sicher-

<sup>100</sup> Zwar sind qualifizierte Pflegekräfte „der wichtigste Garant einer hochwertigen Pflegequalität“ (Hielscher et al. 2013: 61). Ihre Personalkosten stellen gleichzeitig jedoch den höchsten Ausgabenposten dar (ebd.).

<sup>101</sup> Neben den zuvor beschriebenen Ökonomisierungszwängen, denen soziale Dienste (nicht nur im Pflegesektor) zunehmend ausgesetzt sind, verweisen Hielscher und Kollegen (2013) auch auf den Trend, dass aktivierende Elemente vermehrt Einzug in soziale Dienstleistungstätigkeiten erfahren. Im pflegerischen Kontext wird damit sowohl der Anspruch nach eigenverantwortlicher *Vorsorge* und *Versorgung* als auch – wie an dieser Stelle gemeint – die Förderung sozialer Teilhabe und individueller Handlungskompetenzen verstanden.

zustellen und ebenso die Attraktivität des Berufsfeldes Altenpflege und eine zukünftige Personaldeckung zu befördern, erscheinen dementsprechend groß.

Weiterer Handlungsbedarf wird in der Stärkung von Selbstbestimmung und Teilhabe der Pflegebedürftigen gesehen. Hierfür gelte es ebenso den Leistungskatalog um alternative Versorgungskonzepte und Wohnformen zu erweitern, regionale Versorgungslücken bestimmter Angebote bspw. der Tagespflege zu schließen, präventive und rehabilitierende Maßnahmen zu fördern wie auch spezifische Bedarfslagen in Betreuung und Pflege zu berücksichtigen (vgl. AWO/ver.di 2011; Isfort 2013; Naegele 2014). Die Forderungen, die gegenüber dem Gesetzgeber zur Reformierung des Pflegeversicherungssystems im Raum stehen, sind hiermit bei Weitem nicht abgedeckt. Die vorgestellten Akzente sollten jedoch einen grundlegenden Eindruck davon vermitteln, welchen diversen Aufgaben Politik und Leistungserbringer in der Altenpflege seit geraumer Zeit und auch noch zukünftig gegenüberstehen. Dabei gründet sich der Weiterentwicklungsbedarf des Pflegeversicherungssystems und Altenpflegefeldes nicht nur auf das quantitative Wachstum der pflegebedürftigen Bevölkerung, sondern im Wesentlichen auch auf die Vervielfältigung der Bedarfs- und Bedürfnislagen von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen, sei es hinsichtlich individueller Betreuungs- und Wohnpräferenzen oder der Vereinbarkeit von Berufs- und Sorgetätigkeiten. Das folgende Kapitel soll schließlich Aufschluss darüber geben, welche Erwartungen und Anforderungen an das Altenpflegesystem im Hinblick auf eine ‚neue‘ Klientel pflegebedürftiger, älterer Migrantinnen und Migranten gestellt werden.

### **3. Geforderte Altenpflege: Interkulturelle Öffnung als Antwort auf eine „neue“ Klientel**

Die ersten Dienste, die sich mit altersspezifischen Fragestellungen von Migrantinnen und Migranten konfrontiert sahen, waren keine Einrichtungen des deutschen Altenhilfe- und Altenpflegesystems, sondern die Beratungsstellen der Ausländersozialdienste. Die vorrangig von der Arbeiterwohlfahrt (AWO), dem Deutschen Caritasverband und dem Diakonischen Werk unterhaltenen Dienste stellten seit Ende der 1950er Jahre die ersten Anlaufstellen für Migranten in Deutschland dar.<sup>102</sup> Bereits der zunehmende Familiennachzug ließ die Beratungsleistungen der Verbände trotz stagnierender Förderung durch den Bund stetig wachsen. Auf Renten- und Altersfragen, die spätestens seit Ende der 1980er Jahre einen Zuwachs erfuhren, waren die Berater jedoch in der Regel nicht vorbereitet. Denn auch in den Beratungsstellen war die Erwartung verbreitet, dass der Gros der Arbeitsmigranten im Rentenalter in ihre Herkunftsländer zurückkehren würde (vgl. Backhaus-Maul/Vogel 1992: 173; BBfBA 1995: 100; Resch-Hoppstock 1994: 27). Indem überdies notwendige Kontakte zum Altenhilfesystem fehlten, stießen altersbezogene Bedarfe die Sozialberater „zunehmend an die Grenzen ihres

---

<sup>102</sup> Die Zuordnung der Hilfebedürftigen zu den Beratungsstellen, die in den Anfangsjahren noch konfessioneller Natur war, wurde durch die 1984 verabschiedeten *Grundsätze für Aufgaben, Arbeitsweise und Organisation der Sozialberatung für ausländische Arbeitnehmer und ihre Familien* nationalitätenspezifisch weiter ausdifferenziert (Tiedt 1985: 156). Nicht nur diese Zuteilung nach Staatsangehörigkeit, sondern auch die verbandliche Trägerschaft der Ausländersozialberatung war jedoch nicht frei von Kritik (vgl. Backhaus-Maul/Vogel 1992: 174). Am 1. Januar 1999 trat schließlich eine überarbeitete Fassung der Grundsätze in Kraft, die eine nationalitätenübergreifende Beratung vorsah und das Anforderungsprofil der Mitarbeiter in den Beratungsstellen erweiterte (vgl. BBfBA 2000: 173 f.).

Aufgaben- und Qualifikationsprofils“ (Zeman 2005: 13). Die ersten Fachtreffen zum Themenfeld *Alter und Migration*, die Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahre organisiert wurden, können als Reaktion der Wohlfahrtsverbände auf diese Problemlage gewertet werden (vgl. Fabian/Straka 1991: 285; Zeman 2005: 13). So unvorbereitet die Migrationssozialdienste auf altersspezifische Fragen waren, so wenig hatte sich auch das deutsche Altenhilfesystem auf altwerdende Arbeitsmigranten eingestellt (vgl. Dill 1989: 89; Hofmann/Issi 1991: 77; Hummel 1988: 45). Neben der Vorstellung einer Rückkehrorientierung älterer Migranten war dies auch dem Vertrauen in die Familienhilfe geschuldet (vgl. Jurecka 1998: 65; Wedell 1993: 181). Während die Frankfurter Nutzungsanalyse eine entsprechende verbreitete Hilf- und Ratlosigkeit der Einrichtungen des Altenhilfesystems offenbarte, unterstrichen die Autoren der Studie jedoch auch, dass die hohe Rücklaufquote ihrer Befragung als „Ausdruck beachtlicher Sensibilität [...] und hoher Motivation, sich mit den Schwierigkeiten und Lebenslagen älterer Migranten [...] auseinanderzusetzen“ (Holz et al. 1994: 73, ohne Hervorhebungen des Originals), bewertet werden könne. Dies dürfe aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Altenhilfe vor Ort auf ältere Migranten „kaum, und wenn, dann nur sehr unzureichend vorbereitet ist“ (ebd.: 75) und zu befürchten sei, dass von den Altenhilfediensten selbst „nur wenig Initiative zur innovativen Entwicklung bedürfnisorientierter Hilfen für ältere Migranten zu erwarten ist“ (ebd.: 76).

Daran anschließend dominierte die Kritik an einem unvorbereiteten, desinteressierten oder ausländerunfreundlichen System von Altenhilfe und -pflege die Literatur der ersten Forschungsjahre in Deutschland deutlich (vgl. z. B. Dietzel-Papakyriakou 1993a: 51; Hinz-Rommel 1998: 36; Wensien 1993). Wurden erste wenige Erfahrungen von älteren Migranten in den Regelangeboten des Altenhilfe- und Altenpflegesystems geschildert, deuteten diese zudem auf eine hohe Problembelastung im Miteinander zwischen Klienten und Mitarbeitern unterschiedlicher Herkunft hin (vgl. Brandenburg 1994: 425; Keim 1996: 273 f.; Olbermann 1993: 167 f.; Skodda 1999: 18). In der Folge wurde dem deutschen Altenhilfesystem in den ersten Forschungsjahren zahlreiche ‚Mangelercheinungen‘ attestiert, die im Wesentlichen darauf gründeten, dass es sowohl an spezifischen Programmen und Strukturen, die auf die Bedürfnisse älterer Migranten zugeschnitten waren, als auch an maßgebenden Konzepten zur Umgestaltung der Angebotslandschaft fehlte. Dadurch könnte auch das Ziel der Altenhilfe, jedem älteren Menschen nach seinen individuellen Bedarfslagen Hilfe zuteilwerden zu lassen, hinsichtlich der eingewanderten Senioren nicht umgesetzt werden (vgl. Fabian/Straka 1991: 285; Hielen 1998a: 100 f.; Naegele 1998a: 28; Schweppe 1994c: 27). Beispielhaft zeige sich diese Unangepasstheit des Systems an nicht vorhandenen Informationen, die gezielt – etwa in mehrsprachigem Format – an Migranten übermittelt werden, am Fehlen variantenreicher Speisepläne oder der Abwesenheit muttersprachlicher Pflegekräfte (vgl. Backhaus-Maul/Vogel 1992: 173; Hummel 1988: 46; Kapaun 1993).<sup>103</sup> Zudem seien Beziehungen zwischen deutschen Fachkräften und ausländischen Senioren häufig durch Schwierigkeiten ge-

<sup>103</sup> Dass Letzteres eine wesentliche Zugangsbarriere für Migranten darstellte, hebt Gaitanides (1999: 41) hervor: „Dies lässt sich vor allem ex negativo belegen. Wo immer Migranten eingestellt werden, wächst der Anteil der Migranten an der Klientel – manchmal sogar sprunghaft.“ Zurückzuführen sei dies ebenso auf sprachliches und kulturelles geteiltes Wissen sowie gemeinsamer Erfahrungen der Migration und des Minderheitenstatus.

prägt. Neben stereotypen Vorstellungen bis hin zu Vorurteilen, die das Bild von älteren Migranten nicht selten prägten, fürchteten sich viele Altenpfleger vor Kompetenzverlust im Umgang mit einem ‚kulturell fremden‘ Klientel, vor Überforderung und erhöhter Arbeitsbelastung (vgl. Gaitanides 1999: 42 f.).<sup>104</sup> Wurden bestehende Defizite in der Praxis der Einrichtungen erkannt, würden sie quer durch die Anbieterlandschaft mehrheitlich duldsam ertragen (vgl. Kapaun 1993).

### 3.1 Aufkommende (An-)Forderungen

Der Kritik an bestehenden Missständen folgten zahlreiche Anforderungen. In der Vorstellung lernender Organisationen setzten sie in einem ersten Schritt auf der Wissensebene der Dienste an. Die Einrichtungen müssten ein Bewusstsein für neue Herausforderungen im Umgang mit älteren Pflegebedürftigen mit Migrationsgeschichte schaffen und sich in Person ihrer Mitarbeiter ethnienspezifisches, historisches, soziales wie kulturelles Wissen aneignen. Es gelte ebenso über die Zuwanderungsbiographien älterer Migranten im Bilde zu sein wie Kenntnis von den Lebenslagen der unterschiedlichen Migrantengruppen, ihren spezifischen Traditionen und Bräuchen, Geschlechterrollen-, Alters- und Pflegevorstellungen sowie Essensgewohnheiten zu haben (vgl. Cryns/Kaya-Smajgert/Şen 1993: 13; Dietzel-Papakyriakou 1991b: 15; Holz et al. 1994: 123; Resch-Hoppstock 1994: 39).<sup>105</sup> Dabei seien auch divergierende religiöse Glaubensansätze kennenzulernen und zu berücksichtigen (vgl. Barden 1992: 11; Brandenburg 1997: 69). Jüngere Veröffentlichungen heben hervor, dass eine derartige Wissensaneignung stets darauf abzielen müsse, einen differenzierten und etikettfreien Blick auf ältere Migranten zu entwickeln, mit dem zugleich die Anerkennung und Akzeptanz von Vielfalt im Allgemeinen und hybriden Zugehörigkeiten im Besonderen einhergehe. Dies impliziere auch – entgegen einer verbreiteten Defizitwahrnehmung – ältere Migranten als aktive Mitgestalter ernst zu nehmen, ihre Lebens- und Integrationsleistungen wertzuschätzen und zu erkennen, dass sie als erste nun alt gewordene Generation erneut Pioniere seien, Pioniere des Alterns in der Migration (vgl. BBfBA 2000: 229; Deutscher Verein 2010: 26, 2011: 67 f.; Ertl 2012: 42; Kökgiran/Kökgiran 2014: 293; Kollwe 2012: 28; Läscher/Yortanlı 2012b: 187; Zeman 2012: 462 f.).

Auf struktureller Ebene wurden zunächst individuumsorientierte Hilfen, flexiblere Konzepte, wie zugehende Angebote, eine ausdifferenzierte Informationsarbeit<sup>106</sup> sowie – im Hinblick auf stationäre Einrichtungen – zahlreiche Einzelmaßnahmen<sup>107</sup> eingefordert (vgl. BAGFW

<sup>104</sup> Dies führte zu teils voreiligen Überweisungen ausländischer Personen zu migrantenspezifischen, wenn auch fachfremden Stellen (vgl. Gaitanides 1999: 43).

<sup>105</sup> Um die Wissenserweiterung voranzutreiben, müssten zudem Anstrengungen unternommen werden, die bestehende Datenlage v. a. hinsichtlich kleiner Minderheiten zu verbessern (vgl. Gerling 2009: 140; ZfT 2002: 173).

<sup>106</sup> Nicht nur müssten Informationsmaterialien mehrsprachig aufbereitet und weiterführende Sachkenntnisse über das deutsche Altenhilfesystem vermittelt, sondern auch unterschiedliche Wege der Wissensvermittlung genutzt werden (vgl. z. B. Olbermann 1993: 169; Resch-Hoppstock 1994: 39; Schuleri-Hartje/Just 1994: 104).

<sup>107</sup> Zu diesen Maßnahmen, die dem Wohlbefinden älterer Migranten im Alltag stationärer Dienste zuträglich sein und zugleich die Nutzung bestehender Angebote durch die Migrantinnenbevölkerung fördern sollten, zählten u. a. die gleichzeitige Aufnahme mehrerer Migranten, um die Gefahr einer sozialen Isolation einzelner Senioren mit Migrationshintergrund einzudämmen (vgl. Metzger 1991: 68), eine intensive Angehörigenarbeit und Beteiligung der Familiennetzwerke (vgl. Hummel 1988: 47), die Erweiterung der Speisepläne nach ethnienspezifischen Vor-

1996: 12; Brandenburg 1994: 420; Deutscher Verein 1998: 132; Hummel 1988: 47; Krüger 1995: 83; Schuleri-Hartje/Just 1994: 104), die um personelle Veränderungen ergänzt werden müssten. Einerseits gelte es die Einstellung von Pflegefachkräften mit eigener Zuwanderungsgeschichte und Fremdsprachenkompetenzen sowie die Ausbildungsbereitschaft junger Migranten für pflegerische Berufe zu fördern. Andererseits müssten die Fachkräfte aus der deutschen Mehrheitsbevölkerung kontinuierlich weitergebildet werden, um sie für die Bedürfnisse älterer Migranten zu sensibilisieren und auf deren Pflege vorzubereiten. Mehr als ausschließlich Länder- und Kulturkunde zu vermitteln, müssten den Pflegekräften dabei Empathie und Feingefühl sowie Offenheit gegenüber Unbekanntem mit auf den Weg gegeben werden (vgl. Brandenburg 1994: 420, 1997: 68; BT-Drs. 12/5796: 3; Bultan 1992: 390; Dietzel-Papakyriakou 1991a: 124, 1993a: 50; Gaitanides 1996: 45 f.; Hammer 1994: 122 f.; HMFAS 1998a: 35; Scheib 1996: 35; Schuleri-Hartje/Just 1994: 10, 89). Da durch die Vielzahl der Migrantengruppen in Deutschland, eine Betreuung jedes älteren Migranten durch eine Pflegekraft gleicher Nationalität oder Muttersprache nicht möglich sei, wurde des Weiteren die Nutzung vorhandener oder die Einrichtung neuer Dolmetscherdienste nachdrücklich empfohlen (vgl. Brandenburg 1997: 69; HMFAS 1998b: 39; Holz et al. 1994: 60; Wessel-Neb 1997).

Um die Weiterentwicklung von Altenhilfe- und Altenpflegedienste zu unterstützen, werden Kooperationen mit Migrantenselbstorganisationen sowie Diensten der Migrationssozialarbeit eingefordert. Beiden Bereichen könne eine Mittlerrolle zwischen den öffentlichen Angeboten und älteren Migranten zukommen (vgl. Brandenburg 1997: 68; Cryns/Gromm 1994: 418; Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 1996: 85; Holz et al. 1994: 130; Olbermann 1993: 169 f.).<sup>108</sup> Die Zusammenarbeit, die auch in Brückenprojekten unterschiedlicher Stellen und Ressorts stattfinden könne, soll einen Beitrag dazu leisten, für alle Parteien gewinnbringend, vorhandene Kenntnisse gegenseitig zugänglich zu machen und neues Wissen für die Arbeit mit und für ältere Migranten zu generieren (vgl. Döhner 1999: 24; Steinhoff/Wrobel 2004: 220). Neben der Kooperation der Altenhilfedienste mit den Selbstorganisationen der Migranten dürfe aber auch deren Förderung nicht zu kurz kommen. Dem Aufbau und Erhalt einer eigenethnischen Infrastruktur im Altenhilfe- und Altenpflegebereich sowie von Eigeninitiativen älterer Migranten wurde große Bedeutung beigemessen, mit dem Ziel das Selbsthilfepotenzial

---

stellungen (vgl. HMFAS 1998b: 39), das Angebot von Einzelzimmern (vgl. Holz et al. 1994: 72; Kauth-Kokshoorn/Schneiderheinz/Aydin 1998: 124), eine herkunftsspezifische Zimmerbelegung (bei Mehrbettzimmern) und -gestaltung, die Einrichtung religiöser Stätten und Gemeinschaftsräume (vgl. Brandenburg 1994: 426; Schuleri-Hartje/Just 1994: 89), die Bereitstellung fremdsprachiger Zeitschriften (vgl. Resch-Hoppstock 1994: 43), die Unterstützung der Heimbewohner bei der Verbesserung ihrer Deutschkenntnisse (vgl. Holz et al. 1994: 72) sowie die Förderung der Akzeptanz der einheimischen gegenüber ausländischen Bewohnern als auch verschiedener nichtdeutscher Nationalitätengruppen untereinander (vgl. BAGFW 1995: 19; Becker/Dierking 1991: 63). Darüber hinaus beinhalte ein respektvoller Umgang mit älteren Migranten, ihre mögliche Rückkehrorientierung, eine pendelnde Lebensgestaltung sowie die Heterogenität ihrer Gruppenmitglieder anzuerkennen und im pflegerischen Handeln zu berücksichtigen (vgl. Hammer 1994: 122 f.). Hierbei stellten die Autoren insbesondere jene Faktoren heraus, die ältere Migranten in vorwiegend qualitativen Befragungen als Bedingungsgründe für die eigene Inanspruchnahme stationärer Pflegeangebote genannt hatten.

<sup>108</sup> Gerade die fehlende Vernetzung mit migrantenspezifischen Diensten müsse bearbeitet werden, denn „Arbeit mit alten Ausländerinnen und Ausländern ist Ausländerarbeit, die zur Altenarbeit wird ohne weniger Ausländerarbeit zu sein“ (Resch-Hoppstock 1994: 7).

der ethnischen Gruppen auch unabhängig vom Ausbau des deutschen Altenhilfesystems zu stärken (vgl. Kauth-Kokshoorn/Schneiderheinze/Aydin 1998: 169; Koch-Straube 1991: 105; Olbermann 1993: 169).

Abseits der Weiterentwicklung professioneller Dienste seien – ganz im Sinne des Prinzips ambulant vor stationär – ebenso die familiären Hilfepotenziale zu bewahren und zu stärken, wobei Fortbildungskurse für pflegende Angehörige ein ganz praktisches Beispiel dieser Förderung darstellen können (vgl. Diakonie 1991: 20 f.; BMFSFJ 2005a: 447 f.; BT-Drs. 12/5796: 3; Kruse 2008: 57 f.; Schädel 2001: 180). Schließlich wurde, insbesondere in den 1990er Jahren, auch vehement eingefordert, aufenthaltsrechtliche, staatsbürgerschaftliche als auch sozialgesetzliche Bestimmungen zu reformieren, um den altgewordenen Zuwanderern ein gleichberechtigtes Altwerden in der Bundesrepublik zu ermöglichen (vgl. Hammer 1994: 123; Holz/Scheib 1993: 24; Holz et al. 1994: 133).<sup>109</sup>

Zur Erfüllung jener Forderungen, die vor allem auf eine kultursensible Ausrichtung von Altenhilfe und -pflege abzielen, werden neben den Diensten, ihren Verbänden und Trägern insbesondere die Kommunen als Verantwortungsträger der örtlichen Altenhilfe in die Pflicht genommen; dies sowohl in ihren Aufgaben die öffentliche Daseinsvorsorge zu gewährleisten als auch die Integration von zugewanderten Bürgern zu fördern (vgl. Baric-Büdel/Barth 2011: 47; Deutscher Verein 2011: 61; Habermann et al. 2013: 40 f.). Zugleich lasse das je eigene „multikulturelle Gesicht“ (Geiger 1998: 170) einer Kommune auch nur Planungen zu, die „auf die Situation und Entwicklung vor Ort zugeschnitten [sind]“ (ebd.). Während den Ländern zudem der Auftrag zukomme, die kommunalen Verantwortungsträger zu unterstützen und ältere Migranten in den politischen Alten- und Sozialplanungen zu berücksichtigen, obliege dem Bund die Aufgabe durch Projektförderungen zum Erkenntnisgewinn und zur Entwicklung neuer Modelle in der Altenhilfe beizutragen (vgl. BT-Drs. 12/5796: 3; Gerling 1998: 130 f.; Holz et al. 1994: 142).

### 3.2 Konzepte interkultureller Öffnung

Diese ersten Einzelforderungen wurden in der Prämisse nach kultursensiblen Angeboten sowie in Konzepten *interkultureller Orientierung*, *Öffnung* und *Kompetenz* detailreich weiterentwickelt, ausformuliert und ebenso namentlich eingefordert. Kultursensibilität in der Altenhilfe gelte es ebenso in Fragen des Wohnens, der Begegnungs-, Bildungs- und Kulturarbeit, des bürgerschaftlichen Engagements als auch von Gesundheit und Pflege umzusetzen. Nicht nur Pflege selbst, sondern auch Gesundheitsförderung und -prävention, Pflegeberatung – etwa im Rahmen von Pflegestützpunkten – sowie Pflegebegutachtung müssten interkulturell weiterentwickelt werden (vgl. Deutscher Verein 2011; Kohls 2012: 95; Olbermann 2010: 3; Zeman 2012: 461). Dass jedoch nicht von einem einheitlichen Programm *interkultureller Öffnung* gesprochen werden kann, macht auch die Vielzahl unterschiedlicher Definitionen deut-

---

<sup>109</sup> Als zentrale rechtliche Änderungen führen Holz und Scheib (1993: 24) die Ermöglichung der doppelten Staatsangehörigkeit, die bürgerrechtliche Stärkung von Migranten, ein unbegrenztes Wiederkehrrecht, die Sicherung des Aufenthaltsrechts etwa bei Sozialhilfebezug oder Wohnungslosigkeit sowie die grundsätzliche Gleichbehandlung deutscher und ausländischer Senioren bzgl. Hilfen im Bereich der Pflege und Altenhilfe auf.

lich, die in den letzten Jahrzehnten erarbeitet wurden. Bevor ein Überblick über zentrale konzeptionelle Inhalte gegeben wird, sollen wenige dieser Definitionsversuche vorgestellt werden.

Das zumeist rezierte Verständnis einer *interkulturellen Orientierung* stammt von Handshuck und Schröer (2002: 512).<sup>110</sup> Für beide Autoren ist im Begriff des Interkulturellen zunächst ein „Prozess der Aushandlung von Gruppeninteressen und von Beteiligungsmöglichkeiten und der Ansatz einer Diskursethik angelegt“ (ebd.), während die interkulturelle Orientierung im Sinne einer „strategischen Funktion [...] eine sozialpolitische Haltung von Personen bzw. Institutionen [ausdrückt], die anerkennt, dass unterschiedliche Gruppen mit unterschiedlichen Interessen in einer Stadtgesellschaft leben und dass diese Gruppen sich in ihren Kommunikations- und Repräsentationsmitteln unterscheiden“ (ebd.). Interkulturelle Öffnungsprozesse könnten schließlich als „Konsequenz“ (ebd.: 513) dieser Haltung, als „handelnde Umsetzung der strategischen Ausrichtung“ (ebd.), verstanden werden. Nach Wehrhöfer (2006: 33) grenzen sich beide Begrifflichkeiten daher grundsätzlich dadurch voneinander ab, als dass mit Orientierung ein Ziel oder Leitbild und mit Öffnung der darauffolgende Prozess beschrieben werden kann. Wenn der Fokus zunächst auf dem strategischen Handlungsaspekt gerichtet bleibt,<sup>111</sup> kristallisiert sich in diesem Prozesscharakter sodann auch eine häufige Gemeinsamkeit von Definitionen interkultureller Öffnung heraus:

„Interkulturelle Öffnung‘ – dieser sperrige Begriff beschreibt den Prozess, Migrantinnen und Migranten als gleichberechtigte Bürger, Mitarbeiter, Klienten und Kunden zu respektieren, ihnen in allen gesellschaftlichen Bereichen Teilhabe und Mitwirkung zu ermöglichen und die bestehenden Organisationen und Institutionen dafür weiterzuentwickeln.“ (Dietrich/Knoche/Tischler 2004: 213)

„In diesem Sinne beschreiben wir die Interkulturelle Öffnung als kontinuierlichen Verbesserungsprozess (1), der eine bewusste Entscheidung und Planung und Steuerung voraussetzt [...]“ (ACKA/KDA 2002: 45)

„Interkulturelle Öffnung ist ein selbstverantworteter, systematischer und zielgerichteter Entwicklungsprozess privater und öffentlicher Organisationen und von Staat und Gesellschaft mit dem Ziel, die Bedingungen für eine umfassende und gleichberechtigte Partizipation von Menschen mit Migrationshintergrund herzustellen.“ (Knoche 2011: 18)

Die Grundlage eines solchen Prozesses bildet ein Bündel von Strategien, das in den letzten Jahrzehnten ins Feld geführt wurde, um zur Konzeptionalisierung einer interkulturellen Öffnung beizutragen. Fasst man die empfohlenen Maßnahmen zusammen, gelte es einen Weiterentwicklungsprozess auf drei Ebenen anzusetzen: auf Ebene (1) der Organisation sowohl hinsichtlich ihrer Strukturen als auch Angebote, auf Ebene (2) des Personals und (3) der Umwelt(-beziehungen).<sup>112</sup>

(1) Um kultursensible Pflegearbeit leisten zu können, wurde schon früh darauf verwiesen, dass hierfür organisationale Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen (vgl. Hinz-

<sup>110</sup> Beide wurden durch einen umfassenden Veränderungsprozess des Münchner Sozialreferats einschließlich des Stadtjugendamtes im Sinne einer interkulturellen Öffnung und dessen vielfältige Aufarbeitung in Form von Fachzeitschriftenartikeln sowie Handbüchern bekannt.

<sup>111</sup> Die Diskussion weiterer Teilelemente von Definitionsversuchen interkultureller Öffnung erfolgt später (vgl. Kap. IV. 2.2).

<sup>112</sup> Dabei sei eine Weiterentwicklung der Veröffentlichungen über die Zeit dahingehend festzustellen, dass während zu Beginn vor allem die Frage im Mittelpunkt stand, „Was“ verändert werden müsste, heute die Frage nach dem „Wie“ dominiere (vgl. Behrens 2011: 58 f.).

Rommel 1998: 40; Scheib 1998: 44). Dabei dürfe eine interkulturelle Öffnung grundsätzlich nicht als „Sonderaufgabe“ (Geiger 1998: 175) fehlinterpretiert werden, sondern müsse als „Gesamtstrategie“ (z. B. Reinhardt 2009: 144) oder auch „Querschnittsaufgabe“ (z. B. Handschuck/Schröder 2004: 22; Rommelspacher 2005: 188) einer Einrichtung begriffen werden. Demzufolge seien alle nachfolgend beschriebenen Prozesse einer interkulturellen Öffnung in das Kerngeschäft einer Einrichtung zu integrieren und interkulturelle Ziele als Maßstab jedes Organisationshandelns heranzuziehen (vgl. ACKa/KDA 2002: 5 f., 46). D. h. zugleich, dass alle (Hierarchie-)Ebenen in den Prozess eingebunden und top-down- mit bottom-up-Strategien verbunden werden müssten (vgl. z. B. Barth 2006: 10; Behrens 2011: 61 f.; Domenig 2003: 96 ff.).<sup>113</sup> Ein bedeutender Einfluss wird dabei der Leitungsebene zugeschrieben. Sie müsse als Schlüsselposition des Prozesses von der Relevanz interkultureller Ansätze überzeugt sein, diese mit Innovationsfreude vorantreiben und als Veränderungsmanager Verantwortung übernehmen (vgl. Buchinger 2012: 40 f.; Gaitanides 2011: 211; Polat 2011: 239; Schwarthans 2006: 42; Skodda 2001).<sup>114</sup> Unterstützt werden könnte die Prozesssteuerung dadurch, dass ein verantwortlicher Mitarbeiter, eine Ansprechperson, Stabstelle oder Projektgruppe einbestellt wird (vgl. Domenig 2001: 154 f., 2003: 98 f.; Kulbach 2007: 136); teilweise wird eine solche eigenständige Struktur für die Organisation interkultureller Öffnung sogar explizit gefordert, auch um die Nachhaltigkeit des Öffnungsprozesses sicherzustellen (vgl. ACKa/KDA 2002: 47; FkA 2012a: 3).

Ein erster, zumindest symbolischer Schritt des Öffnungsprozesses wird häufig in der Ausrichtung von Einrichtungs- und Pflegeleitbildern an interkulturellen und antidiskriminierenden Grundsätzen gesehen (vgl. Barth 2006: 10; Becker/Wölk 2003: 25; Gaitanides 2011: 205; Zeman 2005: 80).<sup>115</sup> Damit eng verbunden ist die Abfassung eines interkulturell ausgerichteten Konzeptpapiers.<sup>116</sup> Dieses definiere im Wesentlichen die Ziele, Zielgruppen und Leistungsangebote einer Einrichtung, welche in klaren, auf unterschiedliche Zeithorizonte hin ausgerichteten „Zielvereinbarungen, Umsetzungsschritte[n] und Wirkungskriterie[n]“ (Zeman 2002: 81) weiter konkretisiert werden können (vgl. Baric-Büdel 2001: 95-98; Handschuck/Schröder 2002: 513; Ullrich 2002: 191).<sup>117</sup> Zur Ausarbeitung organisationaler Zielvor-

---

<sup>113</sup> Das bedeutet sowohl, dass die Entscheidung für einen interkulturellen Öffnungsprozess nicht alleine von der Leitungsebene nach unten diktiert werden kann, als auch, dass das Gleichstellungspostulat von Mitarbeitern ohne und mit Migrationshintergrund über alle Hierarchiestufen hinweg – bis zur Leitungsebene – Geltung erhalten müsse (vgl. z. B. Gaitanides 2004a: 9; Hinz-Rommel 2000a: 52; Wießmeier 2004: 29). Und es impliziert zudem, dass eine interkulturelle Öffnung „von ‚oben‘ als auch von ‚unten‘ gewollt und akzeptiert werden [muss]“ (Barth 2006: 11; vgl. auch BBfBA 1994: 9; Gaitanides 1999: 44; Hinz-Rommel 1996: 23; Ullrich 2002: 191).

<sup>114</sup> Dies könne ebenso die Aufgabe umfassen, den Entwicklungsprozess auch gegen Widerstände voranzutreiben (vgl. ACKa/KDA 2002: 47, 58; Krummacher 2007: 70).

<sup>115</sup> Ein solches interkulturelles Leitbild wende sich identitätsstiftend bis hin zu motivierend nach innen und zugleich informierend nach außen (Handschuck/Schröder 2001: 155; Straßburger 2008: 154).

<sup>116</sup> Teilweise werden Leitbild und Konzeptpapier hierbei auch synonym verwendet.

<sup>117</sup> Während nach Lima Curvello (2005: 43) einem interkulturellen Öffnungsprozess die Vorstellung einer „situationsbeding[t]en“ Erarbeitung von Problemlösungen zugrunde liegt, deuten die Bestrebungen von Leitbild- und Konzeptniederschriften mehr auf Wießmeiers (2004: 32) Beschreibung interkultureller Öffnung als „geplant[e] und zielgerichtet gestaltet[e]“ Veränderung hin. Trotz der Popularität interkultureller Konzeptentwicklung innerhalb der Literatur findet sich der Standpunkt Lima Curvellos auch in anderen Schriften wieder, wenn bspw. der Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege und das KDA (2002: 45) die Spezifizierung des Entwick-

haben seien vorangehende Bedarfs- und Bestandsanalysen sinnvoll, die sowohl die Einrichtung selbst, etwa im Hinblick auf ihre vorhandenen Ressourcen, als auch ihre Umwelt, z. B. hinsichtlich der Nachfragepotenziale möglicher Zielgruppen, einbezieht. Um nützliche Informationen zu gewinnen, biete es sich an, solche Analysen – in Form von Nutzer-, Mitarbeiter- oder Behördenbefragungen oder in Rückgriff auf bestehendes Datenmaterial sowie Informationen spezifischer Dienste und Organisationen – möglichst kleinräumig anzulegen (vgl. z. B. Baric-Büdel 2001: 46; Fuchs 2002; Gaitanides 2011: 205 f.; Wagner 2007: 3). Neben der Einbeziehung potenzieller Nutzer in die Bedarfsplanung mittels Befragungen<sup>118</sup> gelte es die Zielgruppenorientierung auch über niedrigschwellige, adressatengerechte und partizipative Angebote sicherzustellen. Damit seien ebenso aufsuchende Praxisstrategien wie bedarfsgerechte und bezahlbare Dienstleistungen gemeint (vgl. z. B. Becker/Wölk 2003: 28; Deutscher Verein 2011: 69; Habermann et al. 2013: 39; Handschuck 2009: 237 ff.; Steinhoff/Wrobel 2004: 220).<sup>119</sup>

Die Vermittlung einer kultursensiblen Ausrichtung müsste des Weiteren durch geeignete Maßnahmen von Informations- und Öffentlichkeitsarbeit erfolgen, die einerseits die interkulturelle Orientierung einer Einrichtung herausstellt und Migranten explizit als Klienten anspricht, andererseits aber auch Vertreter ethnischer Communities bereits in die Kontaktpflege miteinbezieht (vgl. Barth 2006: 12; Hinz-Rommel 1998: 39; Wagner 2007: 5 f.). Hierfür gelte es sowohl angemessene Informationsmaterialien zu gestalten als auch zielgruppenspezifische Strategien der Informationsweitergabe zu entwickeln.<sup>120</sup> Ziel sei dadurch auch, dem mit interkulturellen Öffnungsbemühungen verbundene Anspruch nach Transparenz gerecht zu werden (vgl. ACkA/KDA 2002: 13; Straßburger 2009: 233).

Indem interkulturelle Öffnung als Bildungsprozess einer lernenden Organisation verhandelt wird, verlange der Entwicklungsprozess zugleich eine fortwährende reflexive Haltung wie

---

lungsprozesses „parallel zu den ersten Erfahrungen mit einzelnen neuen Kunden“ empfehlen, „um am konkreten Beispiel zu lernen“.

<sup>118</sup> Hinsichtlich der Schwierigkeiten von Bedürfnisabfragen siehe Hielen (2000: 35 f.).

<sup>119</sup> Andere Autoren verweisen zudem auf die Vorbereitung und Beteiligung auch der einheimischen Bewohner in den Öffnungsprozess (vgl. z. B. Becker/Wölk 2003: 28; Hielen 1996: 92). Wie Pauli et al. (2013: 27) in ihrer Befragung Hamburger Seniorenheime aufzeigen, stellt eine verbreitete Ablehnung von pflegebedürftigen Migranten durch Bewohner ohne Migrationshintergrund ein großes Problem in den Einrichtungen dar, auch weil damit die Gefahr einer Isolierung von Bewohnern mit Migrationshintergrund einhergehen kann.

<sup>120</sup> Jäger (2010: 7) kritisiert, dass Versuche kultursensibler Gestaltung heute immer noch häufig mit der Übersetzung in die Muttersprache der (potenziellen) Klienten endeten: „Die Beschränkung auf den ‚elaborierten Code der Mittelschicht‘ bleibt dabei meist erhalten“, was auch in einem akademischen Stil oder der Verwendung von Amtssprache zum Ausdruck käme. Adäquate, kultursensible Informationsmaterialien (und -veranstaltungen) zeichneten sich neben der Mehrsprachigkeit aber ebenso durch Verständlichkeit, sprachärmere Mittel und die Repräsentanz von Personen mit Migrationshintergrund etwa in der Bebilderung aus. So müssten z. B. Broschüren entworfen werden, mit denen sich potenzielle Nutzer „identifizieren können“ (DRK/FkA 2008: 99; vgl. auch Becker/Wölk 2003: 28; Domenig 2001: 155; Gasser 2013: o. S.; Zeman 2012: 461 f.). Daneben seien Wege der Informationsvermittlung kultursensibel und niedrigschwellig, wenn bspw. ethnische Vereine und zielgruppeneigene oder -nahe Medien zur Informationsweitergabe genutzt würden (hier käme auch dem Internet eine wachsende Bedeutung zu), Informationsveranstaltungen vor Ort in den Communities stattfänden oder schriftliche Materialien an von den Zielgruppen häufig besuchten Orten ausgelegt würden (vgl. Baric-Büdel/Barth 2011: 47; Becker/Wölk 2003: 28 f.; Döhner/Rothgang 2006: 592; Domenig 2003: 100; Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V. 2003: 13; Gaitanides 2011: 206; Zeman 2012: 461 f.). Gerade im Hinblick auf analphabetische Ältere hebt Ullrich (2002: 191) zudem die Bedeutung von TV- sowie mündlicher Werbung hervor. Die Relevanz einer solchen kontinuierlichen wie auch mündlichen Informationsweitergabe sei dabei höher einzuschätzen als das zufällige Auffinden einer ausgelegten Broschüre (vgl. ACkA/KDA 2002: 97; Ullrich 2002: 191).

stetes korrigierendes Eingreifen (vgl. Filsinger 2006: 17 f.; Gaitanides 2006: 25; Hinz-Rommel 1998: 38; Lima Curvello 2005: 43; Straßburger 2009: 230; Zacharaki/Eppenstein/Krummacher 2007: 10). Demnach können Monitoringmaßnahmen, Controlling sowie insbesondere Evaluationen als weitere zentrale Konzeptmerkmale genannt werden (vgl. z. B. Aschenbrenner-Wellmann 2012a: 175-179; Behrens 2011: 63; Gaitanides 2011: 205, 211; Polat 2011: 238). Um Evaluationsergebnisse für Umgestaltungen und weitere Planungen nutzbar zu machen, gelte es sie stets auf eine breite Diskussionsgrundlage zu stellen (vgl. AChA/KDA 2002: 48; Handschuck/Schröer 2001: 174; Wagner 2007: 3).<sup>121</sup>

Entgegen weniger Stimmen, die betonen, interkulturelle Öffnung führe für Einrichtungen zu keinen oder nur geringen Mehrkosten (vgl. z. B. Köster 2002: 37), wird mehrheitlich darauf gedrängt, die Notwendigkeit vermehrter zeitlicher als auch finanzieller Ressourcen von Projektbeginn an zu berücksichtigen, diese, wo nötig, bereitzustellen und bereits in die Pflege-satzverhandlungen einzubeziehen (vgl. z. B. AChA/KDA 2002: 41 f.; Deutscher Verein 2011: 71; Domenig 2001: 155; FkA 2012b ; Gaitanides 2006: 25; Straßburger 2009: 231). Die Tatsache, dass es sich bei einer interkulturellen Öffnung um einen langwierigen, in keinem Fall kurzfristig zu realisierenden Prozess handelt – worauf immer wieder in der bestehenden Literatur verwiesen wird (vgl. z. B. Becker/Wölk 2003: 18; Schwarthans 2006: 42; Treber 2005: 124) – impliziert darüber hinaus, dass ebenso für Kontinuität in den Umsetzungsbemühungen Sorge zu tragen sei (vgl. Gaitanides 2004b: 36); in zeitlicher ‚Breite‘ als auch struktureller ‚Tiefe‘.<sup>122</sup> Zugleich gelte es aber auch Grenzen zu thematisieren und die Organisation und deren Mitarbeiter vor Überlastungen zu schützen (vgl. AChA/KDA 2002: 40 f.; BMFSFJ 2005a: 50). So sollte eine interkulturelle Öffnung sodann in „kleinen“, wenn auch „kontinuierlichen“ Etappen vorangetrieben werden (AChA/KDA 2002: 46) und durch eine institutionalisierte Plattform für Feedbacks seitens der Bewohner, Mitarbeiter und anderer relevanter Akteuren unterstützt werden, wie sie Becker und Wölk (2003: 26) als „Beschwerde- und Ideenmanagement“ beschreiben.

In der programmatischen Ausgestaltung verbinden interkulturelle Öffnungsstrategien eine migrationssensible Gestaltung von Kernprozessen mit einer kultursensitiven Anpassung der Organisationsinfrastruktur. Für den gesamten Pflegeprozess – von der Pflegeanamnese über die Pflegeplanung bis hin zur Pflegedurchführung – werden zumeist „spezifische“ (vgl. z. B. BT-Drs. 14/4357: XXX) oder „bedarfsgerechte“ (vgl. z. B. bfw/RISP 2003: 99; Gaitanides 2004b: 35) Angebote gefordert. Diese sollen die speziellen Bedürfnisse und Lebenssituationen älterer Migranten berücksichtigen (vgl. z. B. BBfBA 2000: 223; Skodda 2001), kultursensibel und im Hinblick auf individuelle sowie biographische Merkmale ausgestaltet werden (vgl. z. B. Baykara-Krumme/Hoff 2006: 510; Ertl 2001: 136; Kirchermeier et al. 2003: 5;

---

<sup>121</sup> Daran anschließend wird interkulturelle Öffnung in neueren Veröffentlichungen auch als Teil der Qualitätsentwicklung bzw. -sicherung von Organisationen thematisiert (vgl. z. B. BMFI 2012: 329; Handschuck/Schröer 2012: 76), worauf später noch genauer eingegangen werden soll.

<sup>122</sup> Denn Versuche einer lediglich stückchenhaften interkulturellen Öffnung – bspw. eines interkulturellen Leitbildes und einer kultursensitiven Öffentlichkeitsarbeit, ohne dabei die nachfolgend beschriebenen Aspekte von Angebots- und Personalentwicklung zu integrieren – seien „zum Scheitern verurteilt“ (Gaitanides 2004b: 35).

Zeman 2002: 88; Zielke-Nadkarni 2003a: 480).<sup>123</sup> D. h. es sind Angebote gefragt, „die auf die besonderen ethnischen, sozialen, kulturellen, religiösen und sprachlichen Prägungen und Bedürfnisse älterer Migranten eingestellt sind“ (BT-Drs. 14/4357: XXX), zugleich jedoch individuelle Lebenssituationen und Bedarfe miteinbeziehen. Die Ausrichtung von Programmen und Angeboten in Altenhilfe und -pflege dürften im Hinblick auf ältere Migranten also nicht grundsätzlich (nur) an ethnischen Gruppenzugehörigkeiten und Herkunftskontexten orientiert werden, auch deshalb, da ebenso für Menschen mit Migrationshintergrund – anders als von der Mehrheitsgesellschaft häufig interpretiert – andere Merkmale von größerer Relevanz sein können (vgl. Zeman 2002: 34).<sup>124</sup>

Über diese allgemeinen Anforderungen hinaus verweisen viele Veröffentlichungen differenziert auf notwendige Veränderungen in der Ausgestaltung der (Pflege-)Angebote: von angepassten Pflegestrukturen, Küchen- und Freizeitangeboten, Räumlichkeiten bis hin zu spezifischen Informations- und Dokumentationsmaterialien.<sup>125</sup> Andere Autoren vertreten dagegen die Auffassung, dass sich Anforderungen einer kultursensiblen Pflege nicht von grundsätzlichen Pflegeanforderungen unterscheiden (vgl. z. B. Koch-Straube 2001: 394).<sup>126</sup> Generell gelte es zu beachten, dass es *den* Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund nicht gebe (vgl. z. B. Celik 2013: 746 im Hinblick auf muslimische Patienten). Vielmehr noch werde sich nach Goris (2009: 141) die Unterschiedlichkeit der Klienten im Laufe der nächsten Generationen weiter vervielfältigen, wodurch folglich auch „das Angebot laufend in Frage gestellt werden und dynamisch bleiben [muss]“.

<sup>123</sup> Für einige Autoren stellt erst die Biographieorientierung die fachliche Basis kultursensitiver Pflege dar (Dezernent für Soziales und Jugend der Stadt Frankfurt am Main 2006: 75; vgl. auch ACkA/KDA 2002: 26).

<sup>124</sup> Einzelne Autoren heben darüber hinaus hervor, dass Bemühungen interkultureller Öffnung und kultursensibler Pflege nicht (mehr) allein auf eine Verbesserung der Versorgungslage von Migranten abzielen, sondern Angehörige aller Minderheiten und Subkulturen einer vielfältigen Gesellschaft im Blick haben (sollen) (vgl. bfw/RISP 2003: 92; Kollak 2002: o. S.; Simon-Hohm 2004: 18).

<sup>125</sup> Die Pflegeanamnese habe auch migrations- und kulturspezifischen Fragen nachzugehen, während die Pflegeplanung und -umsetzung divergente Bedürfnisse und Pflegevorstellungen z. B. durch flexible Pflegezeiten und Tagesabläufe nach individuellen, auch religiösen Wünschen oder geschlechtsspezifische Angebote vorzuhalten habe (vgl. z. B. Baumgartner Biçer 2001; Kohls 2012: 95; Lücke 2013; Polat 2011: 233-238). Neben einem abgestimmten Speise- und Getränkeangebot, offenen Besuchszeiten und der Verrichtung religiöser Feierlichkeiten, wobei gruppenspezifische Unterschiede nicht übersehen werden dürften, solle das interkulturelle Profil einer Einrichtung auch in räumlicher Hinsicht und ihrer äußeren Gestaltung zum Ausdruck kommen. Dies betreffe sowohl das grundsätzliche Ambiente der Dienste, mit der eine einladende Atmosphäre geschaffen werden soll, als auch spezifische Räumlichkeiten wie Gebetsstätten oder eine mehrsprachige Beschilderung innerhalb der Einrichtung (vgl. z. B. ACkA/KDA 2002: 23, 54; Barth 2006: 12; Becker/Wölk 2003: 32 f.; Gaitanides 2001a: 187, 2001b: 206; Köster 2002: 35; Kuckert 2009: 68; Lücke 2013; Oberle 2000; Skodda 2001). Hinzu kommen Forderungen nach spezifischen, d. h. auch muttersprachlich aufbereitete Materialien wie Leistungsverträgen, die Erweiterung von Pflegedokumentationsbögen um ergänzende Rubriken wie etwa die Muttersprache als auch ein muttersprachliches Zeitschriften- und Fernsehprogrammangebot (vgl. z. B. Becker/Wölk 2003: 36 f.). Während zusätzliche Anforderungen an die dem Pflegeprozess vorgelagerte Beratung, sowohl innerhalb der Einrichtungen als auch in den Pflegestützpunkten gestellt werden (vgl. z. B. Baric-Büdel 2001: 102; Döhner/Rothgang 2006: 592; Schmidt 2009: 13 f.; Zeman 2002: 6, 2003: 5), finden zunehmend auch Fragen nach seelsorgerischer Begleitung sowie Überlegungen zur Hospiz- und Palliativbetreuung von Migranten Eingang in den Diskurs (vgl. Celik 2013; Deutscher Verein 2011: 69; DRK Landesverband Westfalen-Lippe e. V. 2013).

<sup>126</sup> Deutlich wird dies auch in solchen Empfehlungen zur interkulturellen Pflege, die sich ebenso auf nichtinterkulturelle Pflegebeziehungen übertragen lassen, wie der notwendige Aufbau von Vertrauensbeziehungen zwischen Pflegekräften und -bedürftigen, eine detaillierte, individuumsorientierte Pflegeanamnese und -beobachtung, ein intensiver Kontakt zu den Angehörigen, die Interessensvertretung der Bewohner durch die Fachkräfte auch gegenüber der Einrichtung selbst, die Umsetzung des Modells der Beziehungspflege u. v. m. (vgl. z. B. ACkA/KDA 2002: 15-37; El-Nawab 2006; Ullrich 2002: 191; Zielke-Nadkarni 2003a: 481).

(2) Als zweite, von manchen Autoren als wesentlich definierte Ebene sehen Konzepte interkultureller Öffnung Maßnahmen der Personalentwicklung vor (vgl. z. B. Handschuck/Schröer 2004: 24; ZQP 2012: 3). An erster Stelle werden dabei Personalentscheidungen in den Blick genommen, wobei eine nichtdiskriminierende Personalauswahl eingefordert wird (vgl. ACKA/KDA 2002: 23; Treber 2005: 125). Um das primäre Ziel die Gewinnung von Mitarbeitern mit eigenem Migrations- oder bikulturellem Hintergrund realisieren zu können, müssten ebenso Stellenausschreibungen kritisch überarbeitet als auch junge Migranten für die Ausbildung in einem Pflegeberuf begeistert werden (vgl. Barth 2006: 11; Deutscher Verein 2011: 71; Domenig 2003: 99 f.; Gaitanides 2011: 209; Habermann 1998: 160; Schwarthans 2006: 42).<sup>127</sup> Durch eine größere Repräsentanz zugewanderter, bikultureller oder mehrsprachiger Fachkräfte versprechen sich viele Autoren eine ‚Magnetwirkung‘, mit deren Hilfe Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund vermehrt für die Dienste gewonnen und Anforderungen an muttersprachliche Angebote sichergestellt werden könnten. Diesen Mitarbeitern wird eine Vermittlungsrolle zugesprochen, die auch den Aufbau von Vertrauensbeziehungen zwischen Pflegekräften und Betreuten über das bisherige Maß hinaus fördern soll.<sup>128</sup> Einschränkung wird in diesen Diskussionen aber meist darauf hingewiesen, dass ein Migrationshintergrund, Mehrsprachigkeit o. ä. alleine kein Einstellungskriterium sei, sondern die fachlichen Qualifizierungen der Bewerber weiterhin ausschlaggebend für die Personalentscheidungen bleiben müssten (vgl. Gaitanides 2002; Martinez 2004: 75 ff.; Rommelspacher 2005: 189; im Fokus auf Jugendhilfe Straßburger 2008: 159 f.).<sup>129</sup> Werden Fachkräfte mit Migrationshintergrund eingestellt, seien die Dienste gefordert, eine gleichberechtigte Aufgabenverteilung als auch gleiche Karrierechancen von Mitarbeitern der Mehrheits- oder Minderheitsgesellschaft(en) sicherzustellen (vgl. Gaitanides 2004b: 35; Ullrich 2002: 190).<sup>130</sup>

---

<sup>127</sup> Politisch seien zugleich die Anerkennung ausländischer Qualifikationsabschlüssen sowie benötigte fachsprachliche Weiterbildungsmaßnahmen für zugewanderte Fachkräfte sicherzustellen (vgl. ACKA/KDA 2002: 84). Andere Autoren sprechen sich jedoch gegen die vermehrte Einstellung von ausländischen Pflegekräften oder Pflegekräften mit Migrationshintergrund aus (vgl. Beck/Eichhorn 2005; Roland 2006). Hamburger (1996: 53) sieht in der Anwerbung junger Migranten für einen Pflegeberuf eine ähnliche Instrumentalisierung wie sie schon die sog. ‚Gastarbeitergeneration‘ erfahren hätte, während Eppenstein und Kiesel (2008: 55) in Diskussionen um eine begünstigte oder quotierte Einstellungspolitik von Mitarbeitern aufgrund ihrer ethnisch-kulturellen Wurzeln einen normativen Widerspruch zu dem prinzipiellen Anspruch auf Gleichberechtigung auf dem Arbeitsmarkt ausmachen.

<sup>128</sup> Dass diese Hoffnungen, Mitarbeiter mit Migrationshintergrund könnten als Vermittler bestehender Angebote insb. in ihre eigenen Communities hinein tätig sein, nicht unbegründet sind, zeigen Schenk et al. (2011: 174) für russischsprachige Senioren auf. In ihrer qualitativen Studie sehen die Autoren einen engen Zusammenhang zwischen einer zunehmenden Erwerbsbeteiligung russischsprachiger Frauen im Pflegesektor und des Wissens der befragten Senioren über Pflegeheime. Dagegen könnte sich auf die Gewinnung türkischsprachiger Altenpflegekräfte negativ auswirken, dass der Beruf Altenpflege in der Türkei in dieser Form nicht vorhanden sei und damit auch in Deutschland von türkischstämmigen Migranten nicht gewählt würde (vgl. Protschka 2012: 1426).

<sup>129</sup> Dass Mitarbeiterteams im deutschen Gesundheitswesen bereits gegenwärtig mehrheitlich multikulturell aufgestellt sind (vgl. Kap. I. 2.), wird in der Diskussion zunehmend beachtet.

<sup>130</sup> Wie Hahn (2011: 89) für die Arbeit von Sozialberatungsstellen feststellt, sei dagegen eine ethnische Aufgabenverteilung häufig gängige Praxis, und zwar auch bei Einrichtungen, die sich interkulturell öffnen wollten (vgl. auch Rommelspacher 2005: 189). Ebenso seien gleichberechtigte Anstellungs- und Aufstiegschancen in vielen Fällen nicht gegeben. Hier zeigt die Praxis, dass viele Pflegekräfte mit Migrationshintergrund ausschließlich als Hilfskräfte angestellt seien und verbreitete Probleme mit der Fachsprache Deutsch zugleich ihre Chancen minimierten, durch Aus- und Weiterbildung höhere Positionen einzunehmen (vgl. Baric-Büdel/Barth 2011: 46).

Neben den Personalentscheidungen komme den Kommunikationsstrukturen eine wesentliche Rolle in interkulturellen Öffnungsprozessen zu (vgl. z. B. Jakubeit 2005: 239). Während die einen Autoren sprachliche Hürden demnach auch als die zentrale Barriere in interkulturellen Beziehungen beschreiben, die überwunden werden müssten (vgl. z. B. Crisand 2007: 22), rufen andere Autoren dazu auf, sprachliche Differenzen nicht hervorzuheben (vgl. z. B. El-Nawab 2006). Zwar gewinnen daran anschließend Kommunikationsformen und -mittel, die über verbale Kommunikationselemente hinausgehen,<sup>131</sup> in der Literatur zunehmend Beachtung, dennoch bleibt der Fokus häufig auf vorhandenen fremdsprachlichen Kenntnissen stehen. In der Folge werden insbesondere die Schaffung und der Einsatz einrichtungsinterner oder -externer Übersetzerdienste diskutiert.<sup>132</sup>

Über die einzelne Fachkraft hinaus wird auch die Bildung interkultureller Teams als wichtiger Beitrag interkultureller Öffnung bewertet (vgl. z. B. Wießmeier 2004: 30), deren „Bereicherungseffekt“ (Gaitanides 2004b: 35) jedoch „erst durch systematische und meist auch angeleitete Teamentwicklung“ (ebd.) erfolgen kann.<sup>133</sup> Daneben seien interkulturelle Aus-, Fort- und

<sup>131</sup> Nicht nur könne bereits ein überschaubares Repertoire an sprachlichen Mitteln und Schlüsselwörtern in der Pfleger-Betreuten-Kommunikation für einen adäquaten Pflegeprozess genügen, sondern sei vor allem auch auf nonverbale Kommunikationsmittel zurückzugreifen, aber auch Rücksicht zu nehmen. Während etwa der Einsatz von visuellen Instrumenten wie Bildern oder Piktogrammen empfohlen wird, dürfe gleichzeitig die große Bedeutung nonverbaler Kommunikationsformen, von Mimik, Gestik, Körperhaltung oder Redestilen und Tonlagen nicht übersehen werden. Da diese Elemente etwa 60 Prozent einer Kommunikation charakterisieren, dabei jedoch zumeist unbewusst Verwendung finden und zudem vieldeutig interpretiert werden können, gelte es sowohl eine reflexive Sensibilität für die eigene Körpersprache als auch Erfahrung hinsichtlich der nonverbalen Kommunikationsmuster des Gegenübers zu gewinnen (vgl. Altorfer/Käsermann 2001; ACKA/KDA 2002: 23, 35; Auernheimer 2005: 17; El-Nawab 2006; Jenrich 2004; Koch-Straube 2001: 394).

<sup>132</sup> Meist werde in medizinischen und pflegerischen Kontakten in Deutschland immer noch auf Dolmetscherleistungen von Laien – nichtqualifiziertes Personal oder Familienangehörige – zurückgegriffen. Nur in den seltensten Fällen stünden qualifizierte Fachkräfte für diese Aufgabe zur Verfügung, trotz der vielfältigen Bedenken, die gegen Laienübersetzer sprechen, wie etwa fehlende disziplinäre Kenntnisse oder mangelnde emotionale Distanz. Sind professionelle Dolmetscherdienste vorhanden, würde häufig aus Zeit- und Kostengründen nicht auf diese zurückgegriffen. Daraus leiten sich Forderungen ab, vorrangig staatlich finanzierte Dolmetscherdienste und -zentren, teils in den Einrichtungen, teils zentral als Gemeindedolmetscher- oder Telefondienste organisiert, einzurichten. Nur so könne eine gleichberechtigte gesundheitliche Versorgung für alle Patienten und Pflegebedürftigen in Deutschland sichergestellt werden. Bis solche Forderungen aber tatsächlich umgesetzt werden, wird den Einrichtungen empfohlen, eine Sprachbestandsaufnahme innerhalb ihrer Mitarbeiterschaft durchzuführen, um so einen internen Dolmetscherdienst zu organisieren, was in der Praxis auch in vielen Fällen umgesetzt werde. Damit würde auch dem Anspruch interkultureller Öffnungskonzepte nach einer besseren Nutzung vorhandener Kompetenzen in den Einrichtungen entsprochen. Damit eine gegenseitige Kommunikationsfähigkeit zwischen Pflegekräften und -bedürftigen auf Dauer sichergestellt werde, müsste Kommunikation als Leistungsmerkmal durch die Kostenträger anerkannt werden (vgl. bfw/RISP 2003: 99; Celik 2013: 748; Domenig 2001: 154, 2003: 100; FkA 2012c: 3; Geiger 2005: 63; Habermann 2002: o. S.; Koch-Straube 2001: 394; Ledyaiikina/Uebelacker/Borde 2007: 101-109; Netzwerk Migration in Europa e. V. 2012b; Neuber 2005: 652 f.; Rommelspacher 2005: 188; im Hinblick auf Krankenhäuser David 2011: 37; im Hinblick auf Arzt-Patienten-Gespräch Ilkilic 2002: 64-78, 2007: 1587; im Hinblick auf Therapeuten-Patienten-Kommunikation Wiedl/Marschalck 2001: 23). Eberding und Schlippe (2001: 279) weisen jedoch auch kritisch darauf hin, dass das Hinzuziehen eines Übersetzers in ein Beratungs- oder Betreuungsgespräch zu einer gesteigerten „Komplexität des Behandlungssettings von einer dyadischen in eine triadische Konstellation“ beitrage.

<sup>133</sup> Ziel müsse es sein, gemeinsame Teamstrukturen und zentrale Vorsätze im Dialog zu erarbeiten, eine Verständigung auf allgemeingültige Kommunikationsformen zu verfolgen, gegenseitige Erwartungen offen zu legen, die Herausbildung eines solidarischen Miteinanders, Wir-Gefühls und guten Betriebsklimas zu fördern und gemeinsame Strategien zur Konfliktlösung zu institutionalisieren. Letzteres impliziert zugleich, die Gefahr der Ethnisierung von Konflikten zu berücksichtigen und eine reflexive Auseinandersetzung mit Vorurteilen und Stereotypen zu begünstigen, wie sie etwa in der Abwertung der Kompetenzfähigkeit von Fachkräften, die der deutschen Sprache nicht vollständig mächtig seien, häufig anzutreffen sei. Um die bisher zumeist ungenutzten Ressourcen

Weiterbildung der Mitarbeiter in allen Einrichtungsbereichen und -ebenen – aber auch von Praxisanleitern und Pflegegutachtern – von zentraler Bedeutung (vgl. z. B. BMFI 2012: 329; Gaitanides 2011: 210; Schilder 2012: 208; Stanjek 2006: 3). Darin spiegelte sich erneut die Vorstellung interkultureller Öffnung als individueller und institutioneller Bildungsprozess wider (vgl. Filsinger 2006: 18). Neben Schulungsangeboten soll eine interkulturelle Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter auch durch bereitgestellte Lern- und Informationsmaterialien sowie interne und externe Beratungsangebote erfolgen (vgl. z. B. ACkA/KDA 2002: 81; Koptelzewa 2004: 18 ff.; Schopf/Naegele 2005: 384). Dabei sollen im Wesentlichen interkulturelle Kompetenzen – auf die später noch genauer eingegangen wird –, kultur- und migrationspezifisches Wissen<sup>134</sup> sowie kommunikative Fähigkeiten vermittelt werden (vgl. z. B. Becker/Wölk 2003: 32; Gaitanides 2004b: 36; Geiger 2005: 60 f.; Kollberg 2005: 36-41; Ullrich 2002: 192). Um kultursensible Pflege in Aus-, Fort- und Weiterbildung flächendeckend institutionalisieren zu können, sei das Engagement der (Aus-)Bildungsinstitutionen und Hochschulen gefragt (vgl. BBfA 2002: 316; Filsinger 2006: 18). Die Altenpflegeeinrichtungen sind zudem gefordert, ihrem Personal die notwendigen Zeitressourcen als auch finanziellen Mittel zur Verfügung zu stellen, Fortbildungsangebote wahrzunehmen (vgl. Handschuck/Schröer 2000: 88).<sup>135</sup>

Konzepte interkultureller Öffnung beinhalten darüber hinaus Ansprüche, die die persönlichen Einstellungen und Haltungen der Fachkräfte tangieren. Aus der Pluralität der Klientel ließen sich etwa die Anforderungen ableiten, die Realität von Interkulturalität wahrzunehmen und zu akzeptieren, Migranten als Klientel der Regeldienste anzuerkennen, sie wertzuschätzen und

---

eines multinationalen Teams auszuschöpfen, müssten Zeitfenster für solche Reflexionen auch in Form von Supervisionsangeboten zur Verfügung gestellt, gleichberechtigte Strukturen innerhalb des Teams gewährleistet und ein hohes eigenverantwortliches Engagement jedes einzelnen Mitarbeiters vorausgesetzt werden. Darauf gründen Erwartungen nach einer gestiegenen fachlichen Kompetenz sowie erfolgreicherer Problemlösungsstrategien, indem aus einer konstruktiven Nutzung vielfältiger Denk- und Handlungsmuster Synergien für die alltäglichen Aufgaben in der Pflege gewonnen werden können. Notwendig seien dafür aber auch sanktionsfreie Räume offener Kommunikation zu schaffen und Widerstände gegen interkulturelle Öffnungsprozesse ernst zu nehmen (vgl. ACkA/KDA 2002: 13, 24, 27, 42, 62-66; Buchinger 2012: 39, 2013: 251; Gaitanides 2004b: 35, 2011: 210; Grieger 2011: 13; Hinz-Rommel 2000a: 54 f.; Köhler 2012; Kollak 2002: o. S.; Kollak/Friebe 2002: 5; Mucciollo-Madler 2003: 205; Rommelspacher 2005: 189; Settlemeyer 2009: 250; Ullrich 2002: 190). Für ein Projekt zur Teamentwicklung eines interkulturell zusammengesetzten Mitarbeiterstabs in einer stationären Altenpflegeeinrichtung siehe Weber (2005).

<sup>134</sup> Darunter werden beispielsweise Wissen über Migrationsverläufe und -motive, sozio-kulturelle Lebenssituationen im Aufnahmeland, Problemlagen und Ressourcen, Diskriminierungserfahrungen, rechtliche und politische Bedingungen als auch Kenntnisse über die Herkunftsländer und dort bestehende Lebensverhältnisse verstanden (vgl. ACkA/KDA 2002: 88 f.; Becker/Wölk 2003: 29; Goris 2009: 138; Koch-Straube 2001: 395; Kruse 2008: 48; Straßburger 2008: 157 f.). Keinesfalls dürfte vermitteltes Wissen, das auf ethnisch-kulturelle Sitten oder Länderinformationen fußt, jedoch anders als in Form eines Hintergrundwissens verstanden werden, auch da Senioren mit Migrationshintergrund „nicht auf eine einzige, angeblich fortbestehende ‚Kultur‘ ihres einstigen Herkunftslandes festgeschrieben werden können“ (Kollewe 2012: 27; vgl. auch Bose/Terpstra 2012: 25; Jäger 2010: 6).

<sup>135</sup> Skeptikern interkultureller Öffnung im Allgemeinen sowie interkultureller Weiterbildungsmaßnahmen im Besonderen hält Gaitanides (2006: 23 f.) den aus den Trainings resultierenden Mehrwert für die Fachkräfte und Einrichtungen entgegen, „dass sie durch die Fortbildung lernen können erfolgreicher und stressfreier mit der nichtdeutschen Klientel umzugehen, dass sie die Konkurrenz von MigrantInnen als KollegInnen nicht zu fürchten brauchen und im Gegenteil die Problemlösungskapazität der Einrichtung durch das gemischte Team wächst, dass insgesamt die beruflichen Handlungsspielräume durch interkulturelle Öffnungsprozesse erweitert werden“ (ebd.: 24). Weitere Erwartungen an den Ertrag von Bildungsangeboten zu interkulturellen Themen fassen der Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege und das KDA (2002: 82) zusammen.

zu respektieren sowie jeden Klienten individuell zu berücksichtigen, d. h. auch individuelle Lebenslagen und Wertorientierungen ebenso anzuerkennen wie eine offene Haltung gegenüber persönlichen Akzentuierungen von Persönlichkeits- und Gruppenmerkmalen einzunehmen. Das bedeutet zugleich, dass die Lebensweltexpertise jedes Klienten Geltung erfährt und die Übertragung allgemeiner Gruppenvorstellungen auf den Einzelnen vermieden werden (vgl. ACkA/KDA 2002: 22; Auernheimer 2005: 20; Dietrich 2001: 145; El-Nawab 2006; Filsinger 2006: 14; Koch-Straube 2001: 395; Kruse 2008: 49; Straßburger 2008: 154, 157, 2009: 230, 233; Zielke-Nadkarni 2003a: 482). Dies könne durch eine konsequente Adressaten-, Lebenswelt-, Biographie- und Ressourcenorientierung und durch einen dialogisch gestützten Pflegeprozess ermöglicht werden (vgl. ACkA/KDA 2002: 12; Filsinger 2006: 14).

Ebenso seien die Fachkräfte aufgefordert, Rücksicht auf die Privatsphären und Schamgefühle ihrer Klienten zu nehmen und sie darin zu unterstützen, Fremdheitsgefühle abzubauen (vgl. Baumgartner Biçer 2001: 275; Straßburger 2009: 232). Dabei gelte es entgegen einer unausgewogenen Opferperspektive, die interkulturellen Fähigkeiten, die bspw. Migranten der ersten Generation in Deutschland häufig über mehrere Jahrzehnte hinweg eingeübt haben, wahrzunehmen (vgl. Koch-Straube 2001: 389). Um schließlich den Anspruch einer adäquaten Pflege und Betreuung, die auf die individuellen Bedürfnisse der Klienten abgestimmt sind, erfüllen zu können, bedürfen Mitarbeiter einer Einrichtung, die sich als kultursensibel und interkulturell geöffnet versteht, nicht zuletzt einer stets suchenden, fragenden und explorativen Haltung. Das impliziert, dass Fachkräfte von einer Haltung, stets das fachlich richtige Wissen zu besitzen, in interkulturellen Pflegebeziehungen abrücken und die eigenen Auffassungen mit denjenigen der Pflegebedürftigen abgleichen (vgl. ACkA/KDA 2002: 28; El-Nawab 2006; Ertl 2001: 131 f.; Schmidt-Fink/Zwick 2002; Zielke-Nadkarni 2003b: 7). Auch wenn Kulbach (2007: 134) von dem Ziel interkultureller Öffnung einer „Gleichbehandlung von Personen der Mehrheitsgesellschaft und Menschen mit Migrationshintergrund“ spricht, trifft der Ansatz des Arbeitskreises Charta für eine kultursensible Altenpflege und des KDA (2002: 27) die mehrheitliche Ausrichtung in diesem Diskursfeld weit besser, wenn sie „Gleichwertigkeit anstelle von Gleichbehandlung ins Zentrum der Pflege“ stellen.<sup>136</sup>

Verbunden werden diese Ansprüche an kultursensible Fachlichkeit meist in Modellen interkultureller Kompetenz, die jedoch disziplinär verschieden und teils sehr vage sind (vgl. Auernheimer 2005: 15; Habermann 2003: 13; Lima Curvello 2009: 253; Reinhardt 2009: 143).<sup>137</sup> Nach Aschenbrenner-Wellmann (2012b: 11 ff.) beruhen die geläufigsten Beschreibungen interkultureller Kompetenzen auf Merkmalslisten, die Persönlichkeits- und Einstellungsmerkmale, kognitive, affektive, kommunikative und/oder soziale Kompetenzen betreffen und je

<sup>136</sup> Denn wie Rommelspacher (2005: 185) ausführte: „Alle Menschen gleich zu behandeln, ist ein Grundanliegen von Humanität und demokratischem Selbstverständnis. Um Menschen gleich zu behandeln, kann es jedoch gerade notwendig sein, Unterschiede zu machen – also Ungleiches ungleich zu behandeln. Gleichheit im Sinne von Gleichwertigkeit ist nicht identisch mit Gleichförmigkeit (vgl. im englischen den Unterschied zwischen equality und sameness). Insofern kann Gleichbehandlung dazu dienen, Unterschiede zu verfestigen.“

<sup>137</sup> Nach Eppenstein und Kiesel (2009: 223) kann interkulturelle Kompetenz folglich als ein „Sammelname für Reaktionen auf Migrationsfakten“ oder nach Zalucki (2003: 164) als „eine Form von ‚nachholender Entwicklung‘ [...] in einer Gesellschaft, die sich längst durch eine Vielfalt an Lebenspraxen auszeichnet, deren Pluralität jedoch von offizieller Seite noch nicht in ausreichendem Maße anerkannt wird“, verstanden werden.

fachdisziplinär und berufsspezifisch unterschiedliche Schwerpunkte besäßen (vgl. auch Helck 2013: 54).<sup>138</sup> Koptelzewa (2004: 64) kristallisiert aus der Vielfalt an Konzepten jedoch ein übereinstimmendes Verständnis interkultureller Kompetenz heraus, die sie als Fähigkeit beschreibt mit kulturell Anderen bzw. in kulturellen Begegnungen erfolgreich handeln zu können.<sup>139</sup> Während dieses Verständnis weiterhin auf die Beziehung von Einheimischen und

---

<sup>138</sup> Im Hinblick auf die Haltung, die als Teil einer interkulturell kompetenten Person gewertet wird, wird im Wesentlichen betont, dass der Fokus auf Gemeinsamkeiten mit dem Gegenüber gelegt, Differenzen jedoch zugleich nicht übersehen werden sollen (vgl. z. B. Bäurle 2004; Rommelspacher 2005: 186); dem Anderen mit Offenheit, Empathie und Neugier begegnet wird (vgl. z. B. Eberding/Schlippe 2001: 265; Kruse 2008: 47; Schilder 2006: 165); neues Wissen, das bspw. über Migrationszusammenhänge oder Herkunftsländer erworben wird, nicht als Faktenwissen absolut gesetzt, sondern vielmehr im Dialog überprüft und als (individuell) bedeutungsflexibel erkannt wird (vgl. z. B. Handschuck/Klawe 2010: 45; Schilder 2006: 165); mit eigenen Einstellungen, Werten, Handlungs- und Kommunikationsweisen sowie bestehendem Wissen, Machtverhältnissen und möglichen Vorurteilen (selbst-)reflexiv umgegangen wird (vgl. z. B. Gaitanides 2002, 2004a: 7; Kollak 2003: 58; Schrör 2009: 210; Zeman 2002: 21); das eigene Orientierungssystem als eines unter vielen möglichen begriffen wird (vgl. z. B. Bäurle 2004); konsequent personenorientiert gehandelt wird, d. h. sowohl die persönliche Biographie und Lebenssituation des Gegenübers zu berücksichtigen als auch individuelle Bewertungen, Bedürfnisse und Ansprüche zu respektieren und damit auch den Anderen als „Experte in eigener Sache“ (Rommelspacher 2005: 184) wertzuschätzen (vgl. z. B. auch Eppenstein/Kiesel 2009: 224 f.; Zeman 2004: 5). Daneben werden Ambiguitätstoleranz, Konfliktfähigkeit, kommunikative Kompetenz, flexible und kreative Handlungsschemata sowie migrationsspezifisches Wissen als weitere zentrale Teilkompetenzen interkultureller Kompetenz verstanden (vgl. z. B. Gaitanides 2004a: 16; Habermann 2002: o. S.; Handschuck/Klawe 2010: 42; Schilder 2006: 165; Zeman 2004: 5). Die Qualität von Weiterbildungsmaßnahmen zu interkulturellen Fragen und Kompetenzen bemesse sich schließlich im Wesentlichen an der reflexiven Aufarbeitung gesellschaftlicher Vorurteile und Stereotype sowie kritischen Analyse diskriminierender gesellschaftlicher Bedingungen (vgl. Aschenbrenner-Wellmann 2012a: 165).

<sup>139</sup> Doch auch der den Konzepten enthaltene Kultur-Begriff bleibt nicht frei von Diskussionen (vgl. z. B. Zalucki 2003: 164). Während Autoren wie Leininger vorgeworfen wird, veralteten Bildern von ‚Kultur(en)‘ als starre, voneinander abgeschlossenen Kugeln oder Kreisen anzuhängen, spricht sich die Mehrheit der Autoren für ein Kulturverständnis aus, das Kultur als ein dynamisches Deutungs-, Orientierungs- oder Symbolsystem begreift (vgl. z. B. Dietrich 2001: 148; Dornheim 2003: 65-72; Zielke-Nadkarni 2003b: 7). Jedoch wird dem Kultur-Begriff als neues, nichtrassistisches Kategoriensystem häufig eine ähnliche Abgrenzungstendenz wie dem Rasse-Begriff unterstellt. Nicht nur gründe der Kultur-Begriff auf ebenso abstrakten Beschreibungsmerkmalen – bspw. modern vs. vormodern –, welche nicht in der Lage sind, die Wirklichkeit abzubilden, sondern zieht er durch die Festlegung von Nicht-Dazugehörigen und Dazugehörigen zugleich feste – zum Teil hierarchisierende – Grenzen zwischen einzelnen Personen und sozialen Gruppen. Dabei erfolgt die Anwendung des Kultur-Begriffs primär im Fokus auf den Anderen und nur selten bezogen auf sich selbst oder die Eigengruppe (vgl. z. B. Rieser 2000; Rommelspacher 2005: 184; Uzarewicz 2004: 12 ff.). Mit der Betonung des Kulturellen gingen zudem Gefahren der Kulturalisierung, Essentialisierung und Homogenisierung einher. Nicht nur würden soziale Tatsachen vordringlich kulturell begründet und damit andere Erklärungsmuster, wie bspw. sozio-strukturelle Ursachen für soziale Problemlagen, außer Acht gelassen, sondern eine Person auf ihre oder seine kulturelle Herkunft reduziert, die zugleich als intern homogen verstanden wird (vgl. z. B. Eppenstein 2007: 32 f.; Nestvogel 2004: 350). Um jedoch auch nicht einer Blindheit gegenüber kulturellen Besonderheiten zu verfallen, gelte es ein Gleichgewicht zwischen der Fokussierung und dem Außerachtlassen von „Kultur“ herzustellen, was Gaitanides (2002: 5) als „dynamisches, nicht-essenzielles Kulturverständnis“ beschreibt, das „das konkrete Individuum mit all seinen biographischen Brüchen und Umbrüchen im Auge behält“. Wenn Fachkräften schließlich kulturelle Beschreibungen an die Hand gegeben werden, müssten diese stets als exemplarisch begriffen werden. So gäbe es auch keine ‚Anleitungen‘ oder ‚Rezepte‘ für die Pflege von Migranten (vgl. Bäurle 2004; Friebe 2002: 75; Kuckert 2009: 71). Für Dornheim (2004: 141) heißt dann kultursensibel agieren auch: „Kulturelles Orientierungswissen zu besitzen, situationsangemessen zu aktivieren und kommunikativ kompetent zu handhaben“. Würden neben diesen kulturtheoretischen Diskussionspunkten zudem Fragen von Machtkonstellationen ausgeklammert, gerieten nach Eppenstein (2007: 32) „Kataloge interkultureller Kompetenz [...] schnell zu einer Ansammlung von ‚Zauberformeln‘“. Während einige Autoren versuchen dem Kultur-Begriff innewohnenden Problem durch Neuformulierungen zu entgehen – bspw. anstelle von interkultureller Pädagogik von einer Pädagogik der Vielfalt zu sprechen – sehen Andere im Begriff der Transkulturalität eine Überwindung starrer Kultur-Verständnisse sowie Abgrenzungstendenzen multi- oder interkultureller Konzepte (vgl. z. B. Dornheim 2003: 77 f.; Handschuck/Klawe 2010: 35; Uzarewicz 2007). Während dem Interkulturellen aus dieser Perspektive noch eine stärkere Betonung des Unterschiedlichen bescheinigt wird, stehe das Transkulturelle für die Gewichtung von Ge-

Migranten fokussiert, sehen andere Autoren interkulturelle Kompetenzen auch dann als erforderlich an, wenn Personen unterschiedlicher innergesellschaftlicher Milieus, Subkulturen oder allgemeiner gesprochen „andere ‚Träger‘ kultureller Pluralität“ (Handschuck/Klawe 2010: 13) in Austausch miteinander treten (vgl. auch Fischer 2005: 36). An dieser Stelle greift etwa das Verständnis von Eppenstein und Kiesel (2009: 224) von einer Kompetenz in interkulturellen Begegnungen als „Fähigkeit, neue, fremde oder unbekannte Situationen angemessen deuten und in die professionelle Handlungsvollzüge integrieren zu können“.

Trotz vieler Diskrepanzen in den Vorstellungen von interkultureller Kompetenz herrscht weitgehende Übereinstimmung darin, dass es sich hierbei nicht um eine Spezialkompetenz handelt, die etwa von einem bestimmten Kreise von Mitarbeitern erwartet wird, sondern als eine Schlüsselkompetenz Integration in die Curricula von Aus-, Fort- und Weiterbildung erhalten muss (vgl. z. B. Treber 2005: 124). Daneben sei nach Reinhardt (2009: 144), trotz der Unbestimmtheit des Begriffs, klar, „was interkulturelle Kompetenz nicht ist. Es ist nicht nur eine bloße Technik, die mit verschiedenen, in Trainingseinheiten geübten Instrumenten erlernt werden kann“, auch wenn dies – worauf auch Eppenstein und Kiesel (2009: 222) verweisen – eine verbreitete Vorstellung von interkulturellen Kompetenzen ist.<sup>140</sup> Für Schilder (2006: 164) ist interkulturelle Kompetenz im Pflegeprozess schließlich „ein immer wieder neu herzustellendes und Veränderungen unterliegendes dynamisches Vermögen Pflegenden [...], sich in der Pflegesituation auf die Themen der pflegebedürftigen Person auszurichten und diesen mit ihrem Arbeitsauftrag abgleichen zu können“.<sup>141</sup>

(3) Ergänzend zu den Veränderungen, die eine interkulturelle Öffnung auf der organisationalen und personellen Ebene vornimmt, seien schließlich Beziehungs- und Kooperationsstrukturen mit der sozialen Umwelt der Einrichtungen neu zu gestalten (vgl. z. B. Fischer 2007: 43). Fokussiert wird dabei erstens die umfassende Partizipation von Klienten und potenziellen Nutzern, insbesondere namentlich ältere Migranten, im interkulturellen Öffnungsprozess der Einrichtungen und zwar vom Beginn der Planungen an (vgl. z. B. Kollwe 2012; Simon-Hohm 2004: 27 f.).<sup>142</sup> Zweitens solle die Gewinnung und Förderung von Ehrenamtlichen und Multiplikatoren vorangetrieben werden, die eine Brücke zwischen der neuen Zielgruppe sowie dem sich interkulturell öffnenden Dienst schlagen könnten (vgl. z. B. Gaitanides 2001a:

---

meinsamkeiten. Dies impliziere zugleich eine nicht kulturalisierende, homogenisierende oder essentialisierende Sicht auf den Einzelnen (vgl. z. B. Rommelspacher 2005: 183; Uzarewicz 2003: 30-35, 2004: 15).

<sup>140</sup> Tatsächlich bejaht die Mehrheit der Autoren die Frage, ob interkulturelle Kompetenz erlernbar sei. Dabei sei der Lernprozess jedoch im Wesentlichen als ein „Bildungsprozess ‚an sich selbst““ (Eppenstein 2007: 31) und das erlernte Wissen als situationsabhängig und nicht routiniert handhabbar zu verstehen (vgl. Eppenstein/Kiesel 2009: 224).

<sup>141</sup> Da mit Fremdsprachenkenntnissen oder aber einem eigenen Migrationshintergrund nicht per se interkulturelle Kompetenzen einhergingen (vgl. z. B. Dietrich 2001: 146) – eine Auffassung, die nicht selten zu sein scheint (vgl. Stauf/de Paz Martínez 2011: 13) – oder wie Schwarthans (2006: 42) es ausdrückt, interkulturelle Kompetenzen nicht vererbt würden, sondern erworben werden müssten, seien Weiterbildungsangebote mit interkulturellem Schwerpunkt auch für Mitarbeiter mit Migrationshintergrund zu ermöglichen.

<sup>142</sup> Daran anknüpfend wird zugleich die allgemeine Förderung älterer Migranten zur gesellschaftlichen Beteiligung, Repräsentation und Artikulation ihrer Interessen vielfach betont (vgl. DRK/FkA 2008: 12; Kruse 2008: 56; Zeman 2003: 5).

187; Matthäi 2006: 3; Heinecker/Pohlmann/Leopold 2012: 123; Klein 2013: 22).<sup>143</sup> Drittens sei die Kooperation und Vernetzung mit Fachdiensten und Vereinen aufzubauen. Dazu werden insbesondere Migrationsfachdienste und -sozialberatungsstellen,<sup>144</sup> andere Altenhilfe-, Altenpflegeeinrichtungen und Altenhilfeträger<sup>145</sup>, kommunale Behörden sowie Migrantenselbstorganisationen<sup>146</sup> und Religionsgemeinschaften, aber auch muttersprachliche Ärztinnen und Ärzte gezählt. Zudem biete es sich an, Fachgruppen oder Qualitätszirkel zum Austausch von Wissenschaft und Praxis einzurichten und weiterführende Forschungsbemühungen voranzutreiben (vgl. z. B. AChA/KDA 2002: 25; Baric-Büdel 2003: 135; Baric-Büdel/Springer 2011: 208; Deutscher Verein 2011: 69; Döhner/Rothgang 2006: 592; Domenig 2001: 155; FkA 2012b, 2012c: 9; Gerling 2009: 140; Handschuck 2009: 237; HMFAS 1998c: 49; Riesgo Alonso 2011; Ruspini 2010: 22; Ullrich 2002: 190 f.; ZQP 2012: 3). Um ein funktionierendes Kooperationsnetzwerk aufzubauen und zu erhalten gelte es zu beachten, dass alle relevanten Akteure beteiligt, strukturierende Regelungen für die Zusammenarbeit sowie für mögliche Konflikte getroffen und eine nachhaltige Verankerung der Kooperation sichergestellt werde (vgl. Ernst 2004: 62). Bei den Zusammenschlüssen sollte eine Zielgruppenorientierung auf ältere Migranten gewährleistet sowie im Hinblick auf Vertreter ethnischer Netzwerke und Vereine auf eine partnerschaftliche Kooperation Wert gelegt werden (vgl. DRK/FkA 2008: 85; Zeman 2005: 79).

Mit einem solchen Aufbau institutionalisierter Umweltbeziehungen gehen verschiedene Erwartungen einher: Der Austausch verschiedener Erfahrungen, Ideen, Ansichten und Wissen, die Bündelung von Ressourcen, eine Verbesserung des Informationsflusses, die Erschließung neuer Ressourcen und eine gesteigerte Öffentlichkeit sind einige davon. Zudem zielen die anvisierten Kooperations- und Vernetzungsstrukturen nicht nur darauf ab, potenzielle Klienten, sondern ebenso die Kinder- und Enkelgeneration zu erreichen, der nicht selten die (Mit-)Entscheidung für die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen obliege, und Fachkräfte mit Migrationshintergrund für die Arbeit in den Regeldiensten zu gewinnen (vgl. BMFI 2010: 313; DRK/FkA 2008: 85; Ernst 2004: 65 f.; Sebibucin 2006: 44). Nicht übersehen werden

---

<sup>143</sup> Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP 2012: 4) denkt hierbei etwa auch an die Einführung eines Pflegeleitsen-Systems aus Personen, „die selbst einen Einwanderungshintergrund haben und daher kulturelles Wissen von den Vorstellungen älterer Migranten mit den Kenntnissen über das deutsche Pflegesystem verbinden“ könnten.

<sup>144</sup> Die Zusammenarbeit müsse dabei gleichberechtigt ausgestaltet sein und dürfe nicht, wie häufig geschehen, zur Instrumentalisierung der Migrationssozialdienste als Übersetzungshilfen verkommen (vgl. Gaitanides 2011: 208).

<sup>145</sup> Nach Hinz-Rommel (1998: 40) stellen die Verbände und Träger sozialer Dienste den Kern aller Bemühungen dar. So sei es auch geboten, dass sich die Trägerebene selbst einer interkulturellen Öffnung nicht nur ihrer Einrichtungen, sondern auch der eigenen Organisation verschreibe und ihr eine vorrangige Stellung im Aufgabenspektrum zuweise (ebd.; vgl. auch Gaitanides 1999: 44).

<sup>146</sup> „In den MO [Migrantenorganisationen, BS] erscheint der Migrant nicht als Hilfe Suchender oder als Objekt der Betreuung, sondern als organisierter Bürger und sich selbst artikulierendes Subjekt“ (Riesgo Alonso 2011: 26). In der Zusammenarbeit mit ihnen bedarf es folglich eines Perspektivenwechsels der sozialen Dienste von einer Kunden- zu einer dezierten Bürgerorientierung, die Migranten als gleichberechtigte Bürger mit Teilhabe- und Partizipationsrechten anerkennt (ebd.: 27). Es dürfe jedoch zugleich nicht (mehr) erwartet werden, dass Migrantenselbstorganisationen ihr Wissen und ihre Erfahrungen umsonst bereitstellen. Vielmehr müsse davon ausgegangen werden, dass eine Zusammenarbeit heute nur noch dann zustande kommt, wenn für beide Kooperationspartner ein Gewinn zu erwarten sei (vgl. Knoche et al. 2014: 399 f.).

dürften jedoch auch die Schwierigkeiten innerhalb kooperierender Netzwerke, wie etwa häufig vorherrschendes Konkurrenzdenken zwischen den Beteiligten (vgl. Ernst 2004: 68).

Neben den drei soeben beschriebenen Strategieebenen kann im Blick auf die Literatur zu Konzepten interkultureller Öffnung schließlich zwischen engen und weiten Vorstellungen dieses Prozesses unterschieden werden. Während enge Überlegungen einzelne Aspekte wie eine mehrsprachige Ausrichtung von Einrichtungen anvisieren, spiegeln weite Konzepte einen umfassenden Personal- und Organisationsentwicklungsprozess wider (vgl. Filsinger 2006: 14). Vertreter solcher weiten Interpretationen von interkultureller Öffnung kritisieren sodann auch Ansätze oder Umsetzungsstrategien, die – wie häufig erfolgt – bspw. alleine auf die Weiterbildung und -qualifikation der Mitarbeiter setzen. Diese sei zwar ein notwendiger, aber nicht ausreichender Schritt auf dem Weg zu einer interkulturell offenen Organisation. Vielmehr bedarf es eines umfassenden Weiterentwicklungsprozesses, der die organisationalen Strukturen und Angebote, das Personal als auch die Umweltbeziehungen der Einrichtung mit einbezieht (vgl. Domenig 2007: 342; Fischer 2007: 44 f.; Jakubeit 2005: 239). Die Kunst bestehe nach dem Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege und dem KDA (2002: 46) aber darin, eine interkulturelle Öffnung auf allen drei Ebenen zu erreichen, „ohne durch eine zu hohe Komplexität, Überforderungen und Lähmung auszulösen“. Grundsätzlich müsste dabei beachtet werden, dass es keine allgemeingültigen Rezepturen einer interkulturellen Öffnung gebe, sondern jeder soziale Dienst seinen „Mix‘ selbst entwickeln“ (Hinz-Rommel 1998: 41) muss (vgl. auch AChA/KDA 2002: 45). Gleichzeitig werden die Entwicklungsschritte eines interkulturellen Öffnungsprozesses von einzelnen Autoren jedoch in ein klares Schema von nacheinander ablaufenden Phasen (vgl. z. B. Jakubeit 2005: 252 f.) oder Dimensionen (vgl. z. B. Becker/Wölk 2003: 18 f.) eingeordnet.

Damit ein interkultureller Öffnungsprozess erfolgreich verlaufen kann, müsse die Zuständigkeit der Dienste für (ältere) Migranten im Sinne eines professionellen Handelns als selbstverständlich wahrgenommen werden und traditionelle Denkstrukturen wie auch eingefahrene Handlungsstrategien und Kompetenzbereiche überwunden werden (vgl. Hinz-Rommel 1998: 40; Naegele 1998b: 137). Dabei ist die „Bereitschaft, die eigene Praxis immer wieder in Frage zu stellen und gegebenenfalls zu korrigieren“ (Hinz-Rommel 1998: 38), ebenso gefragt wie die Aufgabe der Einrichtungsträger, den fortlaufenden Prozess interkultureller Öffnung immer wieder von Neuem anzutreiben, damit „der interkulturelle Arbeitsansatz nicht in Gefahr [...] gerät, den alltäglichen Anforderungen zum Opfer zu fallen“ (ebd.).

### ***Schlussbemerkungen***

Spätestens seit den 1990er Jahren ist in Deutschland ein stetig wachsendes Forschungsinteresse an Fragen von Alter und Migration festzustellen, während zumindest für einen Teil der Praxis von Altenhilfe und -pflege ältere Menschen mit Migrationshintergrund zu einer ‚neuen‘ Klientel erwachsen sind. Um den Bedürfnissen und Bedarfslagen älterer Migranten in der pflegerischen Betreuung gerecht zu werden, hat sich unter der konzeptionellen Fassung einer interkulturellen Öffnung die Forderung an Altenpflegeeinrichtungen entfaltet, ihre Organisationen strukturell, personell und im Hinblick auf ihre Umweltbeziehungen weiterzuentwi-

ckeln. Studien, die sich bisher mit der professionellen Pflegepraxis im Hinblick auf ältere Migranten beschäftigt haben, konzentrieren sich im Wesentlichen darauf, inwieweit Einrichtungen der ambulanten und/oder stationären Pflege bereits Migrantinnen und Migranten versorgen, Pflegekräfte mit Migrationshintergrund beschäftigen und welche einzelnen Maßnahmen einer kultursensiblen Altenpflege von ihnen ergriffen werden. Bei einem Teil der Untersuchungen handelt es sich dabei um studentische oder durch Studierende unterstützte Erhebungen, wie eine quantitative Befragung zur kultursensiblen Ausgestaltung ambulanter Dienste in Berlin (Kolleck 2007), qualitative Fallstudien einzelner kultursensibel orientierter Pflegeheime (Läsker/Yortanli 2012b; Oppermann 2010) sowie eine standardisierte telefonisch als auch schriftlich durchgeführte Befragung Hamburger Seniorenheime (Pauli et al. 2013). Andere Untersuchungen sind kommunal getätigte oder in Auftrag gegebene Erhebungen, wie eine leitfadengestützte Telefonbefragung ambulanter Dienste in Wiesbaden (Landeshauptstadt Wiesbaden 2009) und eine schriftliche Befragung unterschiedlicher Altenhilfe- und Altenpflegeeinrichtungen sowie Migrantenselbstorganisationen in Frankfurt am Main (Barg et al. 2013). Eine umfassende bundeslandweite Studie liegt zudem für Baden-Württemberg vor, die durch das Landessozialministerium beauftragt und durch die Robert-Bosch-Stiftung gefördert wurde (Gladis/Kowoll/Schröder 2014). In den Analysen von Matthäi (2005) und Heinecker, Pohlmann und Leopold (2012) wurde daneben ähnlich wie in der Frankfurter Studie sehr unterschiedliche Einrichtungen in die Untersuchung von Angebotsstrukturen für ältere Migranten integriert. Die Ergebnisse basieren dabei einerseits auf qualitativen Experteninterviews mit Führungskräften in Bereichen der Migrationssozialarbeit, in interkulturellen Begegnungsorten sowie offenen, ambulanten und stationären Altenhilfe- und Altenpflegediensten (Matthäi 2005). Andererseits wurden unterschiedliche Gesundheits- und Sozialdienstleister, wie Krankenhäuser, Pflegeheime, niedergelassene Ärzte und Beratungsstellen mittels standardisierter Fragebögen befragt (Heinecker/Pohlmann/Leopold 2012).

Anders als in diesem Forschungsprojekt, das explizit Konzepte einer interkulturellen Öffnung in den Mittelpunkt stellt, werden die in den genannten Studien analysierten Angebote nur zum Teil als interkulturelle Öffnungsmaßnahmen beschrieben oder diskutiert. Häufiger werden sie allgemeiner als ‚kultursensible Angebote‘ oder ‚interkulturelle Aspekte‘ von Dienstleistungen gefasst. Daneben verweisen die Veröffentlichungen, die unterschiedliche Dienstleistungsbereiche erfasst haben, nur teilweise separat auf Einzelergebnisse der stationären Einrichtungen. Dort, wo dennoch Vergleiche zu den eigenen Forschungsergebnissen möglich sind, werden sie im Verlauf der Arbeit angestellt.

Das zentrale Untersuchungsinteresse dieser Arbeit, die ausschlaggebenden Beweggründe von stationären Altenpflegeeinrichtungen, sich interkulturell zu öffnen, zu erkunden, ist dagegen – mit einer Ausnahme – kein Gegenstand der genannten Studien. Jedoch existieren neben Barg et al. (2013) mit Ruddat (2014) und Khan-Zvorničanin (2016) zwei weitere Untersuchungen, die in Ansätzen auch auf diese Forschungsfrage eingehen. Ruddat analysiert in ihrer Teilstudie innerhalb des Forschungsverbundes „Innovatives Soziales Handeln – Social Entrepreneurship“ (Grohs/Schneiders/Heinze 2014) mit Hilfe einer standardisierten Online-Befragung von Altenhilfe- und Altenpflegediensten, welche Akteurstypen kultursensible Angebote offe-

rieren. Dabei geht sie in zwei Fragen auch darauf ein, welche Gründe Einrichtungen dazu veranlassen, kultursensible Projekte ins Leben zu rufen bzw. keine kultursensiblen Angebote zu schaffen. In zwei daran anschließenden Fallstudien von Dienstleistern mit kultursensiblen Angeboten wurden zudem die Umsetzungen der Innovationen näher untersucht. Ähnlich erheben Barg und Kolleginnen (2013: 48 ff.) in zwei Fragen die „Gründe für eine interkulturelle Öffnung“ bzw. „für den Verzicht auf spezielle Angebote für Migrantinnen und Migranten“ von ambulanten und stationären Diensten.<sup>147</sup> Khan-Zvorničanin fokussiert in ihrer auf leitfadengestützten Interviews sowie Gruppendiskussionen beruhenden Befragungen von Leitungs- und Fachkräften in offenen, ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenhilfe und -pflege zwar auf die Rekonstruktion der Handlungspraktiken und berufspersonellen Habitus der Akteure in ihrer Arbeit mit älteren Migranten. Sie beleuchtet jedoch in einer vorangegangenen dokumentengestützten diskursanalytischen Betrachtung der Auseinandersetzung um Fragen von Alter und Migration, Kultursensibilität und interkultureller Öffnung, welche Argumentations- und Deutungsmuster den Diskussionen zugrunde liegen.

Die vorliegende Arbeit versucht sowohl die Triebkräfte und Motive einer interkulturellen Öffnung von Pflegeheimen, die in den spezifischen Diskursen auf dem Feld der deutschen Altenpflege zur Sprache kommen, herauszukristallisieren als auch Beweggründe der fokussierten Organisationen selbst, die für und wider eine interkulturelle Öffnung sprechen, klarzulegen und beide Perspektivebenen miteinander zu verbinden. Dabei werden quantitativ gewonnene Erkenntnisse zu den Einrichtungen durch qualitative Fallstudien vertieft und ergänzt. Wo angebracht, werden im Folgenden dann auch Vergleiche mit den Studien von Rudat, Barg et al. und Khan-Zvorničanin angestellt.

---

<sup>147</sup> Gegengründe bezüglich spezifischer Angebote für ältere Migranten werden zudem von Heinecker, Pohlmann und Leopold (2012) erfragt.

## II. Organisationen als Untersuchungsgegenstand

Bevor auf das Projekt in seiner methodischen Ausgestaltung eingegangen und die Forschungsergebnisse präsentiert werden, gilt es, sich seinem zentralen Untersuchungsgegenstand theoretisch anzunähern. Im allgemeinen Sprachgebrauch wie auch im soziologischen Verständnis kann *Organisation* in dreierlei Hinsicht verstanden werden: als ein sozialer Prozess (besser gefasst als das Organisieren), eine soziale, intervenierende Ordnung (auch verstanden als Organisiertheit) oder ein soziales Subjekt (etwa eine öffentliche Einrichtung, ein Unternehmen oder Verband). In dieser Arbeit wie in organisationssoziologischen Untersuchungen gebräuchlich werden Organisationen im letztgenannten Sinne als soziale Einheiten begriffen (vgl. Endruweit 2004: 17 f.). Dieses Verständnis schließt jedoch zugleich ein, dass sich das soziale Subjekt Organisation über eine eigene Ordnung, d. h. eine bestimmte Form der Organisiertheit, als auch über Prozesse des Organisierens ausdrückt. Ihr sozialer Charakter lässt sich daneben über ihre Eigenschaft als Kollektiv, als Ort der Vergemeinschaftung nachvollziehen (Türk 2008: 338 f.).

*Ein* möglicher Zugang zum Untersuchungsgegenstand der Organisation, der sich in der Organisationsforschung etabliert hat, konzentriert sich auf wesentliche Grundelemente von organisationalen Einheiten. Demnach ließen sich Organisationen über zentrale interne sowie externe Bestandteile näher beschreiben und analysieren, wie sie Preisendörfer (2011: 58-77) zusammenfasst: Zu ihren internen Elementen zählen zunächst die Ziele, die Organisationen verfolgen, sowie die unterschiedlichen Zwecke, welche diesen zugrunde liegen. Die formalen und informellen Strukturen, die sie besitzen, geben einerseits über den Aufbau und die Abläufe einer Organisation Auskunft. Andererseits beschreiben sie das tatsächliche Verhalten von und innerhalb von Organisationen. Neben der technischen und räumlichen Ausstattung einer Organisation können schließlich noch ihre Mitglieder und andere am Organisationsgeschehen Mitwirkende als zentrale interne Organisationselemente gelten. Dabei stellen sich in einer Organisationsanalyse stets die Fragen, welche Anspruchsgruppen intern und welche extern existieren, welche Akteursgruppen mehr und welche weniger relevant für die Organisation und das Organisationsgeschehen sind sowie welche Akteursinteressen verfolgt und welche durchgesetzt werden. Ergänzend zu den internen Bestandteilen einer Organisation kommt eine umfassende Organisationsanalyse nicht umhin, ihren Blick auch für die Umwelt einer Organisation zu öffnen. Hierbei können verschiedene Ebenen und Dimensionen der Organisationsumwelt differenziert werden: Die Umweltebenen beschreiben nahe und entferntere Umweltkategorien einer Organisation wie z. B. ein naheliegendes Netzwerk, in dem eine Organisation enge Kommunikations- und Kooperationsbeziehungen mit individuellen und kollektiven Akteuren unterhält, eine Branche, in der Organisationen etwa durch Prozesse des Wettbewerbs und der Konkurrenz verbunden sind, oder die globale Umwelt, die als gesamtgesellschaftliche und -ökonomische, als politische, rechtliche und sozio-kulturelle Umweltfaktoren einer Organisation erfahren werden. Daneben liefern die drei Dimensionen Umweltmunifizenz, -dynamik und -komplexität eine Beschreibung von der Fülle vorhandener und für eine Organisation bedeutsamer Ressourcen, von erwartbaren und unerwartbaren Veränderungen, die sich als (Weiter-)Entwicklungen bis hin zu Turbulenzen auf den unterschiedlichen Umwelt-

ebenen abspielen können, sowie von der Anforderungsvielfalt, die an eine Organisation gestellt wird. Die Herausarbeitung dieser Elemente und Dimensionen trägt dazu bei, das Verständnis, welche Bedeutung der Organisationsumwelt für eine Organisation zukommt und durch welche Vielschichtigkeit sie selbst charakterisiert ist, zu schärfen.

Die Geschichte der Organisationswissenschaften verdeutlicht, dass erst der Blickwechsel von Organisationen als geschlossene hin zu Organisationen als offene Systeme Organisationen zu eigenständigen Forschungsobjekten aufwertete (vgl. Scott 2004: 4-8). Die Vorstellung von Organisationen als abgegrenzte Einheiten wies ihnen lediglich die Rolle als rahmendes Moment in Forschungsprojekten etwa zu Arbeitsgruppen oder -prozessen zu. Einen wesentlichen Beitrag dieser Neubewertung von Organisationen – als kollektive Akteure anstelle bloßer Strukturen – leistete die zunehmende Beachtung ihrer Umwelt. Auf sie wurde zu Beginn der Organisationsforschung nahezu kein Augenmerk gerichtet, in wenigen Ausnahmen, in denen sie jedoch meist nur als Störquelle organisationalen Wirkens aufgefasst wurde. Die Erkenntnis jedoch, dass Organisationen in vielfältiger Art und Weise durch ihre Umwelt geprägt werden, entfaltete das Interesse unterschiedlicher Disziplinen an Organisationen als Untersuchungsgegenstand und beförderte innerhalb weniger Jahrzehnte die Entwicklung zahlreicher Organisationstheorien, die das Zusammenspiel von Organisationen und deren Umwelt(en) zu erklären versuchen.<sup>148</sup> Neben organisationswissenschaftlichen Forschungsperspektiven, welche ihre Strukturen und Prozessabläufe fokussieren, und solchen, deren Aufmerksamkeit in erster Linie den individuellen Mitgliedern von Organisationen zukommt, konnte sich damit ein dritter Forschungsschwerpunkt etablieren, der Organisationen in Bezug auf ihre gesellschaftliche Umwelt analysiert (vgl. Mense-Petermann 2006: 62). Die Grundannahme, die diese Ansätze mit einer verstärkten Umweltorientierung teilen, ist die Auffassung, dass das Verständnis davon, „was Organisationen tun, wie erfolgreich sie sind, welche Entscheidungen sie treffen, welche Organisationsstruktur gewählt wird und welche organisationalen Praktiken und Routinen sie einsetzen“ (Preisendörfer 2011: 131), maßgeblich davon abhängt, dass der Umwelteinbettung von Organisationen Beachtung geschenkt wird.

## 1. Organisationen, Institutionen und deren Wandel

Ein prominenter Vertreter dieser Theoriezweige stellt die neoinstitutionalistische Organisationstheorie dar. Sie betont, dass Organisationen neben strukturellen und materiellen Umweltbedingungen, die etwa in der Kontingenz- oder der Transaktionskostentheorie fokussiert werden, ebenso institutionellen Umweltfaktoren ausgesetzt sind. Damit sind „regulative, normative, and cultural-cognitive features that define ‚social fitness‘“ (Scott 2004: 7) gemeint. Diesen als *Institutionen* beschriebenen „übergeordneten gesellschaftlichen Regelwerke[n]“ (Hasse/Krücken 2009: 237) ist – unabhängig von ihrem Grad an Formalisierung – gemein, dass sie gesellschaftliche Erwartungen verkörpern und damit individuelles sowie kollektives Handeln

---

<sup>148</sup> Die Vorstellung von Organisationen als offene Systeme und eine stärkere Fokussierung der theoretischen Konzepte auf ihre Flexibilität schließen jedoch nicht aus, dass Überlegungen hinsichtlich ihrer Abgeschlossenheit gegenüber Umwelteinflüssen – etwa als Strategien zur eigenen Sicherung – weiterhin eine wesentliche Stellung in organisationstheoretischen Überlegungen einnehmen (vgl. Scott 2004: 10).

leiten. Und zwar: sowohl ermöglichen als auch beschränken. Diese Vorstellung der Existenz allgemein gültiger Orientierungsmuster kann als gemeinsamer Nenner von Vertretern der frühen Institutionentheorie und jenen der neoinstitutionalistischen Ausrichtung begriffen werden. Während klassische Institutionentheoretiker jedoch vermehrt das Individuum im Blick haben und Werte sowie Normen als zentrale Regulative hervorheben, fokussieren Neoinstitutionalisten Organisationen und die in ihnen wirkenden *nicht-hinterfragten* Skripte und Regelungen. Letztgenannte zählen in der obenstehenden, von Scott (2004) vorgenommenen idealtypischen Dreiteilung von Institutionen zu den kulturell-kognitiven Institutionen – neben Gesetzen, die als regulative, und Werte, die als normative Institutionen beschrieben werden können.<sup>149</sup> Charakteristisch für kognitive Institutionen, die als geteilte Glaubenssysteme verstanden werden können, ist ihre routinierte und selbstverständliche Prägung des Handelns von Akteuren. Die daraus zu folgernde große Nachhaltigkeit und Unhinterfragbarkeit solcher Skripte machen sie für die Neoinstitutionalisten besonders beachtenswert (vgl. Hasse/Krücken 2009: 237 f.; Scott 2004: 7; Senge 2006: 39 f.).

Dass Organisationen in den Mittelpunkt neoinstitutionalistischer Analysen rücken, kann durch den wachsenden Stellenwert von organisationalen Gebilden in modernen Gesellschaften erklärt werden. Individuelles wie kollektives Handeln findet vermehrt in organisationalen Settings statt. Organisationen durchdringen und begleiten individuelles Leben von der Geburt im Krankenhaus über die Kindheit und Jugend in Betreuungs- und Bildungssystemen, das Arbeitsleben in Unternehmen, Behörden und sozialen Diensten, der Freizeitgestaltung in Vereinen und Kultureinrichtungen bis zum Alter in Pflegeeinrichtungen und ebenso in vielen anderen Lebensbereichen in vielen unterschiedlichen Organisationen. Dadurch werden Organisationen gleichzeitig als Spiegel gesellschaftlicher Entwicklungsprozesse erfahrbar (vgl. Hasse/Krücken 2009: 238 f.; Preisdörfer 2011: 15). Anders als in der Mehrheit der Organisationstheorien wird in soziologischen neoinstitutionalistischen Ansätzen jedoch keine funktionalistische Perspektive auf Organisationen gewählt. Organisationen sind keine primär zweck- und zielgerichteten, rational agierenden Subjekte, sondern an erster Stelle in einer gesellschaftlichen, sozio-kulturellen Umwelt eingebettete und durch sie ins Leben gerufene Einheiten (vgl. Walgenbach/Meyer 2008: 15 ff.). Sie gelten demnach ebenso wie Individuen im klassischen Institutionalismus als „abhängige Variable“ der sie umgebenden Gesellschaft und ihrer Regeln“ (Hasse/Krücken 2009: 239), wodurch die institutionalisierte Umwelt bzw. „Institutionen nicht als Folge, sondern als Ursache organisationaler Prozesse“ (Koch/Schemmann 2009: 24) begriffen werden. Das bedeutet aber zugleich nicht, dass individuelle und kollektive Akteure durch die sie umgebende Umwelt ausschließlich determiniert sind. Neoinstitutionalisten etwa begreifen Organisationen auch als „Entscheidungsträger“ (Schimank 2007: 164), denen Institutionen Hilfe bei ihren (Handlungs-)Entscheidungen leisten. Institutionen bieten insofern einen Spielraum möglicher Handlungsalternativen an (vgl. Senge 2006: 42).

---

<sup>149</sup> Diese Dreiteilung von Institutionen bleibt nicht frei von Kritik, insbesondere hinsichtlich der implizierten Gleichstellung der drei institutionellen Phänomene sowie ihrer unterstellten klaren inhaltlichen Abtrennung (vgl. Senge 2006: 41).

Daran anschließend stellt sich die Frage, welche Position der soziologische Neoinstitutionalismus im Diskurs um eine tendenzielle Widerstandsfähigkeit bzw. Trägheit oder aber eine grundsätzliche Wandelbarkeit von Organisationen einnimmt, der in der wissenschaftlichen Betrachtung von Organisationen großes Interesse genießt. Während etwa Ansätze der Pfadabhängigkeit eine weitgehende Stabilität von Organisationen betonen, heben Neoinstitutionalisten *organisationalen Wandel* in engem Bezug zu ihrer Umwelteingebundenheit hervor. Von Anfang an spielte die Analyse und Theoretisierung von organisationalen Veränderungen für sie eine wesentliche Rolle, womit sich neoinstitutionalistische Ansätze in guter organisationssoziologischer Gesellschaft befinden, denn nicht selten wird Organisationswandel, an anderer Stelle auch in Form organisationalen Lernens, als ein Schlüsselprozess von Organisationen akzentuiert (vgl. Kirchner 2012; Preisendörfer 2011: 19). Was in neoinstitutionalistischer Perspektive als Organisationswandel verstanden wird, kann mit DiMaggio und Powell (1983: 149) als Veränderung der Formalstruktur, der Kultur, der Ziele, des Programms oder Auftrags von Organisationen gefasst werden. Dabei ist für die neoinstitutionalistische Perspektive bezeichnend, dass trotz der Betonung organisationaler Wandelbarkeit Veränderungen einzelner Organisationen einerseits selten radikal sind und sie andererseits keine unbegrenzte Mannigfaltigkeit unterschiedlicher Organisationen zur Folge haben, sondern ganz im Gegenteil Veränderungen häufig fragmentarisch bleiben und Vielfalt innerhalb einer gemeinsamen Umwelt von Organisationen abnimmt:

In der neoinstitutionalistischen Terminologie der *institutionellen Isomorphie* findet sich eine erste Erklärung dafür. Sie besagt, dass sich Organisationen einer – an dieser Stelle noch allgemein gefassten (zur Spezifizierung vgl. das nachfolgende Kapitel) – gemeinsamen Umwelt durch geteilte Umwelteinflüsse im Sinne institutioneller Regeln, denen sie ausgesetzt sind, strukturell aneinander angleichen (vgl. Hasse/Krücken 2009: 240).<sup>150</sup> Es ist keine Entdeckung neoinstitutionalistischer Theoretiker, dass sich Organisationen innerhalb einer gemeinsamen Umwelt einander zunehmend ähneln. Doch während an anderer Stelle ausschließlich Effizienzüberlegungen oder Selektions- und Wettbewerbsdruck als Ursachen für eine stete Angleichung solcher Organisationen ausgemacht werden, gewinnt die soziale Umwelt und mit ihr soziale Erwartungen und Regeln in der neoinstitutionalistischen Sichtweise an Bedeutung (vgl. Boxenbaum/Jonsson 2013: 79 f.). In drei möglichen idealtypischen Varianten können die institutionellen Orientierungsmuster – die „geteilte[n] Weltsichten“ (Schimank 2007: 165) – an Organisationen vermittelt werden und Isomorphie erzeugen: durch Zwang, normativen Druck oder Mimese.<sup>151</sup> *Zwang* wird beispielsweise durch staatlich erlassene Gesetze ausgeübt, die Organisationen zu Anpassungsleistungen verpflichten. Ähnliche Formen der Macht- ausübung werden in Beziehungen zwischen Träger- oder Geberorganisationen, Mutterkonzernen oder andere übergeordneten Akteuren mit untergeordneten Einheiten – Mitgliedern, Empfängerorganisationen oder Tochtergesellschaften – erfahrbar, wenn etwa verpflichtende Re-

<sup>150</sup> Damit grenzen sich neoinstitutionalistische Vorstellungen klar von systemtheoretischen Überlegungen ab, die im Gegensatz Phänomene der Differenzierung hervorheben (vgl. Hasse/Krücken 2005: 187 ff.).

<sup>151</sup> Die drei isomorphen Wandel vorantreibenden Mechanismen gelten in dem Sinne als idealtypisch, dass sie ein analytisches Werkzeug darstellen ohne dabei in der empirischen Wirklichkeit stets in Reinform und klar abgrenzbar aufzutreten (DiMaggio/Powell 1983: 150).

geln die Mitgliedschaft oder Vertragspartnerschaft rahmen. *Normativer Druck* äußert sich etwa durch Prinzipien und Standards, die als richtig oder notwendig für erfolgreiches organisationales Handeln definiert werden und vor allem durch Professionalisierung hervorgerufen und über Professionen verbreitet werden. Zu denken ist dabei etwa an Berufsgruppen, die je eigene (Aus-)Bildungssysteme formalisiert und Berufsverbände eingerichtet haben, über welche die spezifischen beruflichen Normen des fachgemäßen Handelns weitergegeben werden. *Mimese*, verstanden als Nachahmung oder Imitation, beschreibt schließlich die Adaption von Verfahren und Strukturen versierter Anderer, beispielsweise von Trendsettern, welche als Partner oder Konkurrenten der sich anpassenden Organisation auftreten. Insbesondere erlebte Unsicherheit stellt eine treibende Kraft der Mimese von Organisationen dar. In der Orientierung an erfolgreichen – oder vielmehr als solche geltenden – Strategien Anderer versuchen Organisationen den für sie ungewissen Situationen zu begegnen (vgl. u. a. DiMaggio/Powell 1983: 150-154; Hasse/Krücken 2005: 191 f). Verknüpft mit der Dreiteilung von Institutionen sind es idealtypisch insbesondere regulative Institutionen, die durch Zwang, normative Institutionen, die durch normativen Druck, und kulturell-kognitive Institutionen, die über Mimese vermittelt werden (vgl. Scott 1995: 35-45). An dieser Stelle wird noch einmal deutlich, dass Neoinstitutionalisten jenen Ansätzen den Rücken kehren, die Organisationseigenschaften und -prozesse dem überlegt handelnden Individuum als dessen Produkt zuschreiben oder anders formuliert als Resultat von individuellen Handlungsmotiven und -entscheidungen deklarieren (vgl. DiMaggio/Powell 1991: 8).

Die im Prozess der Isomorphie „zum Ausdruck kommende Vorstellung ist die einer Kanalisierung gesellschaftlicher Erwartungsstrukturen“ (Hasse/Krücken 2005: 192). Indem sich Organisationen oder andere im Neoinstitutionalismus fokussierten Akteure (Individuen und Staaten) an gesellschaftlich verbreiteten, institutionellen Regeln und Erwartungshaltungen anpassen, sichern sie sich gesellschaftliche Legitimität und befriedigen zugleich – in der Orientierung an diesen Regelwerken – ihr Streben nach Erwartungssicherheit. Anders könnten Akteuren, die sich den gesellschaftlich geteilten Regelwerken widersetzen oder diese ignorieren, Kritik und Sanktionen drohen. Auch um sich vor solchen Formen negativer Konsequenzen zu schützen und damit die Überlebensfähigkeit und den Erfolg der Organisation zu sichern, folgen Organisationen den institutionellen Erwartungen, die an sie gestellt werden. Gleichzeitig eröffnet ein konformes Verhalten den Akteuren die Möglichkeit Loyalität einzufordern oder (zusätzliche) Unterstützung und Ressourcen zu erhalten. Dies gilt beispielsweise ebenso für Nationalstaaten, die durch institutionelle Konformität ihre Selbstbestimmung rechtfertigen und dafür innerstaatlich wie außerstaatlich Anerkennung und Rückhalt beanspruchen, als auch für Organisationen, die z. B. ihre Kredit- und Investitionswürdigkeit durch institutionell erwünschtes Verhalten begünstigen (vgl. Hasse/Krücken 2005: 194; Meyer 2005b: 139; Meyer/Rowan 1977: 351; Schimank 2007: 163 f.).<sup>152</sup>

---

<sup>152</sup> Neben Angleichungen, die sich auf institutionalisierte Regelwerke gründen und zur Legitimierung des organisationalen Handelns beitragen sollen, können auch Innovationen, die beispielsweise Effizienzsteigerungen versprechen, Auslöser von Assimilationen sein. Diese *kompetitive Isomorphie* ist für traditionelle Neoinstitutionalisten jedoch von untergeordneter Bedeutung, auch weil innovative Modelle mit zunehmender Verbreitung institutionelle Legitimität erfahren und in der Folge wieder Ausgangspunkt für Anpassungsprozesse im Sinne einer

Um als legitimer Akteur Geltung zu erlangen und möglicherweise von dieser Legitimation noch weiter zu profitieren, werden Strukturen und Praktiken auch unabhängig ihrer Erfolgsaussichten übernommen und zwar dann, wenn diese allgemein hin als rationalisiert gelten (vgl. Meyer/Rowan 1977: 340 f.). Hier liegt die Annahme zugrunde, dass gesellschaftlich geteilte Vorstellungen darüber bestehen, welche Praktiken als (*zweck-*)*rational* im Sinne von sachlich, logisch und inhaltlich konsistent gelten. In der Überzeugung von Rationalität werden als rational definierte Strategien und Programme dann auch als die *richtigen* Formen des Handelns definiert, an denen sich individuelle und kollektive Akteure orientieren. In verschiedenen Umwelten könnten sich dabei feine Unterschiede zeigen, was als rational verstanden wird und was nicht (vgl. Koch 2009: 113; Tacke 2006: 93-101). Wenn es nun etwa der spezifischen Logik eine Umweltbereichs entspricht, Unternehmensberater zurate zu ziehen, unabhängig der Erfolgsaussichten, die deren Engagement mit sich bringt, oder es als eine notwendig erachtete Infrastrukturmaßnahme gilt, einen lokalen Flughafen zu errichten, auch wenn dieser jedem ökonomischen Kalkül widerspricht und etwa subventioniert werden muss, werden im neoinstitutionalistischen Sinne Erwartungen befriedigt, die vermeintlich rational sind (vgl. auch Hellmann 2006: 78).

Diese nicht an Effektivitäts- und Effizienzüberlegungen gekoppelten institutionellen Erwartungsstrukturen und damit eingeschlossen der ‚Glaube‘ an Rationalität werden als *Mythen* der kulturellen Umwelt gefasst (vgl. Hasse/Krücken 2005: 194; Holzer/Kuchler 2007: 77). Gekennzeichnet sind diese Mythen insbesondere durch ihren rationalisierten und allgemeingültigen Charakter sowie ihren hohen Grad an Institutionalisierung quasi jenseits des Ermessens der beteiligten Akteure (Meyer/Rowan 1977: 344). Ihre Wirkmächtigkeit erfahren diese Mythen zudem durch eine weitreichende Form ihrer gesellschaftlichen Vermittlung:

„Many of the positions, policies, programs, and procedures of modern organizations are enforced by public opinion, by the views of important constituents, by knowledge legitimated through the educational system, by social prestige, by the laws, and by the definitions of negligence and prudence used by the courts. Such elements of formal structure are manifestations of powerful institutional rules which function as highly rationalized myths that are binding on particular organizations.“ (Meyer/Rowan 1977: 343)

Ob es sich dabei um rationalisierte Professionen, formalisierte Programme oder standardisierte Techniken handelt, deren Wissen und Wirken unabhängig ihrer Funktionalität allgemeine Bestätigung erfahren, gemeinsam ist ihnen, dass sie Organisationen, die sich ihrer bedienen, als adäquat, rational und modern, als verantwortungsbewusst und nicht nachlässig befinden (vgl. Meyer/Rowan 1977: 344). In der organisationalen Übernahme dieser mythischen Strukturen sehen Meyer und Rowan (1977: 355) schließlich ein zeremonielles, ritualisiertes Handlungsmuster.<sup>153</sup> Zur Festigung dieser mythischen Überzeugungen tragen letztendlich sowohl die fortwährende Anerkennung angepasster Organisationen durch ihre Umwelt als auch politische Gesetzgebung bei, welche diese rationalisierten Mythen als rechtmäßig markiert (vgl. Meyer/Rowan 1977: 347).

---

institutionellen Isomorphie werden (vgl. Becker-Ritterspach/Becker-Ritterspach 2006: 108 f.; DiMaggio/Powell 1983: 148 ff.).

<sup>153</sup> Über ihr Konzept der *rationalen Mythen* ordnen sich die Neoinstitutionalisten zwischen den beiden Extrempolen organisationswissenschaftlicher Theorie der absoluten Rationalität einerseits und der vollkommenen Irrationalität andererseits ein (vgl. Scott 2004: 4).

Die Isomorphie kollektiver Akteure in Form dieser Mythen verwirklicht sich in neoinstitutionalistischer Auffassung jedoch in großem Maße rein äußerlich. D. h. es findet eine lediglich symbolische Anpassung der formalen Strukturen von Organisationen an ihre institutionelle Umwelt statt.<sup>154</sup> Wie Goffman (1983) individuelles Handeln auf Vorder- und Hinterbühne differenziert, unterscheiden Neoinstitutionalisten organisationale Strukturanpassungsprozesse auf der Formal- und der Aktivitätsstruktur. Konfligierende Tätigkeits- (im Hinblick auf Auftraggeber, Kunden oder Klienten) und Legitimitätsanforderungen (im Hinblick auf die institutionelle Umwelt), aber auch lokalspezifische Bedingungen, mangelnde Ressourcen und divergente Interessenslagen können Gründe dafür sein, Organisationen in ein öffentliches Schauspiel erwartungskonformer Strukturen bei gleichzeitigem *business as usual* zu drängen (vgl. Adick 2009: 271; Hasse/Krücken 2009: 239; Holzer/Kuchler 2007: 86). Diese *lose Kopplung*, die sich auch zwischen Organisationseinheiten vollziehen kann, ermöglicht legitimierende formale Strukturen beizubehalten, während die Aktivitäten entsprechend praktischer Überlegungen variieren (Meyer/Rowan 1977: 357). Somit entsprechen formale Organisationsstrukturen in modernen Gesellschaften mehr den institutionellen Regelwerken als den tatsächlichen Bedingungen und Anforderungen ihres Tätigkeitsbereichs (vgl. Meyer/Rowan 1977: 341). Das geht soweit, dass Organisationen ihre angepassten Strukturen – beispielsweise in Form gepriesener Verfahrenstechniken, erwarteter Organisationseinheiten oder anerkannter Wertmaßstäbe – außenwirksam präsentieren oder gar zeremoniell in Szene setzen (vgl. Hasse/Krücken 2005: 194; Meyer/Rowan 1977: 355). Mit dieser Vorstellung lose gekoppelter Organisationsstrukturen widersprechen Neoinstitutionalisten der bindenden Wirkung institutioneller Regelwerke, welche die klassische Institutionentheorie noch beschrieben hatte (vgl. Hasse/Krücken 2009: 239).<sup>155</sup>

Während neoinstitutionalistische Ansätze damit Aufschluss über Prozesse des organisationalen Wandels vorwiegend in Form von Angleichung und Erwartungskonformität (und damit der Verbreitung von Institutionen) leisten, sahen sich ihre Vertreter lange Zeit der Kritik ausgesetzt, keine theoretischen wie empirischen Erklärungen für *institutionellen Wandel* bereitzuhalten oder gar eine Theorie der Stabilität zu betreiben, die auf der Beschreibung relativ dauerhafter Institutionen und deren Prägungskräften fußte. So hielten sie aus Sicht ihrer Kritiker, die teils aus dem eigenen Lager stammten, ebenso wenig Erklärungen der eben beschriebenen gesellschaftlichen Rationalisierungsprozesse, die zur Ausbreitung der Vorstellungen rational richtigen Handelns geführt haben, wie für andere Institutionalisierungs- oder Deinstitutionalisierungsprozesse bereit. In Reaktion auf diese Kritik wenden sich neoinstitutionalistische Autoren seither verstärkt der Beschäftigung mit Prozessen institutionellen Wandels zu (vgl. Tacke 2006: 100; Walgenbach/Meyer 2008: 85-90).

---

<sup>154</sup> Für Meyer und Rowan (1977: 342) ist die formale Struktur einer Organisation „a blueprint for activities which includes, first of all, the table of organization: a listing of offices, departments, positions, and programs. These elements are linked by explicit goals and policies that make up a rational theory of how, and to what end, activities are to be fitted together“.

<sup>155</sup> Aber auch unter Neoinstitutionalisten variiert die Betonung von Phänomenen loser Kopplung. Während Meyer und Rowan (1977) diese im Hinblick auf die Entkopplung zwischen Aktivitäts- und Formalstrukturen hervorheben, liegt der Schwerpunkt für DiMaggio und Powell (1983: 155) auf Entwicklungen der Isomorphie auch in Form von organisationsinternen Angleichungen.

Als Auslöser von Veränderungsprozessen auf Institutionenebene wird gemeinhin zwischen exogenen und endogenen Ursachen unterschieden, d. h. zwischen solchen, die von außerhalb, und solchen, die von innerhalb einer Analyseeinheit (z. B. einer Organisation oder einer Branche) Wirkung zeigen. Während exogene Faktoren (in diesen Fällen) ebenso gesellschaftliche Umbildungen, ökologische Veränderungen, technische Neuerungen wie politische Umbrüche sein können, werden z. B. in der Unvereinbarkeit bzw. dem Widerstreit zwischen institutionellen Eigenschaften oder mehreren Institutionen endogene Auslöser institutionellen Wandels gesehen (vgl. Walgenbach/Meyer 2008: 102-108). Häufig sind es exogene Schocks oder Krisen, die zu einem institutionellen Wandel führen, der als fundamental beschrieben werden kann und der den bisherigen institutionellen Status quo ablöst. Eine weniger radikale Form institutionellen Wandels sind dagegen inkrementelle oder evolutionäre Veränderungen, die sich nicht nur deutlich langsamer vollziehen, sondern auch in gewisser Pfadabhängigkeit zu vorherigen institutionellen Ordnungen stehen (vgl. Campbell 2010: 91 f.).

Neben den Ursachen und Mustern institutionellen Wandels fragen neoinstitutionalistische Autoren zudem nach dem Prozess, „durch den bestimmte Einheiten und Handlungsmuster normative und kognitive Gültigkeit erlangen und praktisch als Selbstverständlichkeiten und Gesetzmäßigkeiten akzeptiert werden (sei es durch formales Recht, durch Gewohnheit oder durch Wissen)“ (Meyer/Boli/Thomas 2005: 18), d. h. nach Prozessen der Institutionalisierung. Eine prominente Systematisierung solcher Entwicklungen haben Tolbert und Zucker (1996) unternommen. Ihrem Modell nach beschreiben die Konzepte der Habitualisierung, der Objektivierung und Sedimentierung vor-, semi- und vollständig institutionalisierte Phasen eines Institutionalisierungsprozesses. Ausgangspunkt eines solchen Prozesses bildet ein von einem oder mehreren Akteuren – Tolbert und Zucker (1996: 181) fokussieren dabei auf Organisationen – wahrgenommenes Problem, dem mit innovativen Praktiken in relativ homogenen Organisationen versucht wird zu begegnen (Habitualisierungsphase). Sobald sich ein geteiltes Verständnis vom Wert dieser Innovation entwickelt hat und eine zunehmende Verbreitung vonstattengegangen ist (Phase der Objektivierung), kann von einer teilweisen Institutionalisierung der neuen Problemlösungsstrategie gesprochen werden. Unterstützt wird diese Phase dadurch, dass Befürworter der Innovation Argumente vorhalten, die deren Nützlichkeit zur Bearbeitung des vorliegenden Problems legitimieren. Während Praktiken und Strukturen, die in diesem Entwicklungsschritt verharren, meist nur von kurzer Dauer sind, besitzen vollinstitutionalisierte Verfahrensweisen und Einheiten eine gewisse Kontinuität. Die Phase der Sedimentierung, in der eine Innovation diese zeitliche Verankerung erreicht, ist weiterhin dadurch geprägt, dass nur noch sehr wenige Organisationen ihre Übernahme verwehren, da mittlerweile eine nahezu einhellige Überzeugung von ihrer Zweckdienlichkeit existiert. In Anlehnung an frühere neoinstitutionalistische Arbeiten kann von unterschiedlichen Motiven der Akteure ausgegangen werden, die eine neue Strategie oder Struktur übernehmen. Während sich frühe Anwender in der Regel aus ökonomischen Gründen für eine neue Praktik entscheiden, sind späte Anwender stärker von verbreiteten Vorstellungen eines angemessenen Operierens getrieben (vgl. Walgenbach/Meyer 2008: 95). Dahinter steht zudem die Annahme, dass der Druck auf Nichtanwender umso mehr steigt, je stärker die Innovation bereits unter anderen

Akteuren verbreitet ist (ebd.: 96). Neben der Herausbildung neuer Institutionen können etablierte Institutionen schließlich auch an Gültigkeit verlieren. Wesentliche Ursachen, die Oliver (1992) für solche Deinstitutionalisierungsprozesse ausmacht, sind politischer, funktioneller oder sozialer Druck, wodurch die Legitimität oder die Problemlösungskraft einer Institution infrage gestellt werden oder ein Konsens im Hinblick auf bisher etablierte Praktiken bspw. unter Mitgliedern einer Organisation schwindet.

Ein Versuch die neoinstitutionalistische Organisationstheorie zu einer Gesellschaftstheorie zu erweitern, stellt der ‚world polity‘-Ansatz von Meyer und Kollegen dar (u. a. Meyer 2005a). Dieser im Deutschen als Weltkulturtheorie bekannte Ansatz gilt als makrosoziologische bzw. makrophänomenologische Variante des Neoinstitutionalismus, der „die Gesellschaft als zentrale Ebene der Erzeugung sozialer Wirklichkeit“ (Hasse/Krücken 2009: 245) definiert.<sup>156</sup> Auch für die Vertreter der Weltkulturtheorie unterliegt – im klassischen institutionentheoretischen Verständnis – soziales Handeln einer starken Prägung durch institutionalisierte Regelwerke (Meyer/Boli/Thomas 2005: 17). Sie definieren Institutionen als

„kulturelle Regeln, die bestimmten Einheiten und Handlungen kollektiven Sinn und Wert verleihen und sie in einen größeren Rahmen integrieren. Dabei gelten uns sowohl die Handlungsmuster als auch die Einheiten, die sie ausführen (Individuen und andere soziale Einheiten), als durch solche allgemeinen Regeln konstruiert.“ (Meyer/Boli/Thomas 2005: 18)<sup>157</sup>

Indem die Autoren institutionelle Muster zugleich als festen Bestandteil von Kultur beschreiben, legen Meyer et al. ihren Ausführungen einen Kulturbegriff zugrunde, der sich dezidiert von Kulturverständnissen abgrenzen soll, die Kultur allein auf bewusste Wert- und Wissensmuster mit einer prägenden Wirkung auf Akteure reduzieren. Kultur dürfe nicht wie in solchen Fällen als Lückenfüller für fehlende Erklärungsmuster missbraucht werden. Kultur müsse vielmehr sowohl in ihrer ontologischen als auch bedeutungsstiftenden Eigenschaft verstanden werden (Meyer/Boli/Thomas 2005: 28 ff.). Die institutionellen Regeln, die Bestandteil dieser Kultur sind, sind der weltkulturtheoretischen Auffassung nach universalistisch, rationalisiert, häufig unhinterfragt und bleiben im ‚Alltag‘ nicht selten unentdeckt (vgl. z. B. Meyer et al. 2005: 92 f.).

Zentraler Auftrag institutionentheoretischer Forschung sei es aufzuzeigen, in welcher Art und Weise, welche institutionellen Regelwerke individuelles und kollektives Handeln rahmen und prägen und welchen Entwicklungsdynamiken die institutionelle Ordnung selbst unterliegt. Dabei fokussieren weltkulturtheoretische Analysen *weltweit* wirkende, historisch *westlich* definierte Institutionen (Meyer/Boli/Thomas 2005: 33 f.). Denn für Meyer und Kollegen (ebd.: 26 f.; Meyer/Jepperson 2005: 71 f.) macht die überraschende Ähnlichkeit von Handlungsstrukturen – von Bürokratien und Staatsformen über Bildungssysteme und Managementstrategien bis hin zu Interessengruppen und einem standardisierten Individualismus<sup>158</sup> – in ganz unterschiedlichen (nationalen) Gesellschaften deutlich, dass alle Akteure weltweit in

---

<sup>156</sup> Zur Abgrenzung der Weltkulturtheorie von mikrorealistischen, makrorealistischen und mikrophänomenologischen Ansätzen vgl. Meyer et al. (2005: 88 ff.).

<sup>157</sup> Bereits in dieser Definition wird die konstruktivistische Ausrichtung des Neoinstitutionalismus, insbesondere vertreten durch die Weltkulturtheorie, deutlich (vgl. auch Klatetzki 2006: 53).

<sup>158</sup> Eine Übersicht zu zahlreichen Studien, welche einen globalen isomorphen Wandel nachzeichnen, findet sich bei Meyer et al. (2005: 96 f.).

eine gemeinsame institutionelle Umwelt eingebettet sind – oder in anderen Worten: einer globalen kulturellen Ordnung folgen (Adick 2009: 268).<sup>159</sup> Der westliche Geist findet sich schließlich in „den zwei tragenden Säulen des westlichen Denkens Fortschritt und Gerechtigkeit“ (Meyer/Boli/Thomas 2005: 35) sowie in Prinzipien der Zweckrationalität, des Weltbürgertums oder Individualismus wieder (Hasse/Krücken 2009: 243; Meyer/Boli/Thomas 2005: 26 f., 41 ff.). „In der Verbindung dieser Orientierungsmuster mit dem, was unter dem Stichwort der ‚okzidental Rationalisierung‘ gefasst wird, liegt der kulturelle Kern der ‚world polity‘“ (Hasse/Krücken 2005: 192), ein Kern, der gleichzeitig die kognitive wie die moralische Prägung individuellen und kollektiven Handelns zu erklären versucht (vgl. Meyer/Boli/Thomas 2005: 33).

Die dominante Bedeutung, welche Meyer und Kollegen der zweckorientierten Rationalisierung zuschreiben, lässt die Säule des Fortschrittglaubens im Wesentlichen als eine technisch-ökonomische Ideologie erscheinen. Dies zeigt sich einerseits darin, dass erfolgreiche Ergebnisse rationalen Handelns „zunehmend in monetären Größen ausgedrückt werden“ (ebd.: 42). Gleichzeitig gelten solche ökonomischen Wertmaßstäbe längst nicht nur für Akteure (z. B. Wirtschaftsunternehmen), die noch in früheren neoinstitutionalistischen Arbeiten dem sog. technischen Sektor zugeschrieben wurden, in dem Effizienz- und Wettbewerbsüberlegungen einen zentralen Stellenwert besitzen (Hasse/Krücken 1999: 33 f.). Vielmehr werden vermehrt auch Akteure außerhalb einer diesem Verständnis nach primär technisch geprägten Umwelt wie soziale Dienste oder Universitäten nach Kriterien der Kosteneffizienz und Wettbewerbsausglichkeit bewertet. Andererseits spiegelt sich diese technisch-ökonomische Prägung in der Ausbreitung einer Vielzahl standardisierter Strukturen und Praktiken sowie bürokratischer Ordnungen in ganz unterschiedlichen Umweltbereichen wider. Daneben kommt das Prinzip der Gerechtigkeit verstanden als „eine kulturell konstituierte Perspektive auf die individuellen Teilnahmechancen in der Gesellschaft (Arbeit, Wahlen, Konsum von Populärmusik) und auf die Verteilung geschätzter natürlicher Güter (Einkommen, Lebensstandards, Besitz von Dingen)“ (Meyer/Boli/Thomas 2005: 43) insbesondere in den Leitvorstellungen universalistischer Menschenrechte und der individuellen Würde des Menschen zum Ausdruck (ebd.: 35). Der hohe gegenwärtige Stellenwert von Gerechtigkeitsnormativen, zumeist übersetzt in Gleichheitsvorstellungen, machen sowohl die weltweite Verbreitung von Menschenrechtskonventionen als auch das voranschreitende Wachstum legitimer Interessen und Akteure, moralischer Rechte und Pflichten und mit ihnen Organisationen, die sich diesen verpflichten, wie ‚Vertretungen‘ für „Frauen, ethnische Minderheiten, Behinderte, Föten, aber auch für funktional definierte Gruppen wie Berufe und Professionen“ (Meyer/Jepperson 2005: 56) deutlich.<sup>160</sup> Gleichzeitig konzentrieren sich Erwartungen bspw. an soziales Engagement gegen

<sup>159</sup> Für Meyer und Jepperson (2005: 65 f.) ist dieses kulturelle Modell vor allem ein liberales System protestantischen und anglo-amerikanischen Ursprungs. Hierin finde die Weltkulturtheorie auch Anschluss an mikrophänomenologische Theorien, mit denen argumentiert wird, dass gerade die institutionellen Regelwerke dominanter Player Eingang in eine weltweite kulturelle Ordnung finden (Meyer et al. 2005: 120).

<sup>160</sup> Dies beruht auf der Eigenschaft der modernen Weltkultur „nicht passiv und träge, sondern aus sich selbst heraus höchst dynamisch [zu sein]“ (Meyer et al. 2005: 120); und zwar auch deshalb, weil es a) der weltkulturellen Ordnung an einem globalen, entscheidungsstarken Akteur, einem Weltstaat, mangelt, b) die Weltgesellschaft aus konkurrierenden (mit ähnlichen Zielen und ähnlicher Nachfrage nach bestimmten Ressourcen) ebenso wie c)

soziale Ungleichheiten längst nicht nur auf das Handeln von gemeinnützigen Organisationen. Auch Wirtschaftskonzerne werden an vorherrschenden normativen Wertmaßstäben gemessen und versuchen z. B. durch Wohltätigkeitsveranstaltungen, Nachhaltigkeitspolitiken oder die Beschäftigung von Gleichstellungsbeauftragten der von ihnen erwarteten sozialen Verantwortung gerecht zu werden.<sup>161</sup>

Bei der Ausbreitung solcher weltkultureller Prinzipien kann jedoch nicht die Rede von weltweit identischen Homogenisierungsprozessen sein (vgl. Holzer/Kuchler 2007: 85 f.). Vielmehr muss von einem Variantenreichtum in der Realisierung institutioneller Regelwerke durch individuelle und kollektive Akteure ausgegangen werden, was mitunter folgenden zentralen Bedingungen geschuldet ist: Das „Drehbuch der ‚world polity‘“ (Hasse/Krücken 2009: 246) hält keine klaren Handlungsanweisungen parat, sondern erzeugt Diskurse auf der Grundlage äußerst idealtypischer und teils widersprüchlicher Regeln; gleichzeitig werden die institutionellen Prinzipien über unterschiedliche Vermittlungsinstanzen, auf die gleich noch näher eingegangen werden soll, verbreitet; schon die Vermittler der world polity greifen nach eigenem Interesse allein auf ausgewählte Elemente der weltkulturellen Institutionen zurück und kommunizieren diese in ihrer Selektivität an die Akteure weiter; deren Anpassungsprozesse finden auf verschiedenen Ebenen statt, liegen divergente lokale Voraussetzungen und historische Erfahrungen zugrunde und werden durch ungleiche Ressourcenausstattungen gehemmt oder gefördert; ebenso nehmen die sich anpassenden Akteure eigene Fokussierungen und Auslegungen einzelner Kulturelemente vor; und nicht zuletzt gestaltet sich die Übernahme einer institutionellen Regel leichter, als die einer anderen (vgl. Hasse/Krücken 2005: 199; Meyer/Boli/Thomas 2005: 37 f.; Meyer/Jepperson 2005: 72 f.; Meyer et al. 2005: 99 f.; Piwoni 2012: 64).

All diese Merkmale und Eigenarten der Weltkultur und der in ihr handelnden Akteuren fördern die Entstehung einer Vielzahl *lokaler* und *struktureller* Variationen in der Umsetzung des institutionellen Regelwerks – ganz im Sinne des neoinstitutionalistischen Prinzips der losen Kopplung. So fällt es vielen Akteuren leichter „Strukturen, die gerade in Mode sind, formal zu übernehmen, als sie in der Praxis tatsächlich umzusetzen“ (Meyer et al. 2005: 100) oder nationale Pläne und allgemeine Bekundungen zu formulieren, ohne gleichzeitig deren Realisierung in die Wege zu leiten (vgl. Meyer et al. 2005: 100 f.). D. h. jedoch nicht, dass alle Fälle, die Entkopplungsmerkmale zeigen, als bewusste, strategische Täuschungsmanöver missverstanden werden dürfen. Trotz der Überzeugung von weltkulturellen Prinzipien sehen sich individuelle wie kollektive Akteure nicht selten divergenten Umwelteinflüssen und -erwartungen, wie sie in ihrer Vielfalt gerade eben beschrieben wurden, ausgesetzt (denke

---

aus vielfältigen Akteuren (Individuen, Organisationen und Staaten sowie viele dazwischen angesiedelten, unterschiedlich organisierten Interessensverbänden) besteht und d) die Weltkultur selbst unzählige Widersprüchlichkeiten (beispielsweise zwischen Fortschritt und Gerechtigkeit, Standardisierung und Vielfalt) in sich birgt. Alle vier Wesensmerkmale der world polity fördern auf unterschiedliche Weise Konflikt- und Problemlagen ebenso wie Wachstum und Wandel (vgl. Meyer et al. 2005: 122-129).

<sup>161</sup> In ihrer Studie zum Kinderschutz lassen Bode und Turba (2014) nachvollziehen wie sich beide Säulen von Gerechtigkeit und technisch-ökonomischem Fortschritt, in ihren Worten normativer und technischer (und zwar ökonomischer und prozeduraler) Rationalisierung, verbinden und das Handeln der Akteure im Untersuchungsfeld in Form einer „doppelte[n] Rationalisierungsbewegung“ (ebd.: 165) prägen.

man beispielsweise nur an wettstreitende ökonomische und sozialpolitische Forderungen), die sie geradezu dazu zwingen ihre öffentlichkeitswirksame Außendarstellung von den eigenen ‚internen‘ Handlungsstrategien zu entkoppeln, um dennoch in allen für sie bedeutsamen Kooperationskreisen als legitimer Austauschpartner anerkannt zu werden. Gemeinsam bleibt allen lokalen und strukturellen Eigenarten, dass sie dennoch stets in enger Anlehnung an die allgemeinen kulturellen Regeln verbleiben (vgl. Holzer/Kuchler 2007: 77, 86). Damit müsse man „Institutionen in ihrer ganzen Diversität nicht nur als von unten, aus der menschlichen Erfahrung in bestimmten lokalen Verhältnissen heraus entstanden denken, sondern als von oben, von einer herrschenden universalistischen historischen Kultur abgeleitet“ (Meyer/Boli/Thomas 2005: 38). Der Einfluss dieser kulturellen Ordnung führt schließlich soweit, dass individuelle und kollektive Akteure Erwartungen bedienen, die sich in ihrem Einzelfall als vollkommen unnötig und unverständlich erweisen können:

„Auch die ärmsten Länder errichten Universitäten, die überqualifizierte Absolventen produzieren; nationale Planungsbehörden, die unrealistische Fünf-Jahres-Pläne schreiben; nationale Fluglinien, die hoch subventioniert werden müssen, und Autobahnen, die nirgendwo hinführen – alles Formen von ‚Entwicklung‘, die unter funktionalen Gesichtspunkten völlig irrational sind.“ (Meyer et al. 2005: 102)

Doch wer sind nun die Akteure, welche die Vorgaben der Weltkultur an Individuen, Organisationen und Staaten weitervermitteln? Und welches Potenzial besitzen sie, um die Adressaten in ihrem Interesse zu beeinflussen? Weltkulturtheoretiker nennen sie *rationalisierte Andere* (z. B. Meyer et al. 2005: 111), die als Verfechter weltkultureller Werte und Regeln auftreten und durch ihre herausragenden gesellschaftlichen Positionen und/oder Meinungshoheiten in hohem Maße Einfluss auf individuelle und kollektive Akteure nehmen. Zu diesen wirkmächtigen – unzähligen – Anderen zählen Wissenschaften ebenso wie Professionen, Verbände und internationale Organisationen. Besonders internationalen Nichtregierungsorganisationen wird in der Weltkulturtheorie eine große Bedeutung zugeschrieben. Sie zeigen Missstände auf und fordern die Realisierung weltkultureller Maxime ein. Dabei haben sie trotz ihrer fehlenden staatlichen Handlungs- und rechtlichen Entscheidungsmacht nicht in wenigen Fällen – ob in Umwelt-, Menschenrechts- oder Wirtschaftsfragen – eine solche gesellschaftlich anerkannte Bewertungsautorität inne, dass sie nahezu richterlich über die Legitimität als auch Illegitimität von Organisationen oder Staaten urteilen können – mit einflussreichen Konsequenzen für die Bewerteten.<sup>162</sup> Ähnliches Ansehen erfahren Wissenschaften und Professionen: Wissenschaftlich gewonnene Erkenntnisse gelten weithin als Wahrheit; ihre Berücksichtigung bei der Entscheidungs- und Handlungswahl wird als rational notwendig erachtet und kennzeichnet zugleich, wer verantwortungsbewusst handelt; Individuen, Organisationen ebenso wie Staaten, die nach außen als kompetent erscheinen wollen, kommen daher in der Moderne nicht umhin ihr Verhalten als wissenschaftlich – gleich professionell – gestützt zu beschreiben; ähnliche Geltung erfahren Modelle, die durch anerkannte Professionen als best practice-Beispiele präsentiert und beworben werden (vgl. Adick 2009: 269; Bernhard 2009:

<sup>162</sup> Denke man an die öffentliche und politische Aufmerksamkeit, die Greenpeace in Umweltfragen zuteilwird, Statements von amnesty international zu Menschenrechtsverletzungen und Unicef-Berichte zu Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen erfahren oder WTO und OECD in Wirtschaftsbelangen wecken – um nur einige Beispiele zu nennen.

40; Hasse/Krücken 2005: 193, 2009: 247; Holzer/Kuchler 2007: 83; Meyer et al. 2005: 115-118; Meyer/Jepperson 2005: 54). Indem diese Anderen – Wissenschaften und Professionen, aber auch internationale Organisationen – auch in der Rolle als Berater abseits individueller Interessenslagen höhere weltkulturelle Ziele vertreten, „also in der Behauptung [agieren], für allgemeine Wahrheiten und Standards zu sprechen“ (Meyer/Jepperson 2005: 64), werden sie als Autoritäten anerkannt.<sup>163</sup> Ihre Ziele stützen diese „reinen Anderen“ (ebd.) oder – an anderer Stelle – „neuen religiösen Eliten“ (Meyer et al. 2005: 131) sowohl auf wissenschaftliches Wissen als auch moralische Ordnungen. Dass die Einforderung moralisch legitimer Rechte nahezu immer mit rationalisierten wissenschaftlichen Erklärungen einhergeht, zeigt erneut den hohen Stellenwert wissenschaftlichen Wissens auf. So ließen sich moralische Argumente für Artenschutz oder Bildungsförderung umso berechtigter vorbringen, wenn diese zugleich durch wissenschaftliche Forschung als notwendig – für den Erhalt des ökologischen Gleichgewichts oder den Frieden und die Wohlstandssicherung einer Gesellschaft – definiert würden. Mit detaillierten rationalisierten und vielfältig empirisch unterfütterten Erklärungsmustern erfahren moderne Ziele und Strukturen schließlich solch umfassende Anerkennung, mit denen traditionelle Modelle nicht (mehr) mithalten können (vgl. Bernhard 2009: 32 f.; Meyer/Jepperson 2005: 55; Meyer et al. 2005: 91; Piwoni 2012: 64 f.).

Für Organisationen als zentralen Untersuchungsgegenstand wird deutlich, dass sie nicht nur Adressaten, Resultat und Träger der world polity sind, sondern zugleich als Absender und Beförderer gesellschaftlicher Entwicklungen im Allgemeinen und der Diffusion weltkultureller Institutionen im Besonderen wirken (vgl. Hasse/Krücken 2005: 194, 2009: 244; Meyer et al. 2005: 94 f.). Während Organisationen in früheren neoinstitutionalistischen Ansätzen noch stärker als Ergebnis des Ermessens und Verhaltens von Akteuren in Anlehnung an ihre institutionelle Umwelt galten, stellen sie aus weltkulturtheoretischer Perspektive sowohl die Verkörperung ihrer institutionellen Umwelt als auch deren Diffusionsagenten dar (vgl. Mense-Petermann 2006: 67-74).<sup>164</sup> Auch darin zeigt sich, dass die Grenzen zwischen Organisation und Umwelt in hohem Maße fließend sind (Meyer/Boli/Thomas 2005: 26).

## 2. Organisationen und Felder

Die gemeinsame Umwelt, in der ein Set von Organisationen agiert und der die Neoinstitutionalisten prägende Kraft auf die angehörenden Organisationen beimessen, wird als organisationales Feld gefasst.<sup>165</sup> Es stellt sowohl ein zentrales theoretisches Konzept als auch die primäre Analyseebene neoinstitutionalistischer Untersuchungen dar. Für DiMaggio und Powell (1983: 148), die wesentlich zur Etablierung des Konzepts in neoinstitutionalistische Ansätze beigetragen haben, setzt sich ein solches Feld grundlegend aus der Gesamtheit aller für das organisationale Leben relevanten Akteure zusammen. Dies impliziert sowohl die vielfältigen

---

<sup>163</sup> Meyer und Jepperson (2005: 80) beschreiben an anderer Stelle, dass die auf dieser „angeblich interessenlose[n] Agentschaft“ gestützten Autorität „den eigentümlichen strukturellen Idealismus des modernen Systems widerspiegelt“ [ohne Hervorhebungen aus dem Original].

<sup>164</sup> Eine dritte neoinstitutionalistische Vorstellung von Organisationen begreift diese selbst als Institution (vgl. Mense-Petermann 2006: 69 f.).

<sup>165</sup> Teils auch als Sektor (vgl. Scott/Meyer 1991).

Akteure, mit denen eine Organisation in Austausch tritt, als auch Akteure, die ähnliche Positionen einnehmen, selbst wenn sie nicht miteinander interagieren. Demnach sind Felder ebenso durch Verbundenheit als auch strukturelle Äquivalenz der feldangehörigen Akteure gekennzeichnet. Die Merkmale organisationaler Felder, auf die neoinstitutionalistische Autoren ihren Schwerpunkt setzten, variieren dabei. So wurden anfänglich insbesondere Organisationen gleicher Branche oder „mit vergleichbaren Strategien, ähnlicher Größe oder ähnlichem Status, mit gemeinsamer geographischer Lage oder auch vergleichbaren Finanzierungsformen“ (Walgenbach/Meyer 2008: 72) als Felder begriffen. Später wurde stärker auf bestehende Wechselbeziehungen und die gegenseitige Wahrnehmung von organisationalen Akteuren, auf verbindende Themen oder geteilte Sinnsysteme als Strukturierungsmerkmal organisationaler Felder fokussiert (ebd.: 73 f.).

Damit erfährt auch das Konzept institutioneller Logiken verstärkte Berücksichtigung, das organisationales Handeln auf einem spezifischen Feld eingebettet in eine spezifische institutionelle Ordnung betrachtet (vgl. Scott 2008: 186 f.).<sup>166</sup> Bei dem Versuch, Ideen, Praktiken oder Strukturen aus einem Feld in ein anderes zu übertragen, müssen die Diffusionsobjekte stets in dieses feldspezifische Sinnsystem übersetzt werden, um anschlussfähig zu werden (vgl. Campbell 2010: 98 ff.). Ergebnis dieser Übersetzungsleistungen sind dann häufig Anpassungen, die das Element in einem neuen Feld erfährt. Dies hat zur Konsequenz, dass nicht selten eine Vielzahl von Varianten oder hybriden Ausformungen allgemeiner Trends Verbreitung findet: „Das kann einerseits bedeuten, dass sich zwar bestimmte Label verbreiten, aber die konkret ausgeführten Praktiken divergieren oder dass Praktiken und Label diffundieren, aber die Bedeutung in den jeweiligen Kontexten eine andere ist, oder auch, dass identische Praktiken unter unterschiedlichen Namen institutionalisiert werden“ (Walgenbach/Meyer 2008: 110).

Obwohl Neoinstitutionalisten in der Vorstellung, wie sich Felder strukturieren, früh auch auf die Entstehung von interorganisationalen Herrschafts- und Koalitionsstrukturen verwiesen haben,<sup>167</sup> bleiben aus Sicht von Kritikern Macht- und Kräfteverhältnisse innerhalb eines Feldes und damit auch die Positionen, welche die einzelnen Akteure auf dem Feld besetzen, in neoinstitutionalistischen Arbeiten häufig unterbelichtet (vgl. Fligstein/McAdam 2012a: 63; Florian 2008: 132 f.). Um ungleiche Machtstrukturen bei der Betrachtung von Feldern und Felddynamiken stärker zu berücksichtigen, bietet es sich an die neoinstitutionalistische Perspektive mit dem feldanalytischen Theoriewerkzeug Pierre Bourdieus zu kombinieren, auf den neoinstitutionalistische Feldkonzepte bereits, jedoch nur bruchstückhaft rekurrieren (vgl. Florian 2008: 133 f.). Es kann weiter zu der Erklärung beitragen, wie und welche (neuen) Praktiken und Formen sich als Ausdruck der existierenden Feldkräfte und Machtbeziehungen

---

<sup>166</sup> Während Felder existieren, in denen eine dominante institutionelle Logik vorherrscht, zeichnen sich andere Felder durch eine Mehrzahl an – teils widersprüchlichen – institutionellen Logiken aus (vgl. Kirchner 2012: 47). Zur weiteren Begriffsbestimmung institutioneller Logiken vgl. Friedland und Alford (1991) sowie Thornton und Ocasio (2013).

<sup>167</sup> Neben den Eigenschaften zunehmender Interaktionsbeziehungen, wachsender Informationsmengen, welche die Akteure verarbeiten müssen, und dem gewachsenen Bewusstsein einer gemeinsamen Unternehmung, an der die Akteure partizipieren (vgl. DiMaggio/Powell 1983: 148).

in einem Feld durchsetzen können, von den verschiedenen Akteuren angenommen oder ausgelassen werden (vgl. Bernhard/Schmidt-Wellenburg 2012a: 38).

Für Bourdieu ist ein Feld zunächst ein sozialer Raum, der seine Struktur mittels Positionen erhält (vgl. Bourdieu 1993: 107), die relational zu begreifen sind. Er fasst es daher auch als „ein Netz oder eine Konfiguration von objektiven Relationen zwischen Positionen“ (Bourdieu/Wacquant 1996: 127). Welche Position ein Akteur in einem spezifischen Feld einnimmt, ist einerseits von seinem Besitz spezifischer Kapitalien (Machtressourcen) und andererseits von der feldspezifischen Bedeutung einzelner Kapitalsorten sowie ihrer Verteilung auf dem Feld insgesamt abhängig. Verfügt ein Akteur in einem Feld, das eine ungleiche Ressourcenverteilung aufweist, über eine große Summe verfügbarer Ressourcen (Kapitalvolumen), die in ihrer Zusammensetzung (Kapitalstruktur) zudem der aktuellen, sich über die Zeit entwickelten Relevanzsetzung des Feldes entspricht, nimmt er eine machtvolle Stellung ein.<sup>168</sup> Als Grundsorten benennt Bourdieu das ökonomische Kapital (verschiedene Formen materieller Besitztümer), das kulturelle Kapital (auch Informationskapital), das in inkorporierter (z. B. Fertigkeiten oder Wissen), objektivierter (z. B. Bücher, Kunstwerke oder Instrumente) und institutionalisierter Form (Bildungstitel wie Zeugnisse oder Zertifikate) auftritt, sowie das soziale Kapital (Netz sozialer Beziehungen und Gruppenzugehörigkeiten).<sup>169</sup> Welche Kapitalien in welcher Kombination wertvoll sind, ist abhängig vom jeweiligen Feld und seiner spezifischen Logik, einer Art Grundgesetz (Nomos), durch das sich einzelne Felder voneinander unterscheiden. Die Eigengesetzlichkeit des ökonomischen Feldes kann bspw. in den Grundsatz ‚Geschäft ist Geschäft‘ übersetzt werden (vgl. Bourdieu 1987: 194, 2015: 52-70; Bourdieu/Wacquant 1996: 127, 151).

In welcher Relation unterschiedliche Felder – wie das der Politik, der Kunst oder der Religion – zueinander stehen, welche Stellung ein Feld gegenüber einem anderen und welche Autonomie es erfährt, wird im Feld der Macht verhandelt. Es ist der ‚Ort‘, an dem mächtige Besitzer unterschiedlicher Kapitalsorten um die relative Wertigkeit ihres Kapitals wetteifern. Felder, deren dominantes Kapital oder deren spezifische Kapitalstruktur hoch im Kurs stehen, „sind autonomer und wirkmächtiger zugleich, was bedeutet, dass das in ihnen erwirtschaftete Kapital im Feld der Macht und damit auch in anderen Feldern als starke Währung gilt und umgekehrt der Einfluss der anderen Felder in diesem Feld relativ gering ist“ (Schmidt-Wellenburg 2014: 234).

Trotz der Verschiedenheit der Vielzahl sozialer Felder und ihrer Unterfelder etwa in ihrer spezifischen Logik oder ihrer relativen Stellung gegenüber anderen Feldern beschreibt Bourdieu allgemeine Gesetze, welche die „universalen Mechanismen von Feldern“ (Bourdieu 1993: 107) verständlich werden lassen. Dabei greift er meist auf Bilder zurück, die ein Feld als Kampfarena oder Spiel begreifen. Innerhalb jedes Feldes herrschen spezifische Interessensobjekte (Einsätze) sowie Spielregeln, die das Feld definieren. Akteure, die sich am Spiel

---

<sup>168</sup> Kapitalvolumen, Kapitalstruktur und deren zeitliche Entwicklung bilden eine dreidimensionale Struktur sozialer Räume (vgl. Bourdieu/Wacquant 1996: 171).

<sup>169</sup> Jede dieser Kapitalsorten kann darüber hinaus – gefasst als symbolisches Kapital – symbolische Effekte erzielen, die in Form von Anerkennung, Wertschätzung, Vertrauen anderer Akteure zum Ausdruck kommt (vgl. Bourdieu/Wacquant 1996: 151; Miebach 2014: 454 f.).

beteiligen, verfügen über verschiedene Trümpfe, die zuvor bereits als Kapitalausstattung eines Akteurs auf einer spezifischen Position beschrieben wurden. Diese Trümpfe bedingen die Zugangsmöglichkeiten der Akteure zu den feldspezifischen Profiten und dienen ihnen zugleich als Waffe im Kampf um den Erhalt oder die Veränderungen bestehender Machthierarchien. Während kapitalstarke, herrschende Feldangehörige tendenziell dazu neigen, bestehende Verhältnisse zu bewahren, tendieren Kapitalschwächere, häufig auch Neulinge, dazu für deren Umsturz zu sorgen (vgl. Bourdieu 1993: 107 ff.; Bourdieu/Wacquant 1996: 127-132, 140). Die Selbstverständlichkeit, mit der die Akteure spielen bzw. miteinander kämpfen, beschreibt der Begriff der Doxa (vgl. Barlösius 2011: 28; Bourdieu 1993: 109).

Akteure unterschiedlicher Positionen, die sich am Spiel beteiligten, teilen darüber hinaus das Verständnis, dass das Spiel sowie das Mitspielen lohnenswert sind. Dieser Glaube an den Sinn des Spiels als auch seiner Interessensobjekte und die motivationale Bindung der Akteure an das Spiel fasst Bourdieu als Illusio (Bourdieu/Wacquant 1996: 148 f.; vgl. auch Miebach 2014: 457 f.). Verankert ist sie ebenso wie die Spielregeln eines Feldes in den Habitus der Spieler, also in den Systemen „von – implizit oder explizit durch lernen erworbenen – Dispositionen“ (Bourdieu 1993: 113) oder „den dauerhaften und übertragbaren Systemen der Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Handlungsschemata, Ergebnis des Eingehens des Sozialen in die Körper (oder in die biologischen Individuen)“ (Bourdieu/Wacquant 1996: 160).<sup>170</sup> Während beide Definitionen bereits eröffnen, dass der Habitus durch Praxis (auf einem oder mehreren Feldern) erworben und damit durch diese strukturiert wird, wirkt er gleichzeitig auf die Felder, auf denen sich der Akteur als Habitus-Träger bewegt, strukturierend ein, indem er die Praxis seines Trägers prägt (ebd.: 154). Als offenes Dispositionssystem ist der Habitus trotz seiner Dauerhaftigkeit darüber hinaus jedoch nicht statisch, sondern im Austausch mit immer neuen Erfahrungen in gewissem Rahmen veränderbar; im Rahmen dessen, dass die Umstände es einer Person erlauben, neue Erfahrungen zu machen (ebd.: 167 f.).

Die Spielstrategien eines Spielers sind nun von seinen verfügbaren Kapitalien, seinem Habitus bzw. seiner Lerngeschichte und schließlich seiner sozialen Lage als objektive Chancenstruktur abhängig. Sie beeinflussen nicht nur, ob ein Spieler zurückhaltend oder offensiv agiert, sondern auch, um was er spielen will. D. h., ob er sich primär darum bemüht, innerhalb des bestehenden Regelwerks Kapitalgewinne zu generieren, um seine Machtposition zu verbessern oder zu bewahren, oder ob ihm an erster Stelle daran gelegen ist, die bestehenden Spielregeln anzupassen oder zu ersetzen, indem z. B. der spezifische Wert einer oder mehrerer Kapitalsorten versucht wird zu verändern. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass im Bourdieuschen Ansatz nicht nur die Spieler strategiefähig sind, sondern auch die Regeln eines Spiels strategisch eingesetzt werden können (vgl. ebd.: 129; Florian 2008: 140 f.).

Für das Verständnis der Verbreitung neuer Praktiken und Formen in einem spezifischen sozialen Feld bedeutet das, dass aus einer feldanalytischen Logik stets die Auswirkungen unterschiedlicher Feldpositionen sowie der Habitus der Akteure Berücksichtigung finden müssen.

---

<sup>170</sup> An dieser Stelle wird bereits deutlich, worauf später noch einmal eingegangen werden soll, dass Bourdieu im Wesentlichen individuelle Akteure eines Feldes im Blick hat, während die neoinstitutionalistische Betrachtung von Handlungsfeldern Organisationen als zentrale Akteure fokussiert.

Demnach geben die Akteurspositionen und die darin zum Ausdruck kommenden Machtverhältnisse und Herrschaftsstrukturen in einem Feld bspw. Auskunft über die Deutungshoheiten innerhalb eines Diskurses um eine Innovation, während die habituellen Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Handlungsschemata der Akteure nachvollziehen lassen können, was als denkbare, legitime Praktik in ihrem Feld Geltung erlangen kann und was nicht. „Verbote oder ethische Anweisungen“ (Bourdieu 1998a: 69) im Sinne von „hier kann man das nicht machen“ (ebd.) drücken bspw. die mit einer Feldposition verbundenen Einschränkungen aus, die das Verhalten eines Akteurs prägen. Übersetzt man diese feldtheoretischen Annahmen auf die idealtypischen Vermittlungsvarianten neuer Praktiken aus Sicht des klassischen Neoinstitutionalismus beruht die Durchsetzungskraft von Zwängen mitunter auf der relativen Stärke (Kapitalausstattung) eines Akteurs, ist normativer Druck an vorherrschende Vorstellungen des ‚richtigen‘ Verhaltens sozialer Gruppen geknüpft und Imitationsmöglichkeiten durch die Wahrnehmung bestimmt, ob eine neue Praktik als zu den bestehenden Denk- und Handlungsschemata der eigenen Gruppe passend bewertet werden (vgl. Florian 2008: 136).

Um eine neoinstitutionalistische und eine feldtheoretische Forschungsperspektive fruchtbar zu kombinieren, gilt es abschließend zu klären, (1) wie im Verständnis Letzterer der Begriff der Institution als Kernkonzept des Neoinstitutionalismus begriffen werden kann und (2) welche Möglichkeiten existieren, organisationale Akteure ins Zentrum einer sonst auf individuelle Akteure fokussierten Feldanalyse zu rücken.

(1) Trotzdem Institutionen im theoretischen Gerüst Bourdieus eine nachrangige Stellung einnehmen, was auch darin ersichtlich wird, dass Bourdieu es ausgelassen hat, eine Begriffsbestimmung der Institution vorzunehmen, ist der Begriff in zahlreichen seiner Schriften aufzufinden (vgl. Florian 2008: 133, 144; Bernhard/Schmidt-Wellenburg 2012a: 44). Aus einer Gesamtschau der Bourdieuschen Verwendungen des Institutionenbegriffs arbeitet Florian (2008: 146 f.) eine Definition heraus, die soziale Institutionen

„als eine besondere *Form sozialer Praxis* begreifen, die genau dann vorliegt, wenn die Akteure sich an *relativ dauerhaften, sozial legitimierten Regelmäßigkeiten* orientieren, die eine *gesellschaftliche Geltung* beanspruchen. Dieser Geltungsanspruch ist einerseits *objektiviert* durch soziale Feldstrukturen und durch den in einem Feld dominierenden *nomos*, an dem sich die Akteure in ihren Praktiken orientieren, und andererseits *inkorporiert* in Habitusdispositionen, das heißt in den Glaubensvorstellungen, den Erwartungen, den Neigungen *und* in der *illusio* der in den sozialen Feldern operierenden Akteure.“

Angelehnt an die idealtypische Trias von Institutionen nach Scott sind verbindliche Regelmäßigkeiten für den Autor ebenso in „nicht bewussten, vor-reflexiven *praktischen Präferenzen*“, in „informellen, aber bewusst und explizit eingeforderten *normativen Vorschriften*“ wie in „*regulativen Pflichten* der bewusst gestalteten und explizit erlassenen formalen Rechte, Gesetze und Verträge“ (ebd.: 148) verkörpert. Entsprechend der besonderen Bedeutung, die Bourdieu der zeitlichen Entwicklung beimisst (vgl. Bourdieu/Wacquant 1996: 171 f.), wie sie bereits in der Beschreibung feldspezifischer Relevanzstrukturen von Kapitalien angedeutet wurde, rückt die Feldforschung den Prozess der Institutionalisierung, als dessen Ergebnis eine Institution betrachtet wird, in den Fokus (vgl. Bernhard/Schmidt-Wellenburg 2012a: 42). Eine solche Perspektive eröffnet selbst die Möglichkeit, eine als *natürlich* erlebte Institution „durch eine Rekonstruktion [ihr]er *Genese* zu entzaubern“ (Florian 2008: 146).

(2) Daneben stellt sich die Frage, ob und in welcher Weise Organisationen als zentrale Akteure Eingang in eine feldanalytische Herangehensweise finden können. Zwar schenkt Bourdieu Organisationen und anderen kollektiven Akteuren im Vergleich zu individuellen Akteuren insbesondere in theoretischer Hinsicht nur wenig Aufmerksamkeit (vgl. Fligstein/McAdam 2012a: 87 f.; Hillebrandt 1999: 22), in seinen Feldbetrachtungen nehmen sie jedoch eine nicht unwichtige Stellung ein, wie z. B. Fernsehanstalten und Zeitungshäuser in der Beschreibung des journalistischen Feldes in Frankreich (Bourdieu 1998a). Für Baier und Schmitz (2012: 195) kommen Organisationen immer dann als Akteure einer feldanalytischen Untersuchung in Betracht, wenn „sich ein Feld konstruieren lässt, in dem sie als Träger von Positionen auftreten und Praktiken offenbaren (z. B. Strategien), die sich über ihre Zugehörigkeit zu *diesem* Feld erklären lassen“. Daneben steht der organisationale Habitus für „positional bestimmbare, wiederkehrende Praktiken und Strategien“ sowie „den Zusammenhang von Positionen und Stellungnahmen“ (ebd.: 200). Am Beispiel deutscher Hochschulen zeigen die Autoren auf, wie diese organisationalen Akteure sich in Wettbewerben um Ressourcen und externe Anerkennung zueinander positionieren, um ihre Stellungen auf dem gemeinsamen Feld wetteifern und über gruppenspezifische Habitus klassifizieren und voneinander abgrenzen.

Dass sich neoinstitutionalistische und feldtheoretische Auffassungen mit Bezug auf Organisationen als zentrale Akteure fruchtbar verbinden lassen, zeigen Fligstein und McAdams (2012a) auf, die in ihrer allgemeinen Theorie strategischer Handlungsfelder das strategische Handeln kollektiver Akteure auf Feldern der Meso-Ebene ins Zentrum des Interesses stellen. Die *strategic action fields* (SAFs) werden von den Autoren als Akteursarenen verstanden, „in denen mit unterschiedlichen Ressourcen ausgestattete Akteure um Vorteile ringen“ (ebd.: 61). Zur Schärfung des neoinstitutionalistischen Konzepts der institutionellen Logiken schlagen sie vor, SAFs basierend auf vier Formen des Sinns zu betrachten. Zu dieser Grundlage eines SAF zählen das geteilte Verständnis der Feldangehörigen (1) über das spezifische Terrain (den zentralen Sachverhalt oder mit Bourdieu das Interessensobjekt) eines Feldes, (2) über die beteiligten Akteursgruppen sowie deren Rollen- und Machtverteilung, (3) über die geltenden Regeln, die festlegen, welche Strategien möglich, akzeptabel und für die jeweilige Position eines Akteurs sinnvoll sind und schließlich existiert (4) ein interpretativer Rahmen, der es den Akteuren erlaubt, das Handeln anderer Feldangehöriger vom Standpunkt ihrer eigenen Feldposition aus nachzuvollziehen. Die Betonung unterschiedlicher Positionen von Akteuren soll verdeutlichen, dass Akteure auf einem gemeinsamen Feld trotz geteilter Grundansichten Vorurteile sowohl unterschiedlich bewerten als auch auf sie reagieren können. Zusätzlich verfügen die Akteure – klassifiziert in Etablierte, Herausforderer und konservative Kräfte (sog. *Governance Units*) – über eine Sozialkompetenz, die es ihnen in je eigenem Maß ermöglicht, ihre subjektive und objektive Umgebung zu begreifen, Handlungsstrategien zu erarbeiten und andere Akteure dafür zu gewinnen, sich hierbei mit einzubringen (ebd.: 62-68). Die Verbindung neoinstitutionalistischer und feldtheoretischer Ansätze ermöglicht es den Autoren, gleichzeitig die „als selbstverständlich wahrgenommene Alltagsrealität und den alltäglichen Kampf von Etablierten und Herausforderern um Ressourcen“ (Bernhard/Schmidt-Wellenburg 2012b: 13) auf sozialen Feldern zu betonen.

Um Wandel und Stabilität von SAFs erfassen zu können, müsse eine Betrachtung von Handlungsfeldern auch deren Umwelteinbettung berücksichtigen. Die Umwelt eines Feldes kann als vielschichtiges Netzwerk einer Vielzahl von teils angrenzenden und teils entfernten, zum einen vertikal und zum anderen horizontal zum Untersuchungsfeld verorteten sowie staatlichen und nichtstaatlichen Feldern verstanden werden.<sup>171</sup> Die Beziehungen, die ein Feld zu anderen Feldern unterhält, sind aus Sicht der Autoren ausschlaggebend für die Dynamik eines SAF. „Denn zwar können Krisen in Feldern die Folge innerer Prozesse sein, weitaus häufiger aber sind sie das Ergebnis einer exogenen Erschütterung, die von einem angrenzenden Feld ausgeht“ (Fligstein/McAdam 2012a: 69, vgl. auch Kap. II 1.). Die Wahrnehmung von Bedrohung oder Chance innerhalb eines Feldes leitet dann den Prozess ein, indem um die Stabilität bzw. die Veränderung des Feldes, d. h. auch um die Definitions- und Deutungshoheiten, gewetteifert wird. In Einklang mit der Bewertung Bourdieus neigen auch laut Fligstein und McAdams Etablierte dabei tendenziell zum Erhalt des Status quo, während Herausforderer eher innovative Strategien bevorzugen. Bei alledem treten die kollektiven Akteure in der Regel in Gruppen auf, wodurch Etablierte und Herausforderer eher als dominierende Koalition und machtvollere Opposition zu begreifen sind (ebd.: 65-72). Schließlich unterscheidet die Theorie strategischer Handlungsfelder noch zwischen verschiedenen Stadien, in denen sich ein Feld befinden kann. Dabei stehen emergente Felder für solche SAFs, die sich neu entwickeln und in denen Akteure daran arbeiten ein spezifisches Feldterrain und -regularium abzustocken, weswegen auch von sich institutionalisierenden Feldern gesprochen werden kann. Daneben sind für stabile (institutionalisierte) Felder vor allem Reproduktionsprozesse der bestehenden sozialen Ordnung kennzeichnend, während instabile (sich wandelnde oder deinstitutionalisierende) Felder mit Krisen wie z. B. das Eindringen externer Akteure, politische Entscheidungen, kriegerische Konflikte oder Preisverfälle konfrontiert sind, welche ihre Stabilität bedrohen (ebd.: 72-82).

### ***Schlussbemerkungen***

So wie im soziologischen Neoinstitutionalismus und der Bourdieuschen Feldtheorie theoretische Annahmen in enger Verbindung zu empirischen Forschungsergebnissen herausgearbeitet werden, so erheben auch die Verfasser der allgemeinen Theorie strategischer Handlungsfelder den Anspruch, dass sich der Wert ihres Ansatzes erst in der Auseinandersetzung mit der empirischen Wirklichkeit zeigen kann (vgl. ebd.: 92 f.; Hasse/Krücken 1999: 94). Für die vorliegende Arbeit, die sich empirisch mit dem Feld der stationären Altenpflege in Deutschland befasst, nehmen die dargestellten theoretischen Aussagen die Rolle eines grundlegenden Werkzeugs ein, mit dessen Hilfe sich dem Untersuchungsgegenstand angenähert werden soll ohne dass seine ‚Handhabung‘ jedoch im Detail diktiert oder der Blick für alternative Interpretationsfolien versperrt ist, die sich aus dem empirischen Material heraus zu erkennen geben. Vielmehr noch soll das empirische Material wiederum zur Reflexion des theoretischen Werkzeugs beitragen. Auch nach Kelle (2015: 333) lassen sich solche allgemeinen Sozialthe-

---

<sup>171</sup> Staatliche Felder nehmen mittels ihres Monopols, allgemeinverbindliche Regeln festzusetzen, hierbei eine Sonderrolle ein (Heiberger 2015: 64).

orien oder „[e]mpirisch gehaltlose[n] Theoreme [...] als ein theoretisches Raster verwenden, das sukzessive anhand empirischer Beobachtungen aufgefüllt werden kann, um Theorien kurzer und mittlerer Reichweite, die Phänomene in konkreten Handlungsfeldern erklären, empirisch begründet zu konstruieren“. Mit diesem theoretischen Raster werden stationäre Altenpflegeeinrichtungen nun zunächst als organisationale Akteure eingebettet in ein relational zu begreifendes, sich über die Zeit entwickeltes soziales Handlungsfeld begriffen, auf dem sie spezifische Positionen einnehmen und um Ressourcen, Herrschaftsstrukturen und Deutungshoheiten wetteifern (vgl. im Detail Kap. IV. 2.). Soziale Praktiken dieser Organisationen, d. h. auch verbindliche, zum Teil unhinterfragte Institutionen wie Präferenzen, Normen oder Regeln sowie Prozesse ihrer (De-)Institutionalisierung gelten dabei erst in Verbindung zu ihren subjektiven wie objektiven Kontexten als verständlich.

### III. Alter und Migration aus internationaler Perspektive

Die Beachtung des Alters und Älterwerdens von Migrantinnen und Migranten ist bei Weitem kein ausschließlich deutsches Phänomen. Schon die geteilte Erfahrung der Anwerbepolitik von Arbeitsmigranten seit Mitte des 20. Jahrhunderts in weiten Teilen Westeuropas legt die Vermutung nahe, dass auch andernorts das Alter(n) von Einwanderern Aufmerksamkeit hervorgerufen hat. Auch die koloniale Vergangenheit sowie weltweite Vertreibung und Flucht innerhalb und nach Europa, die im vergangenen Jahrhundert zu wiederholten Einwanderungsbewegungen und in der Folge zur Ausdifferenzierung der Bevölkerungsstrukturen in vielen westeuropäischen Staaten beigetragen haben, befördern diese Annahme. Noch offensichtlicher, ließe sich in dieser Denkrichtung erwarten, müssten Fragen des Älterwerdens und -seins von Migranten als auch Angehörigen ethnischer Minderheiten in den traditionsreichen Einwanderungsländern Nordamerikas zutage treten. Diese Vorstellung zu prüfen und zugleich die Möglichkeit zu gewinnen, im weiteren Verlauf dieser Studie den deutschen Fall kontrastierend zu schärfen, dazu sollen die nachfolgenden Kapitel dienen. Dabei werden in Anlehnung an vorherige Ausführungen (vgl. Kap. I.) zunächst der Forschungsstand zu älteren Migranten und Minderheitenangehörigen als auch bestehende Wohlfahrts- und Altenpflegesysteme ausgewählter Länder vorgestellt (Kap. III. 1. und 2.). Daran anschließend wird die Frage beleuchtet, ob ähnlich des vorgestellten deutschen Diskurses in den Untersuchungsländern Überlegungen angestellt werden, inwieweit die bestehenden Altenpflegestrukturen Bedarfen und Bedürfnissen von Senioren mit Migrationshintergrund bzw. aus ethnischen Minderheiten begegnen (können). Hierfür sollen sowohl fachliche sowie (gesellschafts-)politische Diskurse (*talk*) als auch realisierte Praxen (*action*) zusammengefasst und wo möglich deren Begründungszusammenhänge dargelegt werden (Kap. III. 3.).<sup>172</sup>

Die folgende Skizze<sup>173</sup> internationaler Perspektiven und Erfahrungen im Themenfeld von *Alter* und *Ethnizität* bzw. *Migration* konzentriert sich einerseits auf europäische Nachbarn der Bundesrepublik, insbesondere Großbritannien, die Niederlande und die Schweiz, aber auch Frankreich und Schweden sowie andererseits auf Kenntnisse, die aus den USA und teilweise aus Kanada gewonnen werden konnten. Der Auswahl der Untersuchungsländer liegen sowohl (1) Vergleichsmomente etwa der Anwerbepolitik von Arbeitsmigranten in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts (z. B. in Frankreich, den Niederlanden, der Schweiz und Schweden) sowie (2) divergente Migrationsgeschichten zu ehemaligen Kolonialmächten wie etwa den Niederlanden, Großbritannien und Frankreich und zu traditionellen Einwanderungsländern wie der USA und Kanada als auch (3) forschungspragmatische Gründe vorhandener, zugänglicher Literatur in deutscher und englischer Sprache zugrunde.

---

<sup>172</sup> Untersuchungselemente, die für den deutschen Fall im nachfolgenden Kapitel behandelt werden (Kap. IV. 2.).

<sup>173</sup> Mehr als einen skizzenhaften Überblick internationaler Erfahrungen und Entwicklungen im Hinblick auf den Untersuchungsgegenstand kann die vorliegende Untersuchung im bestehenden Zuschnitt nicht leisten.

## 1. Ältere Migranten und Minderheitenangehörige

### *Nordamerikanische Situation – insbesondere USA*

Bereits 20 Jahre bevor ältere Migranten in Deutschland und den meisten west- und nordeuropäischen Ländern Beachtung erfuhren, waren ältere Einwanderer und Minderheitenangehörige in das Interessensgebiet US-amerikanischer Forschung gerückt (vgl. Warnes/Williams 2006: 1258). Während durch die Bürgerrechtsbewegungen der afroamerikanischen Bevölkerung in den 1960er Jahren eine Sensibilisierung gegenüber den Belangen ethnischer Minderheiten in den Vereinigten Staaten vorangetrieben wurde, riefen die demographischen Entwicklungen dieser Zeit spätestens zu Beginn der 1970er Jahre zunehmend auch das Interesse für ältere Minderheitenangehörigen hervor (Dietzel-Papakyriakou 1993b: 12). Dabei lag der Fokus der Untersuchungen zunächst auf den größten Minderheitengruppen, den afroamerikanischen (vgl. u. a. Jackson 1971; Kent 1971b) und spanischsprachigen Älteren (vgl. u. a. Carp 1969; Crouch 1972; Eribes/Bradley-Rawls 1978; Moore 1971a).<sup>174</sup> Ähnlich zu den **Lebenslagen** älterer Migranten in Deutschland würden Einkommensbenachteiligungen, fehlende finanzielle Vorsorgemaßnahmen bis hin zu hohen Armutsraten das Alter für die Mehrheit ethnischer Minderheitenangehöriger prägen, was ebenso frühe Veröffentlichungen als auch neue Untersuchungen nahelegen (vgl. Jackson et al. 2005: 478; Markides 1983: 121; McCallion 2014: 278; Treas/Batalova 2009: 379; Wray 1991: 245 f.). In einer frühen Arbeit zeichnet Guttmann (1979: 256) zugleich die subjektiven Folgen dieser objektiven Deprivation nach, wenn er herausstellt, dass die finanzielle Absicherung als eine der wesentlichen Zukunftsängste älterer Immigranten angesehen werden muss.<sup>175</sup> Folgt man Yeo (2009) ermöglicht die Betrachtung einzelner ethnischer Minderheitengruppen in den Vereinigten Staaten jedoch ein differenziertes Bild. Dieses macht deutlich, dass neben jenen ökonomisch stark benachteiligten älteren Immigranten andere ältere, wenn auch kleine Minderheitengruppen stehen, die finanziell durchschnittlich ähnlich oder sogar besser ausgestattet sind als Senioren der *non-hispanic white*, der ‚weißen‘ Mehrheit. Gleichwohl müssen finanzielle Mangellagen als wesentliche Belastungsfaktoren vieler *ethnic elders* gelten, die sich auch in vergleichsweise höheren Erwerbsquoten im Alter sowie vermehrtem Sozialleistungsbezug widerspiegeln (vgl. Population Reference Bureau 2013: 3 f.).<sup>176</sup>

In der Bewertung der gesundheitlichen Lage älterer Immigranten kommen US-amerikanische Forscher zu unterschiedlichen Erkenntnissen. Während verschiedene Studien einerseits dafür sprechen, dass die Mehrheit der eingewanderten Bevölkerung gesundheitlich besser ausgestat-

<sup>174</sup> In Kanada konzentrieren sich die Forschungsbemühungen bis heute auf die größten Gruppen der chinesisch- und südasiatisch-stämmigen Senioren (vgl. Koehn et al. 2013: 437).

<sup>175</sup> Dass finanzielle Unsicherheiten auch in Zukunft das Alter ethnischer Minderheiten in den USA beeinflussen werden, macht etwa die finanzielle Unterausstattung der großen Bevölkerungsgruppe der Latino-Babyboomers deutlich. Diese nächste große Altkohorte einer ethnischen Minderheit sei ökonomisch weit schlechter auf das Rentenleben vorbereitet, als es für die US-amerikanische Bevölkerung insgesamt der Fall sei (vgl. Demko/Torres-Gil 2015: 420).

<sup>176</sup> Dabei gelte es zu beachten, dass Sozialleistungen gegenwärtig noch in weit umfassenderem Maße durch ältere Immigranten bezogen würden, wenn mehr nichteingebürgerte Senioren Bezugsrechte für das zentrale Programm des *Supplemental Security Income (SSI)* – ein Bundesprogramm für einkommensschwache Senioren und Behinderte – besäßen. Seit einer Gesetzesreform im Jahr 1996 sind diese Leistungen jedoch vielen ausländischen Bürgern verwehrt (vgl. Population Reference Bureau 2013: 4).

tet sei und eine höhere Lebenserwartung verzeichne als die Gesamtbevölkerung, was den zuvor bereits beschriebenen *healthy migrant effect* belegen und u. a. auf ein besseres Gesundheitsverhalten sowie stärkere soziale Unterstützungsnetzwerke älterer Immigranten verweisen soll, zeigen andere Untersuchungen eine mehrheitliche gesundheitliche Benachteiligung von Senioren aus ethnischen Minderheitengruppen auf. Zur Erklärung für die schlechte gesundheitliche Lage werden sowohl geringe Bildungshintergründe und eingeschränkte materielle Mittel als auch körperlich schwere Arbeitsbedingungen, schlechte Ernährung und hohe Geburtenraten angeführt (vgl. Alston/Aguirre 1987: 626 ff.; Newton 1980: 209; Peek et al. 2004; Population Reference Bureau 2013: 5 ff.; Wray 1991: 246). Die Zusammenschau der Literatur legt nahe, dass bezogen auf unterschiedliche Minderheitengruppen aktuell häufiger erhöhte Einschränkungen hinsichtlich der gesundheitlichen Lage älterer Minderheitenangehöriger im Gegensatz zu resilienten Faktoren und gesundheitlichen Ressourcen thematisiert werden; und dies sowohl hinsichtlich chronischer Erkrankungen und Demenzraten als auch vorhandener Gesundheitskompetenz beispielsweise bzgl. der Nutzung(smöglichkeiten) von Angeboten der Gesundheitsversorgung und -vorsorge (*health literacy*) sowie der medizintechnischen Ausstattung etwa mit Seh- und Hörhilfen (vgl. Mahoney et al. 2005: 784; Okafor 2009: 556; Xakellis et al. 2004: 137 f.; Yeo 2009: 1279, 1282).

Aus der Feststellung mehrfacher Deprivation älterer Immigranten entstand das Konzept der *double jeopardy*, das zu einer der frühen Hauptforschungslinien bzgl. dieser Untersuchungsgruppe in den USA zu rechnen ist (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1993b: 14 f.). Es geht von einer doppelten Belastung älterer Migranten aus, indem sich Problemlagen des Alters sowie des Minderheitenstatus addierten (vgl. Dowd/Bengston 1978: 427). Verschiedene amerikanische Gruppierungen wie das *National Council on the Aging*, eine gemeinnützige Interessenvertretung für Senioren, sowie die Bürgerrechtsorganisation *National Urban League* stellten diese Hypothese auf, um auf die Benachteiligung afroamerikanischer Älterer hinsichtlich Einkommen und Gesundheit sowie Wohnverhältnissen und Lebenszufriedenheit aufmerksam zu machen (vgl. Markides 1983: 117). Trotz einer fehlenden eindeutigen empirischen Unterstützung der *double jeopardy*-Hypothese erfuhr sie in der USA insbesondere in den ersten Forschungsjahren eine breite Rezeption sowie viele Weiterentwicklungen hinzu *triple* und *multiple jeopardy*-Ansätzen.<sup>177</sup> Letztere versuchten dabei Faktoren des Geschlechts, der Diskriminierung und andere in die Analysen zu integrieren (vgl. u. a. Havens/Chappell 1983; Markides 1983: 130; Penning 1983).<sup>178</sup> Die auch im Konzept der *double jeopardy* zum Ausdruck kommende Fokussierung auf Problemlagen älterer Minderheitenangehöriger blieb nicht frei von Kritik. Nicht nur gelte es diesen defizitorientierten Blick in der Weiterentwicklung der Forschung zu älteren Einwanderern zu überwinden, sondern zugleich deren vielseitige Lebenslagen und -stile kenntlich zu machen. Zu häufig hätte die junge Forschungslandschaft die heterogenen Hintergründe ihrer Untersuchungsgruppe zu undifferenziert dargestellt oder, wie im Falle

<sup>177</sup> Zur kritischen Diskussion der *double jeopardy*-Hypothese vgl. u. a. Gibson (1989).

<sup>178</sup> Auch Dill (1989: 88) knüpft, wie andere deutsche Autoren (vgl. z. B. Koch-Straube 1991: 103; Kürsat-Ahlers 1990: 58), an dieses Konzept an, wenn sie annimmt, dass durch „die doppelte Negativzuschreibung ‚Ausländer‘ und ‚alt‘“ die Belastungsfaktoren für ältere Migranten bei Renteneintritt im Vergleich zu den Problemlagen älterer deutscher Ruheständler schwerer wögen.

weißer Minderheiten, weitgehend übersehen (vgl. Fandetti/Gelfand 1976: 544; Gibson 1989; Holzberg 1982a: 252; Kalish/Yuen 1971: 38; Rosenthal 1983: 8). Tatsächlich sei die Gruppe älterer Immigranten aber ebenso heterogen, wie die Gesellschaft insgesamt (vgl. Guttman 1979: 247). Dass diese Tatsache heute stärker gewürdigt wird, lassen gegenwärtige Veröffentlichungen erkennen (vgl. Mejía-Arango/Ham-Chande/Coubès 2015: 301; Treas/Batalova 2009: 375 f.; Yeo 2009).

Die Vereinigten Staaten von Amerika zählen neben Kanada und Australien nicht nur zu den sogenannten *klassischen* Einwanderungsländern, sondern sie gelten laut Parrott (2012: 1) als „das Einwanderungsland schlechthin“. Nachdem lange Zeit vor allem Europäer in die USA einwanderten, wird die Zuwanderung heute insbesondere durch Lateinamerikaner und Asiaten geprägt.<sup>179</sup> Die heterogenen Gruppen von Einwanderern und deren Nachkommen bilden zusammen mit den gesellschaftlichen Minderheiten den *Blacks* und *Natives* eine hoch diverse Bevölkerungsgruppe der *racial and ethnic minorities*. Insbesondere durch das Wachstum der Großgruppen der Hispanier, Afroamerikaner und Asiaten gefördert nehmen ethnische Minderheiten einen zunehmenden Anteil an der US-amerikanischen Gesamtbevölkerung ein. Mehr noch als die genannten Minderheitengruppen insgesamt wächst die Gruppe der Älteren unter ihnen (vgl. Feng et al. 2011: 1361 f.; Parrott 2012; Treas/Batalova 2009: 369). Folgende Tabelle 2 gibt Aufschluss über die Zusammensetzung der Altenbevölkerung in den USA. Im Jahr 2010 waren 12,7 Prozent der US-amerikanischen Bevölkerung 65 Jahre und älter. Die größte Mehrheit unter ihnen stellt mit rund 80 Prozent die nicht-hispanische weiße Mehrheit dar. Mit großem Abstand folgen 8,6 Prozent Afroamerikaner, 7,3 Prozent Hispanier, 3,5 Prozent Asiaten sowie 1,0 Prozent Andere wie z. B. die indigene Bevölkerung (*American Indians* und *Alaska Natives*). Der Vergleich mit den Gruppenanteilen sieben Jahre zuvor (2003) macht dabei deutlich, dass der Anteil älterer Immigranten und Minderheitenangehörigen indes steigt. Zwar erfährt die Bevölkerung der USA auch insgesamt ein Wachstum ihrer Altenpopulation, dies jedoch prozentual in einem deutlich stärkeren Ausmaß innerhalb der ethnischen Minderheiten als der weißen Mehrheit. Während ethnische Minderheiten in den USA gleichwohl ein jüngeres Durchschnittsalter aufweisen, worauf auch die Daten zum Anteil der 65-Jährigen und Älteren innerhalb der Gruppen deutlich machen, gewinnen *ethnic elders* somit auch statistisch an Bedeutung (vgl. Census Bureau 2003a, 2003b, 2003c, 2011a, 2011b, 2011c).<sup>180</sup>

**Tabelle 2: US-amerikanische Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter (2010)**

	Anzahl	Prozent	Prozent im Jahr 2003	Wachstumsrate in Prozent	Anteil 65+ innerhalb der Gruppe
Whites	30.736.000	79,6	81,8	9,7	15,6
Blacks	3.320.000	8,6	8,3	16,2	8,6
Hispanics	2.815.000	7,3	6,0	37,1	5,8
Asians	1.350.000	3,5	2,9	38,2	9,6
Others	392.000	1,0	1,0	18,8	-
Total	38.613.000	100	100	12,8	12,7

Quellen: Teils eigene Berechnungen (Census Bureau 2003a, 2003b, 2003c, 2011a, 2011b, 2011c).

<sup>179</sup> Auch Kanada war historisch durch Einwanderung aus Europa geprägt, bevor sich die Herkunftsregionen der Migranten durch die Abkehr von der rassistisch geprägten Einwanderungspolitik und die Umstellung auf das bestehende Punktesystem in den 1960er Jahren schrittweise vervielfältigten. Im Jahr 2006 stammten rund 58 Prozent der Neuzuwanderer aus Asien gegenüber rund 16 Prozent europäischer Immigranten (vgl. Durst/Barrass 2014: 246; Elrick 2013: 2).

<sup>180</sup> In Kanada nahmen im Jahr 2011 ältere Einwanderer einen Anteil von 30 Prozent unter allen 14,9 Prozent Kanadiern ein, die 65 Jahre und älter waren (vgl. Durst/Barrass 2014: 250).

Für Praxis und Politik bleibt dabei bedeutend, dass trotz der vielfach vorgenommenen Verallgemeinerung im Zuge der Beschreibung der genannten Großgruppen – und zwar sowohl im Hinblick auf die weiße Mehrheitsbevölkerung als auch die ethnischen Minderheiten – die US-amerikanische Altenbevölkerung eine große Heterogenität aufweist etwa bezogen auf die Herkunftsländer<sup>181</sup>, Muttersprachen, Religionszugehörigkeiten, den Aufenthaltsstatus, Akkulturationsgrad oder Bildungshintergrund u. v. m.<sup>182</sup> Ebenso vielfältig sind die Migrationsgründe und -geschichten älterer Einwanderer. Unter ihnen finden sich ebenso Rentnemigranten und Vertriebene wie Personen, die der Familienzusammenführung wegen ihre Herkunftsländer verlassen haben. Neben jenen, die in jungen Jahren in die Vereinigten Staaten eingewandert und dort alt geworden sind, leben ältere ethnische Minderheitenangehörige, die in den USA geboren worden oder aber erst im Alter immigriert sind (vgl. Mejía-Arango/Ham-Chande/Coubès 2015: 301; Yeo 2009: 1278).<sup>183</sup> Letztes Phänomen gewann seit einer Gesetzesreform Mitte der 1960er Jahre, die es eingebürgerten US-Amerikanern erleichterte, den Zuzug ihrer Eltern zu beantragen, an Bedeutung. Während die Immigration von Senioren (60 Jahre und älter) seither insgesamt zugenommen hat, schwanken die Einwanderungszahlen jedoch jährlich, z. B. von 40.000 Personen im Jahr 1986 zu 86.000 in 2010 und mit einem Höchststand im Jahr 2006 von nahezu 101.000 älteren Einwanderern (Population Reference Bureau 2013: 2).<sup>184</sup>

Auch sie, die *older new immigrants*, zu denen jedoch bisher noch wenige Forschungsergebnisse vorliegen, stellen eine bedeutende, spezifische Gruppe für Fragen der Altenhilfe und -pflege dar, zählen sie nicht selten aufgrund fehlender englischer Sprachkenntnisse, geringer sozialer Netzwerke, bestehender Hürden zu sozialen Diensten und teils fehlender Sozialleistungsansprüche zu den Schwächsten innerhalb der Altenbevölkerung (vgl. ebd.).<sup>185</sup> Eine andere, oft übersehene Gruppe von Senioren in prekären Lebenslagen bilden die auf Schätzungen beruhenden etwa 1 Millionen *undocumented elderly immigrants*. Sie sind, obwohl sie teilweise selbst in die Steuer- und Sozialsysteme der USA einzahlen, von nahezu allen staatlichen (Fürsorge-)Leistungen ausgenommen.<sup>186</sup> Durch die Erwartung zunehmender Bleibeabsichten undokumentierter Einwanderer auch im Alter muss in Zukunft von einer steigenden Anzahl undokumentierter Senioren in den USA ausgegangen werden (vgl. Scholten 2015; Yeo 2009: 1279). Darüber hinaus gehen Prognosen, dem Trend der vergangenen Jahrzehnte entsprechend, von einem zunehmenden Wachstum älterer Einwanderer und Minderheitenangehörigen aus. So wird erwartet, dass der Anteil der 65-jährigen und älteren Personen, die einer ethnischen Minderheit zugehörig sind, von 20 Prozent im Jahr 2010 auf 41 Prozent im Jahr 2050 ansteigen wird. Nach den *non-hispanic whites* sollen Hispanier dann die zweitgrößte Gruppe unter den Alten bilden (Padilla-Frausto/Wallace/Benjamin 2014: 227).<sup>187</sup>

<sup>181</sup> Denke man beispielsweise nur an *die* hispanische Minderheit, der ebenso dominikanisch-, kubanisch-, mexikanisch-, puerto-ricanisch-stämmige und weitere Personen angehören oder *die* Gruppe der *Asians*, zu denen u. a. Chinesen, Japaner, Kambodschaner, Koreaner, Laoten, Philippiner, Pakistaner und Vietnamesen zu zählen sind.

<sup>182</sup> Aufgrund dieser Diversität, die auch innerhalb einzelner Minderheitengruppen sowie in verschiedenen Kohorten zu verzeichnen ist, sprechen sich Torres-Gil und Kollegen (2014: 376) für die Abkehr von Untersuchungskategorien wie der ethnischen Zugehörigkeit und die Erarbeitung neuer, repräsentativerer Unterscheidungsmerkmale aus.

<sup>183</sup> Auch eine Rückkehrmigration in die Herkunftsländer spielt für das Alter mancher Einwanderer eine Rolle (vgl. Mejía-Arango/Ham-Chande/Coubès 2015: 301).

<sup>184</sup> Dass gerade auch aus Mexiko eine zunehmende Altersmigration in die USA verzeichnet wird, ist u. a. der jüngsten restriktiven Einwanderungspolitik der Vereinigten Staaten geschuldet, welche die Aus- und Wiedereinreise der in den USA lebenden Kindern erschwert hat (vgl. Mejía-Arango/Ham-Chande/Coubès 2015: 303).

<sup>185</sup> Wie zu *older new immigrants* existieren auch zu anderen kleinen Gruppen von *ethnic elders* bspw. den arabischstämmigen und muslimischen Älteren nur wenige Veröffentlichungen (vgl. Kelley-Moore/Thorpe 2014: 502; Salari 2002).

<sup>186</sup> So arbeiten undokumentierte Einwanderer teilweise selbst bis ins hohe Alter in der ambulanten Altenpflege oder als Haushalts- und Pflegehilfen in privaten Haushalten (vgl. Scholten 2015).

<sup>187</sup> Dass dies die einzelnen Bundesstaaten und damit auch die regionalen Altenpflegesysteme unterschiedlich stark betreffen wird, verdeutlicht bereits die gegenwärtige regionale Diversität. Während in Staaten wie New York, Kalifornien oder Hawaii im Jahr 2000 bereits mehr als 20 Prozent der Altenbevölkerung im Ausland geboren worden ist, trifft dies im Mittleren Westen und im Südosten der USA auf weniger als fünf Prozent der Senioren zu (vgl. Treas/Batalova 2009: 375).

Um die Bevölkerungsstruktur älterer Minderheiten in den USA im Nachfolgenden mit der europäischen Situation vergleichen zu können, bedarf es abschließend noch eines kurzen Blicks auf die *foreign-born older adults*, jene außerhalb der USA geborenen Senioren, die 60 Jahre und älter sind (unabhängig ihres Aufenthaltsstatus). Von allen im Ausland geborenen US-Bürgern waren im Jahr 2010 17,5 Prozent 60 Jahre und älter (Gesamtbevölkerung: 18,0 %, Einheimische: 18,1 %). Während sie in der Gesamtbevölkerung nur einen Anteil von 2,2 Prozent einnehmen, repräsentieren sie 12,0 Prozent aller in den USA lebenden (registrierten) Senioren im Alter ab 60 Jahren (Tab. 3) (vgl. Census Bureau 2011d, 2011e; eigene Berechnungen).

**Tabelle 3: Im Ausland geborene Einwohner der USA im Alter von 60 Jahren und älter (2010)**

Land	Anzahl	Anteil der im Ausland Geborenen 60+ an allen 60+ in Prozent
USA	6.571.000	12,0

Quellen: Eigene Berechnungen (Census Bureau 2011d, 2011e).

Im Hinblick auf die **sozialen Strukturen** älterer Immigranten zeigen sich viele Parallelen zwischen US-amerikanischer und deutscher Forschung. In der Betrachtung der englischen Sprachfähigkeiten älterer Einwanderer werden Chancen und Hindernisse ihrer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, der Inanspruchnahme öffentlicher Dienstleistungen sowie der Eingliederung in die Mehrheitsgesellschaft diskutiert. Dabei zeigen sich enorme nationalitäten- und ethniespezifische Unterschiede in den Sprachfertigkeiten, die zugleich mit der Aufenthaltsdauer sowie dem Wohn- und sozialen Umfeld der Betroffenen in Zusammenhang stehen (vgl. Population Reference Bureau 2013: 2; Treas/Batalova 2009: 380 ff.; Yeo 2009: 1279 f.). Analysen der Familienstrukturen stellen darüber hinaus nicht nur die Abhängigkeit älterer Minderheitenangehöriger von den Unterstützungsleistungen ihrer Kinder sowie die reziproken Hilfeleistungen in Form von Enkelkinderbetreuung einerseits und Pflege andererseits zur Diskussion (vgl. Gelfand 1989), sondern wägen ebenso die Entwicklung sich abschwächender familiärer Hilfenetze mit der Beständigkeit familiärerer Unterstützungsleistungen ab (vgl. Kalish/Yuen 1971; Markides/Mindel 1987: 223 f.; Newton 1980). Dabei kommen auch Fragen möglicher Generationenkonflikte wiederholt zur Sprache (vgl. Kröger/Zechner 2009: 21; Moore 1971b; Nguyen/Williams 1989). Trotz des eingeschränkten Kenntnisstandes zu den Wohnverhältnissen älterer Immigranten wird häufig auf den geringeren Anteil an Singlehaushalten sowie den höheren Anteil an Ko-Residenz von älteren Minderheitenangehörigen mit ihren Kindern oder anderen engen Verwandten verwiesen, als es für die Mehrheitsgesellschaft im Alter zuträfe.<sup>188</sup> Ob hierfür vermehrt kulturelle Einflussfaktoren oder (ökonomische) Notwendigkeiten ausschlaggebend sind, wird weiterhin diskutiert (vgl. Jackson et al. 2005: 478; Population Reference Bureau 2013: 4 f.; Treas/Batolova 2009: 382 f.; Wilmoth 2001: 228). Grundsätzlich sei die positive Bedeutung des Sozialkapitals und der Einbindung von Senioren in soziale, auch außerfamiliäre Strukturen für das Wohlbefinden im Alter nicht zu unterschätzen. In diesem Zusammenhang verweist McCallion (2014: 280) beispielhaft auf die hohe Relevanz, die der Partizipation bei glaubensbasierten Aktivitäten für afroamerikanische Ältere

<sup>188</sup> Dies schließt jedoch zugleich nicht aus, dass älteren Einwanderern ein hoher Grad an sozialer Isolation zugeschrieben wird (vgl. Okafor 2009: 556).

zukommt. Der Rückgang von örtlichen Vereinen und Einrichtungen schränke die Möglichkeiten der sozialen Teilhabe für Senioren jedoch zunehmend ein.

In Fragen, die das **Alter(n)** sowie die **Altersvorstellungen** älterer Minderheitenangehörigen betreffen, kam dem Einfluss der Ethnizität von Beginn an große Beachtung zu. Durch den Mangel eines übergreifenden Konzeptes wurden jedoch nicht selten ethnisch-kulturelle Faktoren mit sozio-ökonomischen Statusmerkmalen der Minderheitenangehörigen undifferenziert vermischt, in dessen Folge Debatten um die Einflusskraft von Kultur einerseits und sozialer Klasse andererseits entbrannten (vgl. Alston/Aguirre 1987; Holzberg 1982a, 1982b; Markides 1982). So lassen sich bspw. sowohl kulturelle als auch sozio-ökonomische Erklärungsmuster in der US-amerikanischen Literatur identifizieren, die ein chronologisch früheres Alter für verschiedene ethnische Minderheiten nahelegen (vgl. Barker 1991: 185; Lew 1991: 200).<sup>189</sup> Daneben etablierte sich eine weitere zentrale Forschungslinie zu älteren Immigranten in den USA, die in der Vorstellung *age as leveler* eine Angleichung der Lebensumstände von Minderheiten- und Mehrheitsangehörigen im Alter aufgrund von alle Menschen in gleicher Weise betreffenden Alterserscheinungen unterstellt (vgl. Markides/Black 1996: 155).<sup>190</sup> Diese Annahme, die auch durch das Bild des *melting pot* geprägt wurde, hatte gleich der Rückkehrorientierung älterer Migranten in der deutschen Forschungslandschaft – die in den USA dagegen lange nicht zur Diskussion stand – zunächst zur Folge, dass besondere Bedarfslagen und Bedürfnisse von altgewordenen Einwanderern nahezu keine Beachtung geschenkt wurde (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1988: 42; Markides 1983: 115).<sup>191</sup>

Im Hinblick auf vorherrschende **Pflegevorstellungen** wird bis heute die familiäre Versorgung von pflegebedürftigen Älteren für viele ethnische Minderheiten generationenübergreifend als primäre, teils alternativlose Strategie, die *filial piety* als Ideal in US-amerikanischen und kanadischen Veröffentlichungen beschrieben, während die Bewertung von formalen Angeboten insbesondere von stationären *nursing homes* von großer Ablehnung und Inakzeptanz geprägt sei. Pflegeheime stellten bestenfalls eine „alternative of last resort“ (Eribes/Bradley-Rawls 1978: 370; vgl. auch Johnson et al. 1997: 100) dar (vgl. Barker 1991: 183; Carp 1969: 22 f.; Durst/Barrass 2014; Padilla-Frausto/Wallace/Benjamin 2014: 223; Salari 2002: 583; Torres-Gil/Spencer-Suarez/Rudinicia 2014: 373). Vor allem neuere Veröffentlichungen weisen jedoch auch zunehmend auf Einschränkungen familiärer Pflegemöglichkeiten sowie veränderte Pflegevorstellungen hin. Auch wenn eine familiäre Verantwortung für die Ältesten in verschiedenen Minderheitengruppen normativ nicht an Wert eingebüßt habe und stationäre Pflegeangebote etwa in spanischsprachigen Communities als *American Way* oder *White Way* weiterhin missbilligt würden, seien viele Kinder als wichtigste Adressaten von Pflegeerwartungen etwa durch ihre eigene Berufstätigkeit oder aufgrund von Wohndistanzen nicht mehr dazu in der Lage familiäre Pflegestrukturen aufrechtzuerhalten. Gleichzeitig seien jedoch auch ver-

---

<sup>189</sup> Becker (2002: 91) zeichnet zudem die Bedeutung der Ethnizität für das Lebensende und den Tod etwa von älteren Kambodschanern und Philippinern in den USA nach.

<sup>190</sup> Sie stellt neben der *double jeopardy*-Hypothese die zweite zentrale These hinsichtlich älterer Einwanderer der ersten Forschungsjahre in den USA dar.

<sup>191</sup> Gleichzeitig verhinderte das junge Durchschnittsalter einzelner Migrantengruppen die wissenschaftliche Aufmerksamkeit (vgl. Gelfand 1989: 370).

änderte Pflegevorstellungen sowohl unter den jüngeren als auch älteren Generationen infolge von Akkulturations- und Sozialisationserfahrungen in den nordamerikanischen Einwanderungsländern auszumachen. Während einerseits eine abnehmende Bereitschaft von Kindern zur Versorgung ihrer Eltern in unterschiedlichen ethnischen Gruppen beschrieben wird, werden andererseits Wohn- und Pflegepräferenzen älterer Einwanderer identifiziert, die außerhalb der eigenen Familie liegen und teils auch institutionelle Arrangements einbeziehen (vgl. Choi 2014: 292; Durst/Barrass 2014; Gelfand 1986: 448; Johnson et al. 1997: 96; Mahoney et al. 2005; Padilla-Frausto/Wallace/Benjamin 2014: 231; Yeo 2009: 1282).<sup>192</sup>

Die tatsächliche **Bedarfslage** der älteren Einwanderungsbevölkerung hinsichtlich formaler Pflegeangebote wurde in der nordamerikanischen Forschung zunächst divergent diskutiert. Während auf der einen Seite eine im Vergleich zur amerikanischen Mehrheitsbevölkerung höhere Notwendigkeit pflegerischer Hilfen aufgrund mehrfacher Risikolagen hervorgehoben wurde, wurden auf der anderen Seite größere Unterstützungspotenziale in den Familien und ethnischen Communities ausgemacht, die öffentliche Pflegeangebote weniger dringlich machten. Letzteres Argument sah sich jedoch breiter Kritik ausgesetzt, insbesondere auch dahingehend, dass die familiären Hilfefpotenziale ethnischer Minderheiten überschätzt würden (vgl. Burton et al. 1995: 750 f.; Greene/Monahan 1984: 730 f.; Wesley-King 1983: 245 f.; Yeo 1991: 237). An dieser Kritik sowie den zuvor beschriebenen veränderten Pflegevorstellungen schloss sich nach und nach die Erwartung einer zunehmenden, auch formalen Pflegebedürftigkeit älterer Einwanderer an, die zugleich von spezifischen Hilfebedarfen aufgrund bestehender Benachteiligungslagen begleitet wurden (vgl. u. a. Carp 1969: 20; Kolb 2007: 1; Padilla-Frausto/Wallace/Benjamin 2014: 231; Wray 1991: 243).

Die **Nutzung stationärer Altenpflegeangebote** war in den Vereinigten Staaten über alle Bevölkerungsgruppen hinweg lange Zeit sehr gering. Als im Laufe der 1970er Jahre die Inanspruchnahme stationärer Dienste insgesamt stieg, blieb die Nachfrage durch Angehörige ethnischer Minderheiten unverändert marginal (vgl. Eribes/Bradley-Rawls 1978: 363 f.). Insbesondere im Fokus auf die größten Gruppen – die afroamerikanischen und hispanischen Minderheiten – wurde dieser Befund über die folgenden beiden Jahrzehnte (auch unter Kontrolle von Gesundheitszustand, Familienstand und weiteren Einflussfaktoren) aufs Neue belegt (vgl. Burton et al. 1995: 744; Greene/Monahan 1984: 730; Kramer/Barker 1991: 131; Mui/Burnette 1994: 190; Padilla-Frausto/Wallace/Benjamin 2014: 224; Wallace et al. 1998: 106; Zambrana/Merino/Santana 1979: 312).<sup>193</sup> Der geringen Nutzung von *nursing homes* entgegen waren ältere Migranten in den USA deutlich häufiger in *mental hospitals* untergebracht als es auf die ältere Mehrheitsbevölkerung zutraf. Dass dies einer höheren Betroffenheit älterer Einwanderer von psychischen Erkrankungen geschuldet war, konnte nicht bestätigt werden. Vielmehr

---

<sup>192</sup> Dass dem Schritt, tatsächlich Leistungen sozialer Dienste in Anspruch zu nehmen, eine Vielzahl an Einflussfaktoren zugrunde liegt, stellt Wesley-King (1983: 244) heraus: „Utilization of services is unquestionably affected by a combination of predisposing, enabling, and need-state factors. The enabling factors include characteristics peculiar to the individual (e.g., knowledge of services and income levels), as well as factors such as availability of transportation services and the degree of bureaucratic sensitivity to culturally diverse clientele“.

<sup>193</sup> Tatsächlich wahrgenommen wurden stationäre Angebote vor allem von einer kleinen Gruppe jener älteren Einwanderer, die entweder in den USA geboren worden waren oder auf keine familiären Hilfefpotenziale zurückgreifen konnten (vgl. Carp 1969: 22; Guttmann 1979: 256).

wurden strukturelle und sozio-ökonomische Ursachen für die vermehrte Hospitalisierung ausgemacht. Zum einen konnte die vergleichsweise geringe Anzahl an Betreuungsplätzen in Alten- und Pflegeheimen dem Bedarf nicht gerecht werden. Zum anderen mangelte es vielen älteren Senioren mit Einwanderungsgeschichte an ausreichend finanziellen Mitteln, um die hohen Kosten für eine stationäre Altenpflege zu tragen. Denn Mitte der 1970er Jahre wurden nur wenige Altenpflegeheime von sozialpolitischen Programmen getragen, um kostengünstige Angebote bereitzustellen (vgl. Jackson 1980: 181; Kart/Beckham 1976: 901 ff.; Markson 1979: 350).

Folglich wurde gleich der in Deutschland geführten Diskussionen eine Reihe von **Zugangsbarrieren** ausgemacht, die eine Inanspruchnahme stationärer Pflegedienste durch die ethnischen Minderheiten beeinträchtigten. Anders als in der Bundesrepublik wurde dem sozio-ökonomische Status der Senioren dabei eine zentrale Bedeutung zugewiesen. Durch das wenig ausgestaltete soziale Sicherungsnetz in den Vereinigten Staaten verhinderten hohe Armutsraten bzw. geringe materielle Ressourcen eine dem Bedarf entsprechende Inanspruchnahme stationärer Pflege (vgl. Crouch 1972: 528; Eribes/Bradley-Rawls 1978: 366; Greene/Monahan 1984: 730; Jackson 1980: 182; Mui/Burnette 1994: 197).<sup>194</sup> Daneben hemmten verbreitete Informationsdefizite über mögliche Dienstleistungen die Nutzung der Angebote. Gründe für die fehlenden Kenntnisse über das Altenpflegesystem wurden sowohl in Sprachschwierigkeiten sowie Lese- und Schreibschwächen vieler älterer Einwanderer als auch im Mangel an mehrsprachigen Informationsmaterialien ausgemacht (vgl. Guttman 1979: 257; Zambrana/Merino/Santana 1979: 310 f.). Andere Autoren betonten den Einfluss von Diskriminierungserfahrungen sowie die Befürchtung der Älteren in den Einrichtungen mit Vorurteilen gegenüber ihrer Herkunft konfrontiert zu werden (vgl. Greene/Monahan 1984: 730; Johnson et al. 1997: 100; Kart/Beckham 1976: 908). Wie in der deutschen wurden auch in der nordamerikanischen Diskussion kulturelle Einflussfaktoren benannt. Einerseits würden die an den Bedarfen der gesellschaftlichen Mehrheit ausgerichteten Angebote ältere Einwanderer befremden, in deren Folge diese befürchteten, ein Leben im Altenheim könnte zum Verlust ihres kulturellen Wertsystems führen. Während andererseits stationäre Pflegedienste vielen Einwanderern aus den Herkunftsländern nicht bekannt oder deren Nutzung mit Stigmata belegt wären. Beides wirkte als Hemmschwelle, *long-term care* Angebote in Anspruch zu nehmen (vgl. Barker 1991: 183 ff.; Greene/Monahan 1984: 730; Guttman 1979: 257; MacLean/Bonar 1983: 53 ff.; Mui/Burnette 1994: 197; Wesley-King 1983: 247). Die Angst älterer Migranten vor Isolation und Ablehnung in den Einrichtungen schloss sich den Erklärungen an (vgl. Cooley/Ostendorf/Bickerton 1979: 151; MacLean/Bonar 1983: 53). Diese war eng verbunden mit den Einstellungen des Personals gegenüber Klienten, die einer ethnischen Minderheit entstammten. Fineman (1991: 223) schlussfolgert in diesem Zusammenhang, „that the

---

<sup>194</sup> Zugleich sei die geringe finanzielle Ausstattung älterer Einwanderer (neben der Annahme ausreichender familiärer Unterstützungspotenziale) ausschlaggebend dafür, dass Forschungsbemühungen, welche die Weiterentwicklung von Altenhilfeangebote für ältere Einwanderer anbelangten, überschaubar blieben (vgl. Markides/Mindel 1987: 223). Folglich konstatieren Kalish und Yuen (1971: 38), „that if they [die älteren Einwanderer, BS] had the money and power to pay for needed services, the marketplace would provide the research necessary to develop those services – and the services themselves“.

behaviors of ethnic elders are often perceived by providers as „difficult“; mit negativem Einfluss auf das Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Klient (vgl. auch Barker 1991: 186). Darüber hinaus behinderte die geringe Beschäftigung bilingualen Pflegepersonals durch US-amerikanischen Pflegeheimbetreiber die Nachfrage durch ethnische Minderheiten (vgl. Guttman 1979: 258). Schließlich wurde die räumliche Entfernung der Einrichtungen von den Wohnorten vieler älterer Einwanderer und damit von der vertrauten Umgebung sowie Nähe zu der eigenen ethnischen Community als Zugangsbarriere für die Nutzung stationärer Pflegeangebote beschrieben (vgl. Eribes/Bradley-Rawls 1978: 365; Guttman 1979: 258).

Auch in aktuellen Veröffentlichungen nehmen bestehende Hürden zu den Angeboten stationärer Pflege eine prominente Stellung ein: Neben Sprachbarrieren<sup>195</sup>, Diskriminierungserfahrungen und damit einhergehendem Misstrauen gegen öffentliche Stellen, kulturellen Barrieren wie die *filial piety* und Ängste infolge formaler Pflege innerhalb der Eigengruppe stigmatisiert zu werden sowie unsicheren Aufenthaltsstatus gelten dabei insbesondere das unübersichtliche und wenig koordinierte Altenpflegesystem und die geringe finanzielle Ausstattung<sup>196</sup> ethnischer Minderheiten als maßgeblich (vgl. u. a. Padilla-Frausto/Wallace/Benjamin 2014; Rosenthal Gelman/Tompkins/Ihara 2014: 317).

Während stationäre Dienste in den USA historisch betrachtet als Einrichtungen für die weiße Mehrheitsbevölkerung geschaffen wurden und in der Folge, wie bereits angeklungen ist, mehrheitlich von ihnen und dementgegen kaum von älteren Minderheitenangehörigen in Anspruch genommen wurden, stellt sich die Frage, wie sich die **gegenwärtige Versorgungssituation** in *nursing homes* beschreiben lässt (vgl. Choi 2014: 291; Padilla-Frausto/Wallace/Benjamin 2014: 227). Im Jahr 2010 lebten 4,3 Prozent der 65-jährigen und älteren Afro-amerikaner, 2,1 Prozent der lateinamerikanischen und 1,4 Prozent der asiatischstämmigen Senioren der gleichen Altersgruppe in einer stationären Einrichtung. Vergleicht man diese Daten mit jenen aus dem Jahr 1970 (3,2 %, 1,9 % und 2,2 %) zeigt sich eine Zunahme der Nutzung stationärer Dienste sowohl unter Afro- als auch Lateinamerikanern.<sup>197</sup> Dabei erhöht die Tatsache, bereits in den USA geboren worden zu sein, über alle Einwanderergruppen hinweg die Wahrscheinlichkeit einer stationären Pflegeversorgung.<sup>198</sup> Während stationäre Altenpflegeeinrichtungen in den vergangenen 40 Jahren insgesamt eine Zunahme älterer Immigranten und Minderheitenangehörigen in ihrer Bewohnerschaft erfahren haben, können zwei wei-

<sup>195</sup> In einzelnen Minderheitengruppen verfügen bis zu 80 Prozent der 65-Jährigen und Älteren über keine oder nahezu keine Englischkenntnisse, wobei die Aufenthaltsdauer großen Einfluss nimmt (vgl. Population Reference Bureau 2013: 2; Yeo 2009: 1279 f.).

<sup>196</sup> Dabei spielten ebenso geringe Einkommen, Renten, Vermögenswerte und bescheidener Besitz als auch mangelnde Versicherungszeiten eine Rolle (vgl. Padilla-Frausto/Wallace/Benjamin 2014; Rosenthal Gelman/Tompkins/Ihara 2014: 317).

<sup>197</sup> Für die Bewohnerschaft stationärer Dienste im Alter von 85 Jahren und älter zeigen die Trends auf einem höheren Niveau tendenziell in die gleiche Richtung (1970: 7,6 %, 7,0 % und 6,8 %; 2010: 12,3 %, 7,4 % und 6,3 %) (vgl. Padilla-Frausto/Wallace/Benjamin 2014: 224). Für Kanada liegen dagegen keine vergleichbaren Daten vor (vgl. Durst/Barras 2014: 250).

<sup>198</sup> Für weitere Details zur Inanspruchnahme stationärer Altenpflegeleistungen unterschiedlicher ethnischer Minderheiten vgl. Choi (2014).

tere, für das stationäre System bezeichnende Entwicklungen ausgemacht werden (vgl. Feng et al. 2011: 1360 ff.; Padilla-Frausto/Wallace/Benjamin 2014: 224 f.).<sup>199</sup>

Im gleichen Zeitraum, in dem für ältere Immigranten eine zunehmende Nutzung stationärer Leistungen beschrieben werden konnte, ging der Anteil stationär versorgter Senioren aus der nicht-hispanischen weißen Mehrheitsgesellschaft zurück, unter den 65-Jährigen und Älteren von 5,2 auf 3,3 Prozent sowie unter jenen im Alter von 85 Jahren oder älter von 19,5 auf 11,7 Prozent. Somit nehmen heute bereits bezogen auf ihre Eigengruppe anteilig mehr ältere Afroamerikaner als weiße Mehrheitsangehörige stationäre Pflege in Anspruch. Dass ältere Minderheitenangehörige jedoch im Vergleich zur weißen Mehrheitsbevölkerung weiterhin nur einen marginalen Anteil an der Bewohnerschaft insgesamt ausmachen, verdeutlichen die nachfolgenden Zahlen: Von allen 65-jährigen und älteren Bewohnern stationärer Pflegedienste sind im Jahr 2010 91,1 Prozent *non-Latino whites*, 4,3 Prozent *African Americans*, 2,9 Prozent *Latinos* und 1,7 Prozent *Asians* und Andere (vgl. Choi 2014; Padilla-Frausto/Wallace/Benjamin 2014: 224 ff.). Schließlich geht mit diesen Entwicklungen – als dritter wesentlicher Trend in der US-amerikanischen Altenpflege – in den vergangenen Jahren ein Rückgang stationärer Pflegeplätze einher. Zwischen 1999 und 2008 sank die Anzahl in *nursing homes* betreuter, pflegebedürftiger Senioren um 6,1 Prozent bzw. um knapp 80.000 Personen. Für die ethnischen Gruppen übersetzt, bedeutet dies einerseits einen Rückgang der weißen Bewohnerschaft um 10,2 Prozent sowie andererseits Zunahmen betreuter Personen aus ethnischen Minderheiten zwischen 10,8 Prozent für afroamerikanische Ältere und 54,9 Prozent für hispanische Senioren (asiatische Ältere: + 54,1 %) (vgl. Feng et al. 2011; Fennell et al. 2010: 68; Padilla-Frausto/Wallace/Benjamin 2014: 224 ff.).

Obwohl keine eindeutigen Erklärungen vorliegen, welche Ursachen für den Rückgang weißer Pflegeheimbewohner ausschlaggebend sind, dominiert die Vermutung, dass gutsituierte Senioren vermehrt Angebote des betreuten Wohnens (*assisted living facilities*) als Selbstzahler in Anspruch nehmen, welche in den letzten Jahren einen enormen Wachstumsmarkt im US-amerikanischen Pflegesystem darstellen (vgl. Feng et al. 2011: 1358 ff.; Padilla-Frausto/Wallace/Benjamin 2014: 225). Als Gründe für die Zunahme älterer Minderheitenangehörigen in Altenpflegeheimen wird demgegenüber eine Vielzahl an Überlegungen angestellt. Dabei sollen insbesondere veränderte Familienstrukturen Einfluss auf diese Entwicklung genommen haben. Aber auch demographische Veränderungen, die anteilige Zunahme älterer Angehöriger und die steigende Lebenserwartung mit häufig einhergehenden höheren Erkrankungs- und Pflegebedürftigkeitsraten sollen eine Rolle spielen. Neben gewandelten kulturellen Pflegevorstellungen, was auch eine gestiegene Akzeptanz von *nursing homes* einschließt, werden schließlich noch systemstrukturelle Erklärungen angeführt. So seien ebenso schnellere Entlassungen bzw. Überweisungen aus Krankenhäusern und vor allem auch eine größere Verfüg-

---

<sup>199</sup> Die Inanspruchnahme ambulanter Dienste nach ethnischen Zugehörigkeiten aufzuzeigen, fällt demgegenüber schwer, nicht nur aufgrund der Vielzahl der Angebote, sondern auch durch regionale Unterschiede der Bezeichnungen und Strukturen. Dementsprechend unterschiedliche Ergebnisse liegen für die Nutzung ambulanter Dienste von Minderheitenangehörigen vor. Der höchste Anteil ethnischer Minderheitenangehöriger soll jedoch in Tagespflegeeinrichtungen zu verzeichnen sein (vgl. Harris-Kojetin et al. 2013: ix; Padilla-Frausto/Wallace/Benjamin 2014: 226 f.).

barkeit stationärer Plätze durch die sinkenden Belegungsraten von Weißen mögliche Faktoren dafür, dass die Zahl ethnischer Minderheitenangehörigen in den Heimen gestiegen ist (vgl. Choi 2014: 291 f.; Feng et al. 2011: 1362; Fennell et al. 2010: 66).

Der höhere Rückgriff auf stationäre Angebote dürfe aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass erstens die Mehrheit ethnischer Minderheitenangehöriger weiterhin familiäre Pflegearrangements präferiert und die Betreuung in stationären Einrichtungen weit verbreitet als letzte Alternative gilt (vgl. Choi 2014; Fennell et al. 2010: 65, 71; Padilla-Frausto/Wallace/Benjamin 2014: 225 f.). Zweitens bleibt nach wie vor unklar, ob bestehende Wohnarrangements und Pflegeentscheidungen das Ergebnis individueller Präferenzen oder existierender Barrieren sind. Der scheinbar erleichterte Zugang von Minderheitenangehörigen zu stationären Diensten in der gegenwärtigen Zeit dürfe in jedem Fall nicht mit einem Abbau sozialer Ungleichheitsstrukturen verwechselt werden. Vielmehr drücke sich in den obengenannten Trends eine Verschiebung der Benachteiligungslage aus, nämlich indem ältere Einwanderer sowohl aus ökonomischen Gründen als auch aufgrund des vorhandenen Angebots in ihrer Wohnumgebung deutlich geringere Chancen als die Mehrheitsbevölkerung besitzen, bevorzugte Pflegealternativen wie das betreute Wohnen zu wählen (vgl. Feng et al. 2011: 1362 f.; Population Reference Bureau 2013: 7). Zudem weisen verschiedene Veröffentlichungen darauf hin, dass ältere Immigranten segregiert<sup>200</sup>, vermehrt in solchen Einrichtungen untergebracht sind, die Qualitätsdefizite, eine vergleichsweise minderwertige Ausstattung sowie geringere Personalquoten verzeichnen. In der Folge erfahren Bewohner häufiger Pflegemängel mit negativen Auswirkungen auf ihre Gesundheit, weisen einen höheren Grad an Hospitalismus auf und erhalten weniger Medikamente oder therapeutische Behandlungen (vgl. Choi 2014: 298 ff.; Feng et al. 2011: 1363; Fennell et al. 2010: 65, 70 f.; Mold/Fitzpatrick/Roberts 2005: 108; Padilla-Frausto/Wallace/Benjamin 2014: 224 f.).

Schließlich gilt es nach Feng und Kollegen (2011: 1362) für die Zukunft zu bedenken:

„If current trends continue, racial and ethnic minorities – especially older Hispanics and Asians – will become an even larger share of the nursing home population. [...] This prospect raises concerns about whether nursing homes will be able to provide the culturally sensitive and competent care required to meet the needs of residents from diverse ethnic and cultural backgrounds.“

#### *Europäische Situation – ausgewählte Länder*

Seit Anfang der 1990er Jahre erwachte auch in den meisten west- und nordeuropäischen Ländern vergleichsweise parallel ein wissenschaftliches Interesse an älteren Migranten. Dabei wurde und wird insbesondere den beiden Gruppen der Ruhestandswanderern und der altgewordenen Arbeitsmigranten Aufmerksamkeit zuteil, während sogenannte Rückkehrer, d. h. Migranten, die im Alter in ihre Herkunftsländer remigrieren, sowie Senioren, die demenzgegen erst im Alter ausgewandert sind (vor allem um ihren migrierten Kindern nachzufolgen), bis heute relativ wenig Beachtung erfahren (vgl. Warnes/Williams 2006). Ruhestandswanderer werden indessen nicht nur in der medialen Darstellung gerne auf gutsituierte Nord- und

<sup>200</sup> Insgesamt seien US-amerikanische Altenpflegeheime durch einen hohen Grad an Segregation hinsichtlich der ethnischen Zugehörigkeit ihrer Bewohner gekennzeichnet, was sich sowohl zwischen der weißen Mehrheitsbevölkerung und ethnischen Minderheitengruppen als auch zwischen verschiedenen Minderheitengruppen zeigt (vgl. Fennell et al. 2010: 65, 68).

Mitteleuropäer reduziert, die ihren Ruhestandssitz für wenige Monate im Jahr oder aber ganzjährig in mediterrane, küstennahe Gebiete Südeuropas verlegen. Dass jedoch mehr britische Senioren nach Deutschland, deutsche Rentner nach Österreich und die Schweiz sowie Nordeuropäer im Alter zu ihren Kindern in die USA und nach Australien wandern, ist wenig bekannt. Zugleich wird ein Bild von Ruhestandswanderern erzeugt, das sie als wohlhabende, rüstige und insgesamt ressourcenreiche Senioren darstellt, obgleich Rentenmigration in kostengünstigere meist südliche Orte auch durch ökonomischen Druck geringer Renteneinkommen, welche die Altersversorgung im Herkunftsland erschweren, zustande kommen kann (vgl. Dwyer/Papadimitriou 2006: 1314; van der Geest/Mul/Vermeulen 2004: 435 f.; Warnes 2009).<sup>201</sup> Der vielfach rosigen Beschreibung dieser *international retirement migrants* steht vor allem in den ersten europäischen Forschungsjahren ein defizitorientierter Blick auf ältere (Arbeits-)Migranten in den west- und nordeuropäischen Staaten gegenüber, die zu einer zentralen Gemeinsamkeit der hier betrachteten europäischen Forschung nämlich der sozialen Problematisierung *older migrants* führte, wie Fibbi, Bolzman und Vial (1999: 12) in ihrem Ländervergleich von Deutschland, Frankreich und den Niederlanden beispielhaft nachzeichnen (vgl. auch im Hinblick auf die Schweiz Hungerbühler/Bisegger 2012: 12).

Was diese kurze Einführung bereits deutlich gemacht haben sollte, ist die mit dem Begriff des ‚älteren Migranten‘ verbundene Vielfalt biographischer und migrationsgeschichtlicher Erfahrungen, die es stets von Bedeutung macht klar zu stellen, auf welche Gruppe(n) von Senioren mit Migrationshintergrund Bezug genommen wird (vgl. AGE 2008: 2).<sup>202</sup> Zugleich werfen auch die großen Themenfelder Alter(ung) und Migration, die sich in der Forschung zu älteren Migranten verbinden und für Europa zu den zentralen Kernanliegen des 21. Jahrhunderts zu zählen sind, verschiedene Forschungsrichtungen auf. Während sich Studien zur Verknüpfung von Migrationsforschung und Gerontologie zunächst mit Umzügen ältere Menschen in Pflegeeinrichtungen und später mit Fragen von Flucht sowie Rentenmigration befassten, gewinnt insbesondere seit den 2000er Jahren die Verknüpfung von Migrations- und Care-Fragen an Beachtung (vgl. AGE 2008: 1; Kröger/Zechner 2009: 18; Torres/Lawrence 2012: 2; Warnes/Williams 2006: 1260 f.); ein Themenfeld, das wiederum selbst vielfältige Forschungsfragen einschließt wie einerseits die Pflegebedarfe und pflegerische Versorgung von älteren Migranten (sowohl der in west- und nordeuropäische Länder eingewanderten als auch der als Rentenmigranten ausgewanderten Personen) und andererseits die Pflegeleistungen insbesondere durch Care-Migrantinnen in der Kinder- und Altenbetreuung in wohlhabenden Gesellschaften und die damit einhergehenden Folgen für die eigenen Care-Bedarfe in den Herkunftsländern (vgl. ENIEC 2010: 4; Kröger/Zechner 2009; Torres/Lawrence 2012: 4). Trotz

---

<sup>201</sup> Für weitergehende detaillierte Informationen über die vielfältigen Formen internationaler Rentenwanderungen, geschichtliche Hintergründe sowie damit einhergehende Fragen pflegerischer Versorgung u. a. sowohl im Blick auf europäische als auch nordamerikanische Erfahrungen vgl. Bradley/Longino (2009), Fassmann (2012), Kröger/Zechner (2009: 21 f.), Longino/Warnes (2005), Mejía-Arango/Ham-Chande/Coubès (2015) und Warnes (2009).

<sup>202</sup> Warnes und Williams (2006: 1258) ziehen dabei den Begriffen der älteren Migranten oder *ethnic elderly people* jedoch eine andere Bezeichnung vor: „The term ‘later-life’ is a better discriminator of the ‘populations of interest’ than ‘elderly people’, both because many ‘retirement migrations’ occur well before the conventional delimiter (65 years) of socially-constructed old age, and because many less-skilled labour migrants experience job-related illness, disabilities or redundancy and cease paid work in their 50s or even earlier.“

der ersichtlichen Zunahme auch interdisziplinärer Forschung an den Schnittstellen von Alter(ung) und Migration gilt das Feld insgesamt – auch im Vergleich zur Altersforschung auf der einen und Migrationsforschung auf der anderen Seite – als noch unzureichend bedacht und wenig detailliert bearbeitet (vgl. Wahl/Deeg/Litwin 2013: 268; Warnes et al. 2004: 311; Warnes/Williams 2006: 1268).

Rückt der Fokus an dieser Stelle nun wieder auf die, für diese Arbeit relevante Gruppe der älteren und altgewordenen Einwanderer in den Ländern West- und Nordeuropas lassen sich **Lebenslagen und -situationen** beschreiben, die viele Ähnlichkeiten sowohl mit den im ersten Kapitel erläuterten deutschen als auch den kurz zuvor dargestellten nordamerikanischen Erfahrungen besitzen. Obwohl ältere Immigranten der ersten Generation nach Warnes und Kollegen (2004: 310 f.) mit zu den innovativsten Bevölkerungsgruppen zu zählen sind, wird in der europäischen Forschung durchweg vermehrt die soziale Benachteiligung dieser in sich heterogenen Gruppen hervorgehoben. Diese nachteilige soziale Lage spiegelt sich an erster Stelle, noch bevor etwa ihre sozio-ökonomischen Positionen analysiert werden, in der sozialen Konstruktion ihrer ‚Andersheit‘ und ihrer damit einhergehenden gesellschaftlichen Abgrenzung als (sozio-kulturelle und -ökonomisch) ‚Andere‘ wider (vgl. Warnes et al. 2004: 321; *sowie sehr detailliert für die schwedische Situation* Torres 2006). Darüber hinaus würden die deprivierten Lebensverhältnisse der überwiegenden Mehrheit älterer Migranten in den west- und nordeuropäischen Ländern anhand niedriger sozio-ökonomischer Stellungen, geringerer Bildungsqualifikationen, bescheidener Wohnverhältnisse, gesundheitlicher Beeinträchtigungen und geringen sprachlichen Verständigungsmöglichkeiten u. a. erfahrbar. Während viele Formen dieser Benachteiligungen unter Berücksichtigung des sozio-ökonomischen Status auch ältere Mehrheitsangehörige erfahren, seien ältere Migranten zudem nicht selten von Diskriminierungserfahrungen und teils rechtlichen Einschränkungen betroffen (vgl. AGE 2008: 3; AGE/enar 2011; Messkoub 2001; Ruspini 2010: 10; Warnes et al. 2004: 311 f.).

Gleichzeitig werden jedoch auch (nationalitätenspezifische) Unterschiede in den europäischen Ländern deutlich. Um diesen Befund nicht zu vernachlässigen, sollen einige wenige Beispiele hierfür aufgezeigt werden. Während tatsächlich nicht verharmlost werden kann, dass viele ältere Migrantengruppen in West- und Nordeuropa materiell benachteiligt sind, wie es beispielsweise für türkische Migranten in Deutschland und den Niederlanden, nordafrikanischen Gruppen in Frankreich und asiatischen Einwanderern in Großbritannien der Fall ist, weisen ältere Südasiaten in Frankreich oder Molukker in den Niederlanden durchschnittlich eine deutlich bessere sozio-ökonomische Stellung als andere Minderheitengruppen, teils sogar eine mit der Mehrheitsbevölkerung vergleichbare Position auf. Zudem besitzt letztgenannte Gruppe ebenso wie chinesische Ältere in Großbritannien im Durchschnitt eine gute Gesundheit. Nicht weniger verschieden stellen sich die Fähigkeiten älterer Migrantengruppen hinsichtlich der Landessprachen in den Einwanderungsländern dar, wobei insbesondere Migranten aus Ländern mit kolonialgeschichtlichem Hintergrund über muttersprachliche oder vergleichsweise gute Sprachkenntnisse verfügen. Schließlich erweisen sich auch die Rechte älterer Einwanderer, z. B. in der Möglichkeit Renten- und andere Versicherungsansprüche, die im Aufnahmeland erwirtschaftet wurden, in den Herkunftsländern zu beziehen, als hochgradig heterogen

und zwar vor allem zwischen Migranten mit und ohne Besitz der Staatsangehörigkeit ihres Aufnahmelandes als auch Migranten aus EU-Mitgliedsstaaten und Drittstaatenangehörigen. Unterschiede sind jedoch auch zwischen den europäischen Ländern und ihren gesetzlichen Regelungen auszumachen, wenn es etwa um genanntes Beispiel des Transfers von Rentenzahlungen ins Ausland geht (vgl. Messkoub 2001; PRIAE 2004: 3 ff.; Teng/Peeters/Schuijt-Lucassen 2003: 88).

Während, wie bereits bemerkt, ältere Migranten in den Untersuchungsländern die Erfahrungen sozialer Benachteiligungen – nationalitätenspezifisch in unterschiedlicher Intensität – teilen,<sup>203</sup> ergeben sich auch spezifische Unterschiede. So werden den sogenannten *BME (black and minority ethnic) elders* in Großbritannien eine vergleichsweise bessere bürgerrechtliche Stellung als etwa älteren Migranten in Deutschland zugeschrieben (vgl. Gerling 2009: 128), leben viele altgewordene, insbesondere männliche ehemalige Arbeitsmigranten in Frankreich bis heute ohne Familie und segregiert in Immigrantenheimen (vgl. Alidra/Chaouite/Abye 2003: 42; Huismann/Raven/Geiger 2000: 98; Hunter 2011a; Lasfargues 2003: 40) oder erfährt die Mehrheit älterer, aus Europa stammender Migranten in Schweden ähnliche Lebensbedingungen wie schwedische Senioren, wobei diese Tatsache im Fokus auf benachteiligte ältere (außereuropäische) Migranten wenig Beachtung erfährt (vgl. Torres 2006: 1351). Diese beispielhaften Spezifika sind u. a. auf die historischen, gesellschaftlichen und politischen Hintergründe zurückzuführen, welche die Einwanderungsgeschichten und -politiken der west- und nordeuropäischen Länder prägten, und in Kürze dargestellt werden sollen.

Die europäischen Länder lassen sich idealtypisch in drei Gruppen von Immigrationsländern einteilen: kolonialgeschichtlich geprägte Staaten wie Frankreich, Großbritannien und die Niederlande, jüngere, insbesondere durch Arbeitsmigration gekennzeichnete Einwanderungsländer wie Deutschland, Schweden und die Schweiz sowie Neulinge, die – historisch als Entsendeländer – erst in jüngster Zeit nachhaltig Einwanderung erfahren, z. B. Irland sowie die südeuropäischen Staaten (vgl. Schimany/Rühl/Kohls 2012: 108). Dass auch ehemalige europäische Kolonialmächte die für die zweite Gruppe bezeichnende Zuwanderung von Arbeitskräften in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts erlebten sowie dass alle drei Gruppen von Staaten zunehmend durch Migration von Geflüchteten und Asylsuchenden geprägt werden, macht neben den bestehenden Differenzen auch geteilte Erfahrungen europäischer Migrationsgeschichte deutlich. Für die in dieser Arbeit fokussierte Gruppe älterer Migranten ist mit Blick auf jene, die in den Einwanderungsländern alt geworden sind, die Einwanderungsgeschichte nach 1945 wesentlich. Seit Ende der 1940er Jahre gewann die Einwanderung unterschiedlicher Gruppen von Migranten in den hier betrachteten europäischen Ländern binnen weniger Jahre rasant an Bedeutung. Während zunächst Großbritannien gefolgt von Frankreich einen Anstieg postkolonialer Zuwanderung erlebten, förderten Länder wie die Schweiz und Niederlande infolge wirtschaftlicher Prosperität spätestens seit den 1960er Jahren die Anwerbung von Arbeitsmigranten. Schon 1960 weisen neben Deutschland die Schweiz, Frankreich und Großbritannien und in geringerem Umfang Schweden eine positive Einwanderungsbilanz auf, währenddessen die Niederlande noch kurze Zeit länger von einer höheren Auswanderungsrate gekennzeichnet war (vgl. White 2006: 1285-1288).

Das Ende des zweiten Weltkrieges hatte eine immense Nachfrage nach Arbeitskräften emporwachsen lassen, was zunächst vor allem für wenig zerstörte Industriestandorte etwa in der Schweiz oder auch Belgien zutraf. Weniger Bedarf stellte sich anfangs noch in wirtschaftlich schwächeren Gebieten etwa in Großbritannien oder in dienstleistungsorientierten Märkten wie der niederländischen Ökonomie ein. Um die nationalen Arbeitsmärkte nicht zu destabilisieren sowie die sozio-kulturellen Bevölkerungsstrukturen sicherzustellen,

<sup>203</sup> Vgl. für *Großbritannien* Age UK (2002: 3 ff.), Blakemore und Boneham (1994), Demirbag und Aldridge (2003), Gerling (2002: 151 f., 2003a: 218 f., 2009: 127 f.), Manthorpe et al. (2009: 93, 96), MGFFI des Landes Nordrhein-Westfalen (2010: 22); für die *Niederlande* De Jong (2004: 2), Mertens und Teng (2003), Smits et al. (2014: 337 ff.), Teng, Peeters und Schuijt-Lucassen (2003), Verhagen et al. (2013); für *Frankreich* Alidra, Chaouite und Abye (2003); für *Schweden* Forssell und Torres (2012: 123), Ruspini (2010: 14), Torres (2006: 1344-1351); für die *Schweiz* Bolzmann (2012: 102 ff.), Bolzman, Poncioni-Derigo und Vial (2003), Hungerbühler und Bisegger (2012: 52), Ruspini (2010: 16 f.), Soom Ammann und Salis Gross (2011: 40), White (2006: 1284).

strebte die Mehrheit der europäischen Anwerbeländer eine Zuwanderung von Arbeitskräften auf Zeit an. Nur Frankreich zielte zu Beginn noch auf eine dauerhafte Einwanderung von Teilen der Migranten, um demographische Veränderungen des Landes abzufedern. Neben den Arbeitsmigranten, die vor allem aus Südeuropa sowie später aus der Türkei und einigen wenigen nordafrikanischen Staaten angeworben wurden<sup>204</sup>, stellen auch die aus osteuropäischen Staaten zu Zeiten des Zweiten Weltkrieges vertriebenen *Displaced Persons* ein Arbeitskräftereservoir für die westeuropäischen Staaten – in Ausnahme der Schweiz – dar. Gemeinsam war den Aufnahmeländern von Arbeitsmigranten ihre restriktive Zuwanderungspolitik, die sich in Rotationsprinzipien, Inländerbevorzugungen auf dem Arbeitsmarkt und eingeschränkten Entscheidungsrechten der Migranten widerspiegelte und die ausländischen Arbeitskräfte als Puffergrößen nationaler Arbeitsmarktpolitik instrumentalisierten.<sup>205</sup> Doch weder die installierten Kontrollregime noch die Vorstellungen fügsamer und lenkbarer Arbeitskräfte, die sich befristet in den Ländern aufhalten würden, erwiesen sich als realitätsnah. Vielmehr bildeten sich Formen ungesteuerter Arbeitsmigration heraus, eröffneten sich Erwerbsmöglichkeiten für Arbeitsmigranten auch außerhalb der anfangs bedienten, für Einheimische wenig attraktive Einsatzgebiete in Schwerindustrie oder Bergbau und wurden Niederlassungsentscheidungen getroffen bzw. Rückkehrabsichten aufgegeben (vgl. Caestecker/Vanhaute 2012; Oltmer 2012).

Der Entschluss vieler in West- und Nordeuropa beschäftigter Arbeitsmigranten, in den Aufnahmeländern zu verbleiben, wurde durch die auch zwischenstaatlich debattierten und schließlich seit den 1970er Jahren verabschiedeten Einreisebeschränkungen nachhaltig befördert. Erste Einreisesperren führte 1970 die Schweiz ein, gefolgt von Schweden, der Niederlande und der BRD im Jahr 1973 sowie Frankreich im Jahr darauf. Während diese Initiativen auch als Folge der Diskrepanz zwischen einer temporär geplanten, faktisch aber häufig dauerhaften Einwanderung von Arbeitsmigranten gewertet werden können, baute ihre Diskussion auf einer Vielzahl von Argumentationsmotiven auf. Die *Problematisierung* von Arbeitsmigranten schloss neben bekannten volkswirtschaftlichen Überlegungen (abnehmender Arbeitskräftebedarf, Kosten-Nutzen- und Kapazitätsfragen) ebenso Aspekte von Integration, Überfremdung und nationaler Identität sowie sicherheitspolitische Argumente und die Akzentuierung staatlicher Entscheidungsmacht (im Sinne kontrollierter Immigration) ein. Während volkswirtschaftliche Rentabilitätsrechnungen in der Schweiz ihren Ausgangspunkt nahmen, schwappten diese nach und nach auch in die anderen Aufnahmeländer, zunächst in die BRD und Niederlande, über. Daneben spielten in Frankreich wie auch in Deutschland insbesondere Vorstellungen infrastruktureller Belastungsgrenzen etwa des Wohnungsmarktes eine wichtige Rolle. Ängste vor Unruhen infolge niederländischer und französischer Erfahrungen erfuhren in den west- und nordeuropäischen Gesellschaften sehr unterschiedliches Gewicht, in der Schweiz etwa deutlich mehr als in der Bundesrepublik, währenddessen Kontroll- und Steuerungsinteressen von Zu- und Fortzügen in allen Untersuchungsländern an Relevanz gewannen (vgl. Berlinghoff 2012; Oltmer 2012).

Trotzdem die Entscheidungen von Anwerbe- und Einreisestopps durch souveräne Nationalstaaten gefällt wurden, kann infolge des zwischenstaatlichen Dialogs über Fragen der Arbeitskräftezuwanderung, der auf die anfängliche Konkurrenz der west- und nordeuropäischen Staaten um ausländische Arbeitskräfte folgte, von einer beginnenden „Diffusion migrationspolitischer Entscheidungen“ (Berlinghoff 2012: 164) als auch einer „Angleichung der europäischen Migrationsregime“ (ebd.) gesprochen werden. Dies schließt auch Großbritannien ein, das entgegen der zuvor genannten Länder nie eine umfangreiche *politische* Arbeitskräfteanwerbung vollzogen hat. Ein Versuch, italienische Arbeitskräfte auf dem heimischen Arbeitsmarkt zu integrieren, war an gewerkschaftlichen Widerständen gescheitert. Die zum Teil selbstständig organisierte und zum Teil unternehmerisch geförderte Einwanderung von Iren sowie Briten aus dem *New Commonwealth* förderte jedoch gleichsam eine steigende Zuwanderung auf den britischen Inseln und die Bedarfsdeckung auf dem Arbeitsmarkt. Dass die ethnische Durchmischung der britischen Bevölkerung dabei mehr als nicht in-

<sup>204</sup> In Frankreich stelle die Einwanderung nordafrikanischer Migranten durch deren koloniale Verbindung dagegen einen bedeutenden Teil bereits der frühen Einwanderungsgeschichte nach 1945 dar (vgl. Caestecker/Vanhaute 2012: 43; Oltmer 2012: 11).

<sup>205</sup> Dagegen weniger restriktiv erwies sich die britische Haltung gegenüber den als Arbeitskräfte angeworbenen *Displaced Persons*, denen seit 1950 frei stand, Arbeitsplätze zu wechseln und sich in Großbritannien niederzulassen (vgl. Caestecker/Vanhaute 2012: 46).

tendierte Folge des bestehenden Staatsangehörigkeitsrechts anstelle einer offenen Einwanderungspolitik angesehen werden muss, legen auch die infolge immens gestiegener nicht-weißer Zuwanderung verschärfte Migrationsbeschränkungen für Commonwealth-Angehörige seit 1971 nahe. Demnach wurde trotz divergierender Hintergründe in Großbritannien zur gleichen Zeit ein Politikwechsel hin zu einem Mehr an Einwanderungsbeschränkungen und -kontrollen vollzogen wie es für die klassischen europäischen Anwerbeländer der Fall war (vgl. Caestecker/Vanhaute 2012: 48 f.; Oltmer 2012).

Da in jenen Ländern, deren Einwanderung primär durch Arbeitsmigranten geprägt war, die Auffassung eines zeitlich befristeten Aufenthalts der Migrantinnen und Migranten dominierte, verwundert es zunächst wenig, dass Altersfragen im Hinblick auf immigrierte Bevölkerungsgruppen erst nach und nach zu einem eigenständigen Thema avancierten.<sup>206</sup> Zudem machte das junge Durchschnittsalter der zwischen den 1950er und 1970er Jahren nach Nordwest-Europa einreisenden Migranten Überlegungen zu deren Alter(n) zunächst scheinbar überflüssig. Dass älteren Immigranten schließlich seit den 1990er Jahren noch zögerlich und seit den 2000er Jahren verstärkter Aufmerksamkeit zuteilwurde, deutet White (2006: 1288) in einer einfachen Rechnung an: „We might [...] observe that a migrant who was 20 in 1960 (and therefore born in 1940) reached the age of 60 in 2000“. Welchen Anteil ältere Migranten in den heutigen west- und nordeuropäischen Gesellschaften einnehmen, soll nun beispielhaft aufgezeigt werden.

Die Migrationsbevölkerung in den Niederlanden setzt sich im Wesentlichen aus drei Einwanderungsgruppen zusammen: Immigranten aus ehemaligen niederländischen Kolonien wie Surinam, die Antillen und Indonesien, Arbeitsmigranten aus Italien, Spanien, Griechenland und dem ehemaligen Jugoslawien sowie Marokko und der Türkei sowie weltweite Asylsuchende und Geflüchtete. Im Jahr 2014 besaßen rund 21 Prozent der Bevölkerung mindestens ein im Ausland geborenes Elternteil. Von diesen in den Niederlanden als Allochthone bezeichneten Bürgerinnen und Bürgern waren rund 377.000 Personen 65 Jahre und älter, womit sie einen Anteil von rund 13 Prozent unter allen Senioren dieser Altersgruppe in den Niederlanden einnehmen (im Jahr 2000: rd. 206.000 Personen, 10 %). Die größte Gruppe bilden mit Abstand (rd. 74 %) ältere westliche Migranten, zu denen die niederländische Statistik Europäer (ohne Türken), Nordamerikaner, Ozeaner, Indonesier und Japaner zählt (2000: rd. 86 %). Die Mehrheit von ihnen verkörpern Deutsche, Indonesier und Belgier.<sup>207</sup> Ältere Personen aus Surinam (rd. 7 % aller älteren Allochthonen), aus der Türkei, aus Marokko (je rd. 5 %) und von den Antillen (rd. 2 %) repräsentieren daneben einen Großteil (rd. 76 %) der nicht-westlichen allochthonen Senioren (2000: rd. 6 %, 2 %, 2 %, 1 %). Auch wenn ältere Migranten in den Niederlanden bezogen auf die Gesamtbevölkerung eine sehr kleine Gruppe darstellen (2014: rd. 2 %, 2000: rd. 1 %), ist ihr Anteil unter den Älteren nicht unerheblich und die Gruppe insgesamt im Wachstum begriffen. Dabei ist weiterhin von einer internen Pluralisierung der allochthonen Altenbevölkerung mitunter einer Zunahme nicht-westlicher Senioren auszugehen. Während ältere Migrantengruppen in Ländern wie Deutschland, Schweden und der Schweiz heute bereits langsamer wachsen als noch wenige Jahre zuvor, ist dies für ältere Migranten in den Niederlande nicht der Fall. Indem die großen Migrationswellen in den Niederlanden im europäischen

<sup>206</sup> Die Vorstellungen, dass Migranten, die aus Gründen der Erwerbstätigkeit ihre Herkunftsländer verlassen haben, Rückkehr orientiert sind und mehrheitlich spätestens im Alter bzw. Ruhestand in ihre Heimatländer zurückwandern werden, können – mit Ausnahmen z. B. Schwedens (Parusel 2009: 2) – als geteiltes Gedankengut der west- und nordeuropäischen Anwerbeländer des vergangenen Jahrhunderts begriffen werden (vgl. ENIEC 2010: 8; z. B. bzgl. der *Niederlande* Mertens/Scott 1993: 33 f.; der *Schweiz* Ruspini 2010: 16; aber auch *Dänemarks* Huismann/Raven/Geiger 2000: 89). Dagegen überwog in Großbritannien geprägt durch die Zuwanderung vieler Staatsangehöriger des *New Commonwealth* die Erwartung einer dauerhaften Einwanderung (vgl. Hackett 2012). Nach und nach stellte sich auch in den durch Arbeitsmigration geprägten, zunächst auf Rückkehr der Migranten eingestellten Ländern die Überzeugung ein, dass viele Zuwanderer u. a. aus familiären, gesundheitlichen oder ökonomischen Gründen auch im Alter in den Aufnahmeländern bleiben oder, wenn es die rechtlichen Bedingungen erlauben, zwischen Herkunfts- und Aufnahmeland pendeln werden (vgl. Bolzman 2012: 101; Fibbi/Bolzman/Vial 1999: 35 f.; Hungerbühler 2012: 42; van der Geest/Mul/Vermeulen 2004: 433; Warnes/Williams 2006: 1266 f.; White 2006: 1292).

<sup>207</sup> Während von allen westlichen 65-jährigen und älteren Allochthonen im Jahr 2014 48 Prozent Deutsche (2000: 46 %), 24 Prozent Indonesier (2000: 28 %) und 10 Prozent Belgier (2000: 13 %) waren, nehmen diese Gruppen unter allen allochthonen Senioren 2014 36 Prozent, 18 Prozent und 7 Prozent ein (2000: 40 %, 24 %, 11 %).

Vergleich etwas später eingesetzt haben, erfährt das Land auch die Alterung seiner Migrantenbevölkerung in geringem Maße zeitlich versetzt (vgl. Ersanilli 2014a; Statistics Netherlands 2015a, 2015b, 2015c; Teng/Peeters/Schuijt-Lucassen 2003; White 2006: 1288 f.; eigene Berechnungen).

Die erste nennenswerte Migrationsphase nach Großbritannien war durch afrokaribische Familien in den späten 1950er und frühen 1960er Jahren geprägt, gefolgt von mehrheitlich allein wandernden jungen Männern aus Indien und Pakistan, deren Angehörige zu einem späteren Zeitpunkt nachkamen. In den 1960er und 1970er Jahren wanderten verschiedene ostafrikanische und asiatische Gruppen auf die britischen Inseln ein, bevor verschärfte Einwanderungsgesetze die Immigration in Ausnahme weniger somalischer und iranischer Geflüchteten deutlich beschränkte. Ende des letzten Jahrtausends beruhte das Wachstum der Bevölkerungsgruppe der *BMEs* demnach weniger auf Neuzuwanderern als vielmehr auf den nachkommenden Generationen der Einwanderergruppen der vorangegangenen Jahrzehnte. Im Jahr 2011 gehörte ein Fünftel der englischen Bevölkerung bereits einer anderen ethnischen Gruppe als der weißen britischen Mehrheit (*White British*) an. Unter den 65-Jährigen und Älteren stellen sie jedoch 2009 weiterhin eine kleine Gruppe von rund 707.300 Personen oder 8,4 Prozent dar. Werden Bevölkerungsdaten aus dem Jahr 2001 zum Vergleich herangezogen, wird allerdings deutlich, dass Senioren in allen ethnischen Minderheitengruppen Zuwachs erfahren haben. In Wales lebten 2009 rund 18.000 ältere Minderheitenangehörige, was einem Anteil von 3,4 Prozent unter den 65-Jährigen und Älteren entspricht. Auch hier macht der Zeitverlauf ein Wachstum älterer Minderheitenangehörigen innerhalb der meisten ethnischen Gruppen deutlich. Daten aus dem Jahr 2007 zeigen darüber hinaus die unterschiedliche Alterszusammensetzung innerhalb der englischen und walisischen Bevölkerungsgruppen auf: Außer den *White Irish* weisen alle Minderheitengruppen ein jüngeres Durchschnittsalter als die britische weiße Mehrheit auf. Während 31,2 Prozent der *White Irish* 2007 65 Jahre oder älter waren, trifft dies u. a. für 17,6 Prozent *White British*, 8,8 Prozent *Other White*, 13,4 Prozent *Black Caribbean*, 7,3 Prozent *Indians*, 4,7 Prozent *Pakistani*, 4,3 Prozent *Bangladeshi* als auch *Chinese*, 3,1 Prozent *Mixed White/Asian* und 2,7 Prozent *Black African* zu. Prognosen gehen davon aus, dass über fast alle Gruppen hinweg das Durchschnittsalter bis 2026 und 2051 weiter ansteigen wird. Während im Jahr 2001 in England und Wales rund 500.000 ältere Minderheitenangehörige lebten, wird ein Wachstum dieser Gruppe auf 810.000 Personen 2016, 1,3 Millionen im Jahr 2026 und 3,8 Millionen bis 2051 erwartet (vgl. Calanzani/Koffman/Higginson 2013; Demirbag/Aldridge 2003: 6; Runnymede/Centre for Policy on Ageing 2010).<sup>208</sup>

Als historisches Auswanderungsland erfuhr die Schweiz erstmals Anfang des 20. Jahrhunderts eine positive Einwanderungsbilanz. Nach dem Zweiten Weltkrieg wanderten zunächst vorwiegend Franzosen, Deutsche und Österreicher sowie verstärkt in den 1970er Jahren angeworbene Arbeitskräfte aus Italien, Spanien, Portugal, dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei in die Schweiz ein. Seit den 1980er Jahren waren Neuzuwanderungen vermehrt durch Familienzusammenführung als auch Flucht und Asyl geprägt. Durch diese Migrationsbewegungen erfuhr die Schweiz eine Zunahme ihrer ausländischen Bevölkerung von 11 Prozent im Jahr 1960 auf 15 Prozent 1980 bis hin zu 20 Prozent im Jahr 2000. Während ältere Ausländer (65 Jahre und älter) 1980 einen Anteil von 4,9 Prozent der schweizerischen Bevölkerung in dieser Altersgruppe repräsentierten, ist ihr Anteil bis 2009 auf 10,8 Prozent gewachsen. In diesem Zeitraum haben insbesondere die italienisch- und spanischstämmigen Senioren einen enormen Zuwachs von 17.093 auf 53.098 Personen erfahren. Daneben zählen die Senioren aus dem ehemaligen Jugoslawien zu einer der größten und am schnellsten wachsenden Gruppen unter der ausländischen Altenbevölkerung. Schätzungen gehen davon aus, dass neben den 65-jährigen und älteren Ausländern weitere 10 Prozent dieser Altersgruppe eingebürgerte Schweizer mit Migrationshintergrund sind (2010). Zudem wird erwartet, dass im Jahr 2020 rund 400.000 ausländische oder eingebürgerte Senioren in der Schweiz leben werden (vgl. Bolzman 2012; Bolzman/Poncioni-Derigo/Vial 2003: 194 ff.; Hungerbühler 2012: 44; Hungerbühler/Bisegger 2012: 12).

<sup>208</sup> Da sich ethnische Klassifikationen zwischen England bzw. Wales und Schottland sowie Nordirland unterscheiden und die überwiegende Mehrheit ethnischer Minderheitenangehöriger in England oder Wales lebt (2007: 96%), konzentrieren sich Veröffentlichungen zu ethnischen Gruppen mehrheitlich auf letztgenannte Landesteile des Vereinigten Königreichs (vgl. Runnymede/Centre for Policy on Ageing 2010: 7).

Als eines der ältesten Einwanderungsländer in Europa hat auch Schweden in den 1950er und 1960er Jahren eine enorme Zuwanderung durch Arbeitsmigranten aus Finnland, Griechenland, Italien, dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei erfahren. Seit Ende der 1970er Jahren sind zudem in zahlreichen Migrationsbewegungen Geflüchtete und Asylsuchende aus dem Nahen Osten, dem arabischen Raum, der ehemaligen Sowjetunion, dem afrikanischen Kontinent oder aus europäischen Krisengebieten nach Schweden eingewandert. Im Jahr 2014 hatten rund 21,5 Prozent der Schweden einen ausländischen Hintergrund (*foreign background*) (2002: rd. 15,2 %).<sup>209</sup> Unter den 65-Jährigen und Älteren nahmen sie einen Anteil von etwa 12,5 Prozent ein (2002: rd. 10,0 %). Von den rund 239.000 Senioren mit ausländischem Hintergrund war die absolute Mehrheit (rd. 98 %) selbst im Ausland geboren. Aus dem Jahr 2008 sind zudem die Herkunftsregionen älterer im Ausland geborener Migranten bekannt. Während von allen rund 183.000 Älteren 85.000 Personen aus den nordischen Ländern Europas stammten, kamen 27.000 aus anderen europäischen Staaten. Alle übrigen Senioren wurden außerhalb Europas, in der Türkei oder der ehemaligen Sowjetunion geboren (vgl. Ruspini 2010: 13 f.; SCB 2015b, 2015c, 2015d).

Frankreich, das auch als Mischung zweier Typen europäischer Einwanderungsländer gefasst werden kann, nämlich jener kolonial- sowie jener durch Arbeitsmigration geprägter Staaten, verweist bereits deutlich länger als andere europäische Nachbarn auf eine Tradition positiver Immigrationsraten. Während vor dem zweiten Weltkrieg primär europäische Zuwanderer nach Frankreich zogen, immigrierten ab Mitte des 20. Jahrhunderts viele ehemalige französische Koloniebewohner insbesondere aus Nord- und Subsahara-Afrika. Daneben wanderten europäische Arbeitsmigranten etwa aus Spanien und Portugal ein. Seit dem Ende der Anwerbepolitik in den 1970er Jahren dominiert in Frankreich die Familienzusammenführung das Einwanderungsgeschehen. Politisch kommt zudem den *sans-papiers* (irreguläre Einwanderer) große Aufmerksamkeit zu. In der französischen Statistik wird zwischen *immigrés* (Einwanderer), *étrangers* (Ausländer, d. h. Nicht-Staatsangehörige) und *non immigrés* bzw. *français* (nicht eingewanderte Franzosen) unterschieden, wobei zu *immigrés* alle im Ausland als nicht-französische Staatsbürger geborenen Personen zählen (auch nach einer Einbürgerung). Wie Engler (2012: 3) bildhaft aufzeigt, ergeben sich durch diese Definition Überschneidungen der beiden erst genannten Gruppen in der französischen Bevölkerungsbeschreibung, die aufgrund fehlender Daten im Folgenden jedoch nicht aufgezeigt werden können. Im Jahr 2012 waren 6,1 Prozent der gesamtfranzösischen Bevölkerung Ausländer; 8,7 Prozent gehörte der Gruppe der Einwanderer an. Betrachtet man die Alterszusammensetzung beider Bevölkerungsteile wird deutlich, dass *immigrés* durchschnittlich älter sind. Während ein Viertel der ausländischen Bevölkerung 55 Jahre oder älter ist, trifft dies auf knapp ein Drittel der Einwanderer zu. Unter allen 55-Jährigen und Älteren nehmen Ausländer einen Anteil von 5,1 Prozent und Einwanderer einen Anteil von 9,4 Prozent ein.<sup>210</sup> Während Einwanderer unter der französischen Altenbevölkerung damit bereits anteilig stärker vertreten sind, als es für andere Altersgruppen zutrifft, ist ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung (wie auch derjenige älterer Ausländer) vergleichsweise gering (rd. 2,8 % und 1,5 %). Die beiden größten Gruppen unter den mehr als 1,8 Millionen älteren Einwanderern stammen 2012 aus Algerien und Portugal, gefolgt von Italien und Marokko. Gerade das Beispiel Frankreich macht deutlich, wie sich innerhalb eines Aufnahmelandes durch unterschiedliche Einwanderungsbewegungen begünstigt das Alterswachstum zwischen Migrantengruppen deutlich differenziert. Daten aus dem Jahr 1999 machen deutlich, dass beispielsweise Italiener und Spanier ein höheres Durchschnittsalter als die einheimische Bevölkerung aufweist, während die algerischen Einwanderer im Durchschnitt etwas, Marokkaner, Tunesier und Türken merklich jünger sind als die zuvor genannten Gruppen. Auch wenn keine Vergleichsdaten über einen längeren Zeitverlauf sowie Prognosen bekannt sind, legen ältere Veröffentlichungen die Vermutung nahe, dass auch in Frankreich ältere Migrantengruppen absolut und relativ im Wachstum begriffen sind (vgl. Alidra/Chaouite/Abye 2003; Engler 2012; Insee 2015a, 2015b, 2015c, 2015d; White 2006: 1290 f.).

<sup>209</sup> Darunter zählt die schwedische Statistik Personen, die im Ausland geboren sind, sowie in Schweden zur Welt gekommene Personen, deren Eltern im Ausland geboren wurden (vgl. SCB 2015a).

<sup>210</sup> Die Werte hinsichtlich der Metropolitan-französischen Bevölkerung unterscheiden sich lediglich marginal (vgl. Insee 2015e, 2015f).

Obwohl nach Ende des Zweiten Weltkrieges eine schrittweise Annäherung europäischer Migrationsregime sowie eine Pluralisierung der west- und nordeuropäischen Gesellschaften stattgefunden haben, eine Alterung der Migrationsbevölkerung und eine Zunahme älterer Migranten unter allen Senioren in den genannten Ländern zu verzeichnen sind, weisen die Länder und Bevölkerungen gleichwohl feine Unterschiede auf, die ebenso auf divergente migrationspolitische Strategien beispielsweise in Fragen der Familienzusammenführung, der Integrationsförderung und rechtlichen Stellung von Migranten als auch auf verschiedene Zuwanderungsgruppen und -bewegungen zum Beispiel kolonialer Prägung, von Volkszugehörigen wie (Spät-)Ausiedlern oder in Form von Flucht und Asyl gründen. Daraus haben sich nicht zuletzt nationalitätenspezifisch sehr unterschiedliche Verständnisse und Begrifflichkeiten hinsichtlich der immigrierten Bevölkerungsgruppen ergeben, die eine Gegenüberstellung der Migrationsrealitäten in den nordwesteuropäischen Staaten erschweren.<sup>211</sup> Um dennoch einen statistischen Vergleich auch der Gruppe älterer Migranten ermöglichen zu können, hat sich als kleinster gemeinsamer Nenner das Konzept der *foreign born*, der im Ausland geborenen Personen etabliert. Aufgrund unterschiedlicher Datenerhebungsverfahren und -grundlagen lässt jedoch auch dieses Konzept nur vage vergleichende Aussagen zu (vgl. MGFFI des Landes Nordrhein-Westfalen 2010: 12 ff.; Schimany/Rühl/Kohls 2012: 109).

Während in Frankreich und im Vereinigten Königreich mit rund 1,9 und 1,1 Millionen Personen absolut die meisten Senioren im Alter von 60 Jahren und älter leben, die im Ausland geboren wurden, besitzt die Schweizer Altenbevölkerung den höchsten Anteil dieser Gruppe (rd. 23 %). Danach folgen Frankreich mit 13,5 Prozent und Schweden mit 11,9 Prozent (vgl. Tab. 4).

**Tabelle 4: Im Ausland geborene Einwohner ausgewählter europäischer Länder im Alter von 60 Jahren und älter (2010)**

Land	Anzahl	Anteil der im Ausland Geborenen 60+ an allen 60+ in Prozent
Frankreich	1.913.328	13,5
Niederlande	294.638	8,2
Schweden	275.480	11,9
Schweiz	404.415	22,6
Vereinigtes Königreich	1.100.428	7,9

Quellen: Teils eigene Berechnungen (Bundesamt für Statistik (Schweiz) 2014; Schimany/Rühl/Kohls 2012: 110).

In Tabelle 5 werden die vorliegenden europäischen Daten um Vergleichszahlen aus Deutschland und den USA ergänzt. Sie machen deutlich, dass sowohl die USA als auch Deutschland hinsichtlich der absoluten Zahlen eine vorrangige Stellung einnehmen, währenddessen sich die Bundesrepublik in Bezug auf den Anteil von im Ausland geborener Personen innerhalb der Altenbevölkerung im Mittelfeld platziert.

<sup>211</sup> Während beispielsweise in den Niederlanden wie beschrieben zwischen der autochthonen (Geburtsland Niederlande) und der allochthonen (selbst oder mindestens ein Elternteil im Ausland geboren) Bevölkerung unterschieden wird, nimmt die französische Statistik eine Unterscheidung zwischen Staatsangehörigen, Einwanderern und Ausländern vor. Infolge der oben genannten Definition von Einwanderern werden bspw. kolonialgeschichtlich geprägte Migranten mit französischer Staatsangehörigkeit nicht als Zugewanderte ersichtlich. In Großbritannien erfolgt die Gruppenzuordnung entgegen sozio-demographischer Merkmale wie Nationalität, Geburtsort oder Migrationshintergrund der Eltern über die Selbstidentifikation der Bürger zu einer ethnischen Gruppierung (vgl. Alidra/Chaouite/Abye 2003: 35; Booji/von den Bergen 2003: 106; Engler 2012: 3; Messkoub 2001: 2).

**Tabelle 5: Im Ausland geborene Einwohner ausgewählter Länder im Alter von 60 Jahren und älter (2010)**

Land	Anzahl	Anteil der im Ausland Geborenen 60+ an allen 60+ in Prozent
Deutschland	1.831.192	8,6
USA	6.571.000	12,0
Frankreich	1.913.328	13,5
Niederlande	294.638	8,2
Schweden	275.480	11,9
Schweiz	404.415	22,6
Vereinigtes Königreich	1.100.428	7,9

Quellen: Teils eigene Berechnungen (Bundesamt für Statistik (Schweiz) 2014; Census Bureau 2011d, 2011e; Schimany/Rühl/Kohls 2012: 110).

Gegenüber den Lebenslagen älterer Migranten hält die europäische Literatur weit weniger Informationen über ihre **sozialen Familien- und Umweltstrukturen** bereit. In Abgrenzung zu verbreiteten Vorstellungen ausgeprägter sozialer Integration insbesondere über familiäre Netzwerke sei jedoch nicht selten davon auszugehen, dass ältere Migranten über ausschließlich geringe soziale Strukturen verfügen und bisweilen weitgehend sozial isoliert sind. Im Hinblick auf die Mehrheitsgesellschaft ließen sich Formen der Desintegration über fehlende Sprachkenntnisse derjenigen Senioren erklären, deren Muttersprache sich von der Nationalsprache ihres Aufnahmelandes unterscheiden. Innerfamiliär trügen sozialstrukturelle Veränderungen wie etwa eine erhöhte Frauenerwerbstätigkeit unter den nachkommenden Generationen sowie eine erhöhte Scheidungsrate auch unter Älteren zu abnehmenden sozialen Bindungen bei. Auch durch diese Veränderungen leben viele, insbesondere weibliche Migrantinnen im Alter allein. Daneben stellt der Fall Frankreich, wo eine Vielzahl älterer männlicher Migranten – wie bereits erwähnt – familienlos und gesellschaftlich weitgehend segregiert in Immigrantenheimen wohnen, ein spezifisches Beispiel sozialer Isolation älterer Einwanderer dar (vgl. AGE/enar 2011; Alidra/Chaouite/Abye 2003: 42 f.; Gerling 2003a: 218; PRIAE 2004: 3; Smits et al. 2014: 338 f.; Torres 2006: 1349). An anderer Stelle werden jedoch auch starke intergenerationale Bindungen bis hin zu Koresidenzen thematisiert sowie die Vielfalt familiärer Strukturen als auch Unterstützungspotenziale innerhalb der Migranten- und Minderheitenbevölkerungen hervorgehoben (vgl. Blakemore/Boneham 1994: 37; Hungerbühler/Bisegger 2012: 50 f.).

Während in Frankreich Organisationen und Verbände von Migranten kaum und mit Angeboten für Senioren noch weniger vorhanden seien, gewannen Migrantenselbstorganisationen sowie ehrenamtliches Engagement von und für ältere Migranten in den anderen untersuchten europäischen Ländern innerhalb der vergangenen beiden Jahrzehnten an Bedeutung (vgl. Alidra/Chaouite/Abye 2003: 43, 50; Hungerbühler 2007: 406; Schmitt 2008: 280; Teng/Peters/Schuijt-Lucassen 2003: 80). Als besonders prominent erweist sich in dieser Hinsicht der durch *BME*-Organisationen getragene ehrenamtliche Sektor in Großbritannien. Aus der Hal-

tung heraus, soziale Benachteiligungen nicht zu ertragen, sondern ihnen aktiv zu begegnen, sei eine Vielzahl politischer sowie sozialer Initiativen aus den ethnischen Communities heraus entstanden. Dabei unterhalten viele dieser Organisationen auch Angebote speziell für ältere Menschen. Einige der durch das Engagement älterer Minderheitenangehörigen entstandenen Vereine und Treffs konnten sich darüber hinaus zu wohlfahrtsstaatlichen Diensten weiterentwickeln, auf deren Rolle im Altenpflegesystem später noch ausführlicher eingegangen wird (vgl. Blakmore/Boneham 1994: 110; Demirbag/Aldridge 2003: 8, 25). Trotz der im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern vergleichsweise guten Organisation und finanziellen Ausstattung britischer Migrantenselbstorganisationen, teilen sie mit Vereinen und Initiativen anderer europäischer Migrantengemeinschaften die Erfahrung finanzieller Unsicherheit. Durch geringe und häufig zeitlich befristete Mittel sind eine nachhaltige Verankerung sowie ein Ausbau von ehrenamtlichen und wohlfahrtsstaatlichen, durch Migrantenverbände getragenen Angeboten für ältere Migranten in den nord- und westeuropäischen Ländern weitgehend eingeschränkt (vgl. Manthorpe et al. 2010: 33; MGFFI des Landes Nordrhein-Westfalen 2010: 22; PRIAE 2004: 10 f.).

Werden in der nordwesteuropäischen Literatur Alter(n)sfragen thematisiert, fällt auf, dass neben der These eines häufig chronologisch früheren Einsetzens der Altersphase unterschiedlicher Minderheitengruppen, Alter(n)svorstellungen älterer Migranten wenig Raum gegeben wird (vgl. Demirbag/Aldridge 2003: 9; van der Geest/Mul/Vermeulen 2004: 434). Eine größere Rolle spielen hingegen deren **Pflegevorstellungen** und **-bedarfe**. Wie auch in Deutschland und den USA wird erwartet, dass ältere Migranten mehrheitlich eine innerfamiliäre Pflegeversorgung priorisieren und gegenüber formalen, insbesondere stationären Pflegeangeboten eine Abneigung hegen (vgl. ENIEC 2010: 6; Hungerbühler 2007: 401; İmamoğlu/İmamoğlu 1992: 107; PRIAE 2004: 3).<sup>212</sup> Gleichzeitig seien die familialen Möglichkeiten, die Versorgung und Betreuung älterer Angehöriger zu übernehmen, aus unterschiedlichen Gründen jedoch zunehmend eingeschränkt. Nicht nur fehle es durch veränderte Familienstrukturen an zeitlichen und personellen Ressourcen die Pflege der Eltern zu leisten, sondern stehen einer informellen Betreuung nicht selten auch gewandelte Pflegevorstellungen der nachkommenden Generationen entgegen (vgl. Blakmore/Boneham 1994: 109; Bowes 2003: 33; ENIEC 2010: 3; Hungerbühler 2007: 402, 2012: 42 f.).<sup>213</sup> Auch aus diesen veränderten Rahmenbedingungen heraus werde in unterschiedlichen Migrantengruppen eine wachsende Offenheit gegenüber institutionellen Angeboten ersichtlich, wobei in der Literatur grundsätzlich nicht infrage gestellt wird, dass ältere Migranten einen zumindest mit den europäischen Mehrheitsbevölkerungen vergleichbaren Pflegebedarf besäßen (vgl. Bowes 2003: 33; ENIEC 2010: 3; Gerling 2009: 128; Hungerbühler/Bisegger 2012: 54; Teng/Peeters/Schuijt-Lucassen 2003: 88).

<sup>212</sup> Eine Studie aus den Niederlanden weist zudem nach, dass auch unter vielen Kindern älterer Migranten höhere Erwartungshaltungen hinsichtlich einer familiären Versorgung ihrer Angehörigen existieren, als es für gleichaltrige Niederländer der Fall ist. Mit steigendem Bildungsgrad nehme die Zustimmung familiärer Verantwortung für die Pflege der Eltern jedoch ab (vgl. de Valk/Schans 2008).

<sup>213</sup> Hungerbühler (2007: 402) merkt für die schweizerischen Verhältnisse darüber hinaus an, dass sich „zwar sowohl Eltern und Kinder [mit Migrationsgeschichte, BS] oft noch dem Ideal der familienzentrierten Altersversorgung verbunden [fühlen], beide Teile [...] aber zunehmend auch die veränderte gesellschaftliche Wirklichkeit und die damit einher gehende Auflösung herkömmlicher Rollenbilder und -pflichten [anerkennen]“.

Einer tatsächlichen Inanspruchnahme institutioneller Dienstleistungen durch ältere Minderheitenangehörige stände jedoch eine Vielzahl an **Zugangsbarrieren** gegenüber, die nationalitätenspezifisch unterschiedlich wirksam würden. Wesentliche Hürden auf Seiten älterer Migranten erstrecken sich über Informations- und Sprachdefizite, geringe finanzielle Mittel, Unkenntnisse des Altenpflegesystems und von Behördenangelegenheiten sowie aufenthaltsrechtliche Unsicherheiten, über verbreitete Ängste vor Behördengängen und fehlendes Vertrauen in mögliche *one-size-fits-all* Angebote bis hin zu einer stigmatisierenden Wirkung der Inanspruchnahme von Pflegeangeboten innerhalb der ethnischen Eigengruppe (vgl. Age UK 2002: 3 f.; Bakker 2009: 3; Blakemore/Boneham 1994: 109-115; Bolzman 2012: 108 ff.; Bolzman/Poncioni-Derigo/Vial 2003: 213 ff.; Bowes 2003: 33; ENIEC 2010: 3; Forssell/Torres 2012: 122 f.; Huismann/Raven/Geiger 2000: 180; Kröger/Zechner 2009: 21; Lasfargues 2003: 40; Mold/Fitzpatrick/Roberts 2005: 109; PRIAE 2004: 9; Patel 1999: 270). Daneben verhinderten fehlende Vorbereitungen auf die Bedürfnisse älterer Minderheitenangehöriger durch kultursensible Informationen und Angebote, ein Mangel an mehrsprachigen bzw. interkulturell ausgebildeten Fachkräften, eine ausbleibende Willkommenskultur und unansprechende Räumlichkeiten sowie stereotypisierende bis hin zu diskriminierende Behandlungen älterer Migranten neben anderen Faktoren die Nutzung institutioneller Angebote durch Migrantenfamilien von Seiten der Einrichtungen (vgl. AGE 2008: 3 f.; Age UK 2002: 3 f.; Alidra/Chaouite/Abye 2003: 49; Bolzman 2012: 110; Demirbag/Aldridge 2003: 28; Huismann/Raven/Geiger 2000: 180 f.; Jones 2008: 42 f.; Kröger/Zechner 2009: 21).<sup>214</sup>

Über die tatsächliche **Versorgungssituation** älterer Migranten sowie die gegenwärtige Inanspruchnahme formeller Pflegeangebote in den nordwesteuropäischen Ländern liegen, wie in vielen anderen, ältere Migranten betreffenden Bereichen, nur wenige Daten vor (vgl. Ruspini 2010: 4). Die Veröffentlichungen erwecken jedoch den Anschein, dass allen untersuchten Ländern eine vergleichsweise geringe Inanspruchnahme institutioneller Altenpflegeangebote durch ältere Einwanderer und Minderheitenangehörigen gemein ist. Gleichzeitig herrschen aber die Erwartungen vor, dass ihre Nachfrage nach professionellen Pflegeleistungen steigen wird (vgl. Alidra/Chaouite/Abye 2003: 47; Blakemore/Boneham 1994: 112 f.; Forssell/Torres 2012: 122; Gerling 2003a: 218; Hungerbühler 2007: 401; Kröger/Zechner 2009: 21; Manthorpe et al. 2009: 96; PRIAE 2004: 9; Rallu 2016; Verhagen et al. 2013). Exemplarisch sei auf schweizerische und schwedische Daten hingewiesen: Aus der Schweiz ist bekannt, dass rund ein Zehntel der Altenheimbewohner einen Migrationshintergrund besitzen, wobei diese im Durchschnitt jünger als die einheimischen Bewohner sind. Während Schweizer zu 66 Prozent 80 Jahre und älter sind, trifft dies auf 63 Prozent der Doppelbürger und 43 Prozent der ausländischen Senioren in Pflegeheimen zu (vgl. Hungerbühler/Bisegger 2012: 52). In

---

<sup>214</sup> Wie eine Veröffentlichung aus den Niederlanden aufzeigt, führten insbesondere zwei gängige Vorstellungen zu einer nur geringen Auseinandersetzung mit den Lebens- und Bedarfslagen eingewanderter Senioren auch im Altenpflegesystem. Während einerseits die Auffassung dominierte, Migranten würden im Alter in ihre Herkunftsländer zurückkehren, erfuhr andererseits die auch aus den USA bekannte Annahme einer weitreichenden Anpassung älterer Einwanderer im Laufe ihrer Migration breite Rezeption. Dass dies jedoch in vielen Fällen nicht erwartet werden kann, unterstreichen die Autoren mit einem Vergleich zu niederländischen Auswanderern in Australien, die trotz langjähriger Aufenthalte bis ins Alter hinein ein großes Bedürfnis nach einer familiären sozialen und kulturellen Umwelt äußerten (Mertens/Scott 1993: 33 f.).

Schweden nehmen Ende der 2000er Jahre 19,7 Prozent der im Ausland geborenen Senioren gegenüber 23 Prozent in Schweden geborener Älterer öffentliche Altenpflegeangebote wahr, wobei erstere Gruppe im Bezug von Pflegegeldern deutlich überrepräsentiert sei. Ob die geringe Nachfrage nach institutionellen Angeboten den Vorlieben entspricht oder aber fehlenden adäquaten Angeboten geschuldet ist, sei dabei schwierig zu beantworten (vgl. Forsell/Torres 2012: 122; Ruspini 2010: 15).

Trotz des Datenmangels, der in Hinblick auf die Lebenslagen, Pflegebedarfe und Versorgungssituationen älterer Migranten in nordwesteuropäischen Ländern besteht und der im Wesentlichen auf die langjährige Fokussierung von Wissenschaft, Politik und Praxis auf junge Migranten und Minderheitenangehörige, Erwerbstätige sowie Geflüchtete zurückzuführen ist, unterstreicht die Literatur zweierlei: Erstens sei trotz der häufig vorgenommenen homogenen Wahrnehmung älterer Einwanderer deren Heterogenität und Vielfalt hinsichtlich vielerlei Merkmale herauszustellen (vgl. z. B. Ruspini 2010: 4 ff.; Torres/Lawrence 2012: 5 f.; Warnes et al. 2004; Warnes/Williams 2006).<sup>215</sup> Zweitens kann im Zuge der voranschreitenden Alterung europäischer Gesellschaften auch eine relative Alterung von vielen Migranten- und Minderheitengruppen sowie ein absoluter Zuwachs von – insbesondere auch hochaltrigen – Senioren in diesen Gruppen in allen der genannten Ländern erwartet werden. Mit dieser Entwicklung werden vor allem auch die Einrichtungen der sozialstaatlichen Wohlfahrtspolitik wie die Altenpflegesysteme der Länder konfrontiert werden (vgl. Warnes et al. 2004: 311; White 2006: 1291 f., 1297).

## 2. Wohlfahrts- und Altenpflegesysteme

Weniger im Hinblick auf ältere Migranten, als vielmehr bedingt durch eine grundsätzliche Pluralisierung nationaler Gesellschaften infolge verschiedener Migrationsbewegungen nehmen Überlegungen zur Beziehung von Wohlfahrtsstaat und Migration in jüngster Zeit zu. Während nationale Wohlfahrtsstaaten auf dem Grundgedanken der Solidarität zur sozialen Absicherung und zum Gemeinwohl ihrer Bürger, d. h. für die Mitglieder eines Staates, geschaffen wurden, stellen Einwanderer die Systeme vor die Aufgabe zu entscheiden, ob und in welcher Form auch nicht-staatsangehörenden Bewohnern soziale Rechte zuerkannt werden. Durch die jeweilige Ausgestaltung der Zugangsberechtigungen zu den Leistungssystemen können Staaten sowohl zur Inklusion der eingewanderten Bevölkerung beitragen und ihre Attraktivität für neue Zuwanderung erhöhen als auch Voraussetzungen für eine Schließung nach innen wie außen schaffen (vgl. Bommers/Halfmann 1998; Castles/Schierup 2012; Lessenich/Solga/Weiß 2010; Stichweh 1998). „Selbst wenn nicht alle Zuwanderergruppen gleichermaßen soziale Anspruchsrechte geltend machen können, so lässt sich in der Tendenz doch eine De-Nationalisierung der Solidaritätspraktiken beobachten, welche besonders weitgehend

---

<sup>215</sup> Dass diese Pluralität ebenso das zukünftige Bild der Altenbevölkerung in den Untersuchungsländern prägen wird, ist auch aufgrund aktueller und weiter zu erwartender, neuer Zuwanderungsbewegungen anzunehmen (vgl. z. B. Engler 2012: 3 f.; Ersanilli 2014a: 2 f.; Manthorpe et al. 2010: 7).

bei jenen Gruppen ist, die Aufenthaltsrechte ohne Beschränkung genießen“ (Mau/Burckhardt 2010: 142).<sup>216</sup>

Im Hinblick auf die Altenbevölkerung ist darüber hinaus das Verhältnis von Wohlfahrtsstaat und Lebenslauf bedeutungsvoll. Nach Stichweh (1998: 55) ist

„die Idee des Wohlfahrtsstaates mit der Vorstellung langfristiger zeitlicher Reziprozität im Lebenslauf [verbunden]. Die Altersrente wird dann als Ausgleich für in früheren Jahrzehnten für die Gesellschaft erbrachten Leistungen gedacht, und das schließt die individuelle Identität mittels ihrer Einbettung in ein Lebenslaufregime auf das Engste mit kollektiven Ausgleichsmechanismen des nationalen Wohlfahrtsstaates zusammen.“

Indem Menschen durch Migration ihren Lebenslauf innerhalb eines Systems unterbrechen oder beenden, gehen sie die Gefahr einer geschwächten Absicherung bis hin zur sozialrechtlichen Schutzlosigkeit ein (vgl. ebd.). Inwieweit ältere Migranten und Minderheitenangehörigen derartige Risiken in den Untersuchungsländern erleben, soll ebenso Gegenstand dieses Kapitels werden wie eine allgemeine Darstellung der nationalen Wohlfahrts- und insbesondere Altenpflegesysteme.

Wird versucht westliche Länder einem Vergleich ihrer Wohlfahrtssysteme zu unterziehen, wird bis heute vielfach auf die von Esping-Andersen (1990) entwickelte und von anderen Autoren ergänzte Typologie idealtypischer Wohlfahrtsregime zurückgegriffen; *bis heute*, da beispielsweise trotz voranschreitender Harmonisierungsprozesse im Zuge der europäischen Einigung bis in die Gegenwart kein Modell entstanden ist, das als ‚europäisches‘ Wohlfahrtssystem bezeichnet werden könnte. Das konservative Modell des kontinentaleuropäischen Raums, das liberale Regime insbesondere vertreten durch angelsächsische Länder sowie der für nord-europäische Länder bezeichnende sozialdemokratische Typ bilden dabei die klassischen *Three Worlds of Welfare Capitalism*. Während sich erstes Regime in aller Kürze als beitragsfinanziertes, subsidiäres System beschreiben lässt, gilt das sozialdemokratische Modell als ein steuerfinanzierter, universalistischer und der liberale Typ als ein steuerfinanzierter, bedürftigkeitsprüfender und marktorientierter Wohlfahrtsstaat. Trotz ihrer vielfältigen Rezeption bleibt Esping-Andersens Arbeit nicht frei von Kritik. Neben der grundlegenden konzeptionellen und empirischen Vorgehensweise sowie der Länderzuordnung, die von Anfang an zur Diskussion standen, würden konkurrierende innerstaatliche Logiken und temporäre Veränderungen nationaler Wohlfahrtspolitik zu wenig Beachtung geschenkt. So sind, um nur ein Beispiel zu nennen, in den vergangenen Jahrzehnten verschiedene Formen der Marktöffnung über alle Wohlfahrtstypen hinweg festzustellen, die zu unterschiedlich starken Veränderungen des wohl-

---

<sup>216</sup> Beginnend mit den 1970er Jahren wurden Einwanderern in den westlichen Wohlfahrtsstaaten schrittweise in unterschiedlichen Programmen soziale Rechte zuerkannt, die auch den kulturellen Identitäten der Menschen Rechnung tragen sollten: Zu nennen sind dabei etwa die Politik des Multikulturalismus in Großbritannien, die schwedische Immigrantinnen- und niederländische Minderheitenpolitiken sowie die Integration ausländischer Mitbürger in Deutschland; Frankreich bildete infolge ihrer republikanischen Tradition, die eine staatliche Integrationspolitik widersagte, eine Ausnahme, auch indem Minderheitengruppen verschiedene Einschränkungen auferlegt wurden. Dennoch fand auch in Frankreich im Rahmen von Stadt- und Quartierspolitik (*Politique de la Ville*) eine indirekte Minderheitenpolitik statt. Seitdem in den 1990er Jahren zunehmende Debatten um die Tragfähigkeit von Wohlfahrtsstaaten in Verbindung mit einer verfehlten Integration von Immigranten – medial aufgeladen – geführt wurden, sind spätestens seit den 2000er Jahren zunehmend fordernde Migrations- und Integrationspolitiken festzustellen, die sich etwa in Integrationskursen, -tests oder -vereinbarungen widerspiegeln (vgl. Castles/Schierup 2012: 283 f.; Keller/Tucci 2013: 109 f.; wie auch Carrel 2012; Engler 2012; Ersanilli 2014a; Hanewinkel/Oltmer 2015).

fahrtsstaatlichen Gefüges beigetragen haben. Zunehmend fällt es daher schwer Wohlfahrtsstaaten, wenn auch idealtypisch, einer eindeutigen Klassifizierung zu unterziehen (vgl. auch Bazant/Schubert 2008; Scruggs/Allan 2008; Siegel 2007; *für den Pflegesektor* vgl. Chen 2014: 387). Auch deshalb wird auf eine Zuordnung der Untersuchungsländer in dieser Arbeit verzichtet.

### *Vereinigte Staaten von Amerika*

Im Folgenden wird zunächst das Wohlfahrts- und Altenpflegesystem der Vereinigten Staaten beleuchtet. Verglichen mit anderen westlichen, insbesondere europäischen Industriestaaten wird der USA häufig ein gering ausgebauter Wohlfahrtsstaat zugeschrieben. Der Bezug der überwiegenden Mehrheit vorhandener Sozialleistungen ist für amerikanische Bürger von Bedürftigkeitsprüfungen abhängig, wodurch insbesondere mittellose Personen über Anrechte auf diese Leistungen verfügen. Dies entspricht dem vorherrschenden Bild eines Staates, der nur als letzte Alternative unterstützend eingreifen soll (vgl. Wiener 2011: 312).<sup>217</sup> Ausschließlich zwei Programme können laut Angel (2014: 525) als „universal citizenship rights“ begriffen werden: die kurz als *Social Security* bezeichnete gesetzliche Renten- und Invalidenversicherung (*Old Age and Survivors Insurance and Disability Insurance, OASID*) sowie die Krankenversicherung für Senioren namens *Medicare* (vgl. auch Grell/Lammert 2013: 222 f.); womit es sich um Leistungen handelt, die in der Mehrzahl berenteten und über 65-jährigen US-Amerikanern zustehen. In vergleichender Wohlfahrtsstaatbetrachtung fällt vor allem das Fehlen eines allgemeinen Gesundheits- bzw. Krankenversicherungssystems auf, das „[e]ven if President Obama’s health care reform package, the Patient Protection and Affordable Care Act, is implemented“ (Angel 2014: 525, vgl. auch 530), nicht realisiert ist. Obwohl die USA mittlerweile in beachtlichem Umfang öffentliche Renten- und Krankenzahlungen unterhält, zeichnet sich ihr Wohlfahrtssystem durch vergleichsweise geringe öffentliche Leistungen und Steuern bei hohen privaten Investitionen in die soziale Absicherung aus. Dies hat zur Folge, dass ihr im Vergleich zu stärker egalitär ausgerichteten Wohlfahrtssystemen – mit höheren staatlichen Sozialausgaben, umfangreicheren Steuern und geringeren privaten Aufwendungen – höhere Einkommensungleichheiten und Armutsraten inhärent sind (vgl. Angel 2014: 527; Grell/Lammert 2013: 49).

Die Alterssicherung setzt sich für US-Amerikaner aus den drei Quellen Besitz und Vermögen, Einkommen aus privaten oder arbeitgebergeförderten Rentenplänen und der bereits genannten gesetzlichen Rentenversicherung *Social Security* zusammen. Letztgenanntes ist ein steuerfinanziertes als Transfersystem zwischen der erwerbsfähigen und der berenteten Bevölkerung organisiertes Bundesprogramm, das seit seiner Einführung 1935 im Wesentlichen zum Abbau von Altersarmut beigetragen hat. Wenn ihm auch nie der Anspruch zugrunde lag, die Basis für die Altersversorgung der Bevölkerung zu bilden, nimmt es diese Rolle heute faktisch ein. Für die Mehrheit der 65-Jährigen und Älteren stellen *Social Security*-Zahlungen mindestens die Hälfte ihrer Alterseinkommen dar. Bei einem Viertel älterer Afroamerikaner und Hispani-

<sup>217</sup> In der Folge erfahren Wohlfahrtsprogramme in den USA häufig einen negativen Tenor und besitzen für die Leistungsbezieher eine stigmatisierende Wirkung (vgl. Angel 2014: 525 ff.).

er nehmen die Leistungen sogar einen Anteil von 90 Prozent des Haushaltseinkommens ein, wodurch zwischen 19 und 30 Prozent afroamerikanischer, hispanischer und asiatischer Senioren vor Armut geschützt werden (vgl. Angel 2014: 528 ff.).

Krankheitskosten älterer und behinderter US-Amerikaner werden in Teilen durch die staatliche Krankenversicherung *Medicare* getragen. Diese übernimmt anteilig Kosten von Krankenhausaufenthalten sowie Arztbesuchen und kann durch verschiedene private Zusatzversicherungen aufgestockt werden. Aufenthalte in Pflegeheimen werden ausschließlich in den ersten zwanzig Tagen voll und bis zum einhundertsten Tag anteilig finanziert. Ein Verbleib darüber hinaus wird nicht mehr durch *Medicare*-Leistungen bezuschusst. Indem die private Kostenbeteiligung für Krankenbehandlungen durch das Programm nicht gedeckelt ist, können für Privatpersonen auch außerhalb von Pflegeeinrichtungen bereits immense Ausgaben anfallen. Damit stellt sich die soziale Absicherung im Krankheitsfall auch für Senioren als lückenhaft dar, wobei insbesondere Einkommensschwache, Hochaltrige und chronisch Kranke von diesem Finanzierungsloch nachteilig betroffen sind (vgl. Angel 2014: 531; Grell/Lammert 2013: 217 f.). Abhängig von der Bewilligung infolge einer am Einkommen gemessenen Bedürftigkeitsprüfung ergänzt schließlich das Fürsorgeprogramm *Medicaid* anfallende Kranken- und Pflegekosten für Bedürftige. Die bundesstaatlich unterschiedlich regulierten und bemessenen Leistungen werden zu rund 25 Prozent von Rentnern in Anspruch genommen. Dass *Medicaid* für diese Personengruppe einen wichtigen Beitrag der Alterssicherung darstellt, verdeutlichen auch die aufgebrachten Kosten. Während zwar die Hälfte der Bezieher Kinder und Jugendliche sind, fließen Rentnern und Menschen mit Behinderung, die ebenfalls ein Viertel der Leistungsberechtigten bilden, mit Abstand die höchsten Ausgaben zu (vgl. Angel 2014: 531; Grell/Lammert 2013: 218 f.).

Das *Older Americans Act (OAA)* mit seiner Ausführungsbehörde *Administration on Aging (AOA)* und den angehörenden regionalen und bundesstaatlichen Stellen bietet neben den genannten Renten- und Krankenleistungen als Bundesprogramm landesweit Dienstleistungen für 60-Jährige und Ältere auf lokaler Ebene an. Darunter zählen „access to social and legal services, nutrition, home- and community-based long-term social and supportive services, disease prevention and health promotion, and vulnerable elder rights protections“ (Torres-Gil/Spencer-Suarez/Rudinicia 2014: 369). Im Jahr 2010 profitierten ungefähr elf Millionen Senioren und deren Betreuer von diesen Angeboten. Dabei ist das *OAA* stark an der Versorgung der sozial Schwächsten orientiert, wobei es im Vergleich zu *Social Security* (89,7 Mrd. US-Dollar), *Medicare* (295 Mrd. US-Dollar) und *Medicaid* (557 Mrd. US-Dollar) über ein deutlich geringeres Jahresbudget von 2 Milliarden US-Dollar verfügt (alle für das Jahr 2011) und auf der politischen Agenda eine nachrangige Stellung einnimmt (vgl. Torres-Gil/Spencer-Suarez/Rudinicia 2014).<sup>218</sup>

---

<sup>218</sup> Obwohl alle drei Sicherungsbereiche, die gesetzliche Renten- und Krankenversicherung bzw. -fürsorge sowie das Altengesetz infolge demographischer Veränderungen ein Wachstum ihrer Bezugsgruppe erfahren, gehen Budgetsteigerungen nicht im gleichen Maße oder gar nicht einher. Vielmehr wird durch die schrittweise Erhöhung des Rentenberechtigungsalters auf 67 Jahre sowie eine partielle Privatisierung von *Social Security* und *Medicare* versucht, Kosten einzudämmen. Hierfür werden zum einen Finanzierungsschwierigkeiten des Systems infolge der Bevölkerungsalterung und zum anderen ein verstärkter politischer Fokus auf andere Sozialbereiche

Indem die staatliche soziale Absicherung für Alter und Krankheit in den USA weitgehend bedürftigkeitsabhängig und im Umfang begrenzt ist, hat sich ein vielfältiges System etabliert, das staatliche Leistungen mit privaten (Vorsorge-)Aufwendungen kombiniert. Dies trifft auch für den Schutz bei Pflegebedürftigkeit zu, wobei neben staatlichen *Medicare*- und *Medicaid*-Leistungen private Zahlungen sowie freiwillige Pflegeversicherungen und Sparverträge hauptsächlich zur Kostendeckung herangezogen werden. Pflegeheimkosten werden danach im Durchschnitt „zu 47,8 % vom Bedürftigen selbst, zu 45,6 % von Medicaid, zu 4,7 % von Medicare und zu 1,0 % durch eine private Pflegeversicherung getragen (sonstige Quellen: 0,9%)“ (Wild 2010: 38). Indem Minderheitenangehörige durchschnittlich über geringere Ersparnisse und Vermögenswerte, weniger private Krankenversicherungen und betriebliche Rentenpläne verfügen und zudem in schwierigen Zeiten häufiger auf die Rücklagen solcher Sparverträge zurückgreifen als die nicht-hispanische weiße Mehrheit haben staatliche Programme für sie einen hohen Stellenwert auch während einer Pflegebedürftigkeit (vgl. Angel 2014). Aufgrund der (teils staatlich unterschiedlichen) Einkommensschwelen und Bezugsrichtlinien (z. B. Aufenthaltsstatus und -dauer oder Arbeitsmarktbeteiligung) fallen aber auch verschiedene Minderheitenangehörige aus dem staatlichen Leistungssystem heraus, selbst wenn sie sich formale Pflegekosten nicht leisten können (vgl. Okafor 2009: 559; Padilla-Frausto/Wallace/Benjamin 2014: 232; Sainsbury 2006: 232 ff.; Scholten 2015; Yeo 2009: 1279).<sup>219</sup> Gerade nichteingebürgerte Immigranten sind nach Sainsbury (2006: 240) von einer bewehrten wohlfahrtsstaatlichen Logik der USA betroffen: „the traditional stance of excluding immigrants who were potentially public charges, and the emphasis on self-sufficiency via the market“.

Neben der wohlfahrtsstaatlichen Strukturierung und Finanzierung von Alters- und Pflegesicherung sind darüber hinaus der Aufbau sowie die Angebote des amerikanischen Altenpflegesystems für diese Arbeit von Interesse. Die ersten Pflegeeinrichtungen (*long-term services and supports, LTSS*) wurden Ende des 18. und Anfang des 19. Jahrhunderts durch religiöse Gemeinschaften und Orden eingerichtet, mit dem vorrangigen Ziel jene Personen zu pflegen, denen es an familiärer Unterstützung fehlt. In den 1960er Jahren folgte eine öffentliche Förderung von stationären Einrichtungen (*nursing homes/facilities* oder *homes for the aged*), bevor rund zwanzig Jahre später das Angebot ambulanter Dienste (*home care*) und in den 1990er Jahren betreute Wohnformen (*assisted living*) expandierten (vgl. Padilla-Frausto/Wallace/Benjamin 2014: 221). Im Jahr 2012 versorgten 58.500 LTSS-Anbieter acht Millionen Personen in den USA. Die Angebote setzten sich aus 4.800 Tagespflegeeinrichtungen (*adult day services centers*), 12.200 ambulanten Diensten, 3.700 Hospizen, 15.700 Pflegeheimen und 22.200 betreuten Wohnformen zusammen. Die mit Abstand meisten Pflegebedürftigen wurden dabei von ambulanten Dienstleistungsanbietern betreut (vgl. Harris-Kojetin et al.

---

wie Bildung und öffentliche Infrastruktur zur Erklärung angeführt. In Zukunft werden weitere Kürzungen etwa des *Medicaid*-Programms erwartet (vgl. Angel 2014: 530 ff.; Torres-Gil/Spencer-Suarez/Rudinicia 2014: 367-372).

<sup>219</sup> Padilla-Frausto und Kollegen (2014: 227) verweisen darauf, dass sich insbesondere Südstaaten durch eine wenig generöse Gestaltung der Sozialleistungen auszeichnen; Regionen also, in denen über die Hälfte älterer Afroamerikaner oder wie im Fall Texas ein Großteil älterer Hispanier ansässig sind.

2013: viii).<sup>220</sup> Im zeitlichen Verlauf zeigt sich, dass ambulante und betreute Wohnformen auch durch die seit den 1990er Jahren politisch geförderte Strategie „from nursing homes to home and community-based care“ (Padilla-Frausto/Wallace/Benjamin 2014: 223) insgesamt an Bedeutung gewinnen, während Pflegeheimplätze wie bereits beschrieben (vgl. Kap. III. 3.1) nominell abnehmen.<sup>221</sup> Dennoch kommt – mit bundesstaatlicher Varianz – *nursing homes* gegenwärtig und erwartungsgemäß auch noch in Zukunft eine relevante Stellung in der stationären Versorgung zu (vgl. Choi 2014: 291; Feng et al. 2011: 1359; Torres-Gil/Spencer-Suares/Rudinicia 2014: 369).

Altenpflegedienstleister sind – in Ausnahme im Bereich der Tagespflegeeinrichtungen – mehrheitlich gewinnorientiert. Die Trägerschaft von Altenheimen setzt sich dementsprechend aus zweidrittel profitorientierten Organisationen, einem Viertel gemeinnützigen sowie ca. 6 Prozent öffentlichen Trägern zusammen. Im Hinblick auf ihre Kapazität verfügen 61,7 Prozent der Pflegeheime zwischen 25 und 100 Betten, 32,8 Prozent über mehr und 5,6 Prozent über weniger Plätze. Die Gesamtkosten für Pflegeleistungen in den USA nahmen im Jahr 2005 rund 1,6 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) ein (\$ 207 Mrd.). Dabei erfolgten 62,8 Prozent der Aufwendungen im stationären und 37,2 Prozent im ambulanten Sektor. Bis 2040 werden weitere Kostensteigerungen erwartet, in deren Folge der Anteil von Pflegekosten am BIP auf 1,9 Prozent anwachsen wird. Während ein Pflegeheimplatz im Monat etwa \$ 6.000 kostet (US-weiter Medianwert), betragen die Aufwendungen für eine ambulante Teilzeitpflegekraft in etwa \$ 1.440 pro Monat. Auch aufgrund der hohen Pflege(heim)kosten sowie der schlechten Reputation von stationären Diensten findet die überwiegende pflegerische Altenversorgung – schätzungsweise 83 bis 90 Prozent – informell in US-amerikanischen Familien statt. Ein begleitendes Unterstützungssystem für pflegende Angehörige ist in den USA bisher jedoch nur wenig ausgebaut (vgl. Harris-Kojetin et al. 2013: 12 f.; Hoffmann 2008: 162 f.; Padilla-Frausto/Wallace/Benjamin 2014: 228; Wiener 2011: 313, 317 f.; Wild 2010: 39 f.).

Bevor ein Blick auf die Wohlfahrts- und Altenpflegesysteme der nordwesteuropäischen Länder geworfen wird, soll abschließend noch kurz ein Blick auf die Beschäftigten im Altenpflegektor geworfen werden. Im Jahr 2012 arbeiteten 1,5 Millionen Pflegefachkräfte (Vollzeitäquivalent) in der Altenpflege: rund 66 Prozent in Altenheimen, 19 Prozent in betreuten Wohnformen, 10 Prozent im ambulanten Sektor, 4 Prozent in Hospizen und 1 Prozent in Tageseinrichtungen. Die Mehrheit des in Pflegeheimen angestellten Personals sind Pflegehelfer (*aide*, rd. 65%), gefolgt von Pflegefachkräften, die in der Regel ein einjähriges staatlich anerkanntes Bildungsprogramm absolviert haben (*licensed practical* oder *vocational nurse*, 23%), sowie examinierten Krankenschwestern und -pflegern mit Studienabschluss (*registered nurse*, 12%) (vgl. Harris-Kojetin et al. 2013: 14). Zunehmend sind auch Minderheitenangehörige und Immigranten im Altenpflegektor beschäftigt. Insbesondere der ressourcenarme *Medicaid*-Bereich ist nach Torres-Gil und Kollegen (2014: 374) in hohem Maße von diesen Ar-

---

<sup>220</sup> Im Jahr 2011 versorgten ambulante Dienste rund 4.740.000 Pflegebedürftige und Hospize rund 1.250.000 Bewohner, während 2012 rund 1.380.000 Personen stationäre Pflege, 710.000 Personen betreute Wohnformen und rund 270.000 Nutzer Tagespflegedienste in Anspruch nahmen (vgl. Harris-Kojetin et al. 2013: viii).

<sup>221</sup> Für weitere Details zu ambulanten und betreuten Wohn- und Pflegeformen in den USA vgl. u. a. McCallion (2014: 285 ff.).

beitskräften abhängig, die bereit sind statusarme Tätigkeiten mit geringer Entlohnung und langen Arbeitszeiten nachzugehen. Durch die voranschreitende Bevölkerungsalterung sieht sich auch die USA mit einem Fachkräftemangel in Pflegeberufen konfrontiert. Während 2010 rund 40,2 Millionen Personen 65 Jahre und älter waren (13,0%), wird bis 2050 ein Gruppenwachstum auf 88,5 Millionen Ältere erwartet (20,2%). Im gleichen Zeitraum wird der Anteil der 85-Jährigen und Älteren an der US-amerikanischen Gesamtbevölkerung von 1,9 auf 4,3 Prozent ansteigen. Bereits im Jahr 2020 werden voraussichtlich eine Millionen Pflegekräfte fehlen (vgl. Demko/Torres-Gil 2015: 414; Golombek/Fleßa 2011: 4; Wiener 2011: 310; Wild 2010: 15).

#### *Europäische Situation – ausgewählte Länder*

Wie in den USA setzt sich die Alterssicherung in den europäischen Ländern neben individuellem Besitz und Vermögen grundsätzlich aus staatlichen, betrieblichen und privaten Vorsorgemaßnahmen zusammen. Die Gewichtung der einzelnen Säulen stellt sich in den Staaten jedoch sehr unterschiedlich dar. Das als Cappuccino-Modell benannte Alterssicherungssystem lässt bildhaft die in den Niederlanden vorherrschende Dreiteilung nachempfinden. Die Grundlage, den Kaffeeanteil, bildet eine als universelle Volksversicherungbeitragsfinanzierte Altersrente, die weitgehend pauschal ausbezahlt wird. Ergänzt wird sie durch quasi-obligatorische betriebliche Zusatzversicherungen, die von etwa 91 Prozent der Niederländer abgeschlossen sind und im Bild des Cappuccinos die Sahnehaube oder den Milchschaum bilden. Durch diese hohe Versicherungsrate innerhalb der 2. Vorsorgesäule ist die niederländische Rentenkasse trotz voranschreitender Bevölkerungsalterung im Vergleich zu anderen europäischen Staaten noch geringer unter Druck. Ziel ist es, dass erste und zweite Säule zusammen niederländischen Rentnern ein Alterseinkommen in Höhe von 70 Prozent ihres mittleren im Erwerbsleben verdienten Lohns ermöglichen. Die private Vorsorge kann schließlich als der geringste Part der niederländischen Alterssicherung noch als der Kakao auf dem Cappuccino begriffen werden (vgl. Bäcker/Kistler/Rehfeld 2014; van Oorschot 2008: 469 ff.).

Das französische Alterssicherungsmodell basiert auf einem beitragsfinanzierten Versicherungssystem, das eine lebenslange Rente abhängig vom früheren Erwerbseinkommen gewährt. Bedürftigkeitsabhängig wird darüber hinaus allen französischen Staatsbürgern eine beitragsfreie staatliche Mindestrente finanziert. Staatlich ergänzt werden die Rentenleistungen zusätzlich durch verschiedene andere Sozialleistungen für Rentnerinnen und Rentner. Durch die Aufstockung der teils beachtlichen staatlichen Alterseinkommen mit betrieblichen Renten umfasst das Alterseinkommen der Franzosen durchschnittlich über 75 Prozent des letzten Lohns, womit Frankreich sehr erfolgreich darin ist, Altersarmut einzudämmen. Die Bevölkerungsalterung bringt das generöse staatliche Alterssicherungssystem jedoch kräftig ins Schwanken. Um die staatlichen Kosten in Grenzen zu halten, wurden Altersgrenzen und Erwerbsjahre als Bedingungen für volle Rentenzahlungen in den letzten Jahren mehrfach angehoben (vgl. Béland/Viriot Durandal 2013: 193; Gallouj/Gallouj 2008: 214 f.).

In der Schweiz bilden die staatliche Alters- und Hinterlassenenversicherung sowie die Invalidenversicherung als Grundsicherung die erste Säule der Altersversorgung schweizerischer

Rentner, in der sowohl unselbstständige Arbeitnehmer, Selbstständige als auch mit wenigen Ausnahmen nichterwerbstätige Personen einbezogen sind. Der Staffelung der Rentenzahlungen liegt die Anzahl der Beitragsjahre zugrunde, wobei sowohl eine feste Mindestrente als auch ein Höchstbetrag festgelegt sind. Für den sozialen Statuserhalt sorgen – ab einer bestimmten Einkommenshöhe obligatorische – betriebliche Vorsorgemaßnahmen als zweite Säule des Systems. Durch beide Leistungen soll Rentnern in der Schweiz ein Alterseinkommen in Höhe von 60 Prozent des durchschnittlichen Bruttoeinkommens zur Verfügung stehen. Bedürftigkeitsabhängig zahlen Bund und Kantone weitere Leistungen an Senioren aus. Darüber hinaus werden private Vorsorgeformen steuerlich begünstigt (vgl. Bäcker/Kistler/Rehfeld 2014; Bolzman et al. 2004: 421 ff.).

In Schweden herrschen aktuell noch verschiedene Alterssicherungsmodelle vor, die je nach Geburtsjahrgang der Betroffenen variieren. Das alte bis 2020 auslaufende steuerfinanzierte Modell stellt eine Kombination aus einer allgemeinen Basisrente und einer am Einkommen der ertragreichsten 15 Erwerbsjahre orientierten individuellen Zusatzrente dar. Betriebliche Vorsorgemöglichkeiten ergänzen die staatlichen Renten, so dass schwedischen Rentnern rund 75 Prozent ihres letzten Lohns als Alterseinkommen vorliegt (65 % durch staatliche, 10 % durch betriebliche Leistungen). Weil dieses Altersrentenmodell auf Dauer als nicht bezahlbar erachtet wurde, weicht es seit den 1990er Jahren schrittweise einem neuen Modell. Die reformierte Variante ist im Kern stärker versicherungstechnisch, beitragsfinanziert ausgestaltet und zieht alle Erwerbsjahre in die Berechnung der individuellen Rentenzahlungen ein. Eine Existenzsicherungsrente für Personen mit geringen Rentenansparungen wird weiterhin aus dem staatlichen Haushalt finanziert. Als Neuheit im schwedischen Rentenmodell werden 2,5 Prozent der Rentenbeiträge individuell in fondgestützte Kapitalanlagen überführt, wodurch die schwedische Alterssicherung durch eine marktorientierte Komponente erweitert wurde. Inwieweit sich die Rentenhöhen in beiden Systemen unterscheiden, kann noch nicht abschließend beurteilt werden. Bei der noch geringen Anzahl an Beziehern im neuen Rentenmodell Ende der 2000er Jahre waren keine deutlichen Differenzen erkennbar (vgl. Hort 2008: 532 f.). Entgegen dieser Länder fällt die staatliche Alterssicherung in Großbritannien geringer aus. Aus dem beitragsfinanzierten Rentensystem wird in Abhängigkeit von den Beitragsjahren eine einkommensunabhängige Grundrente ausbezahlt. Innerhalb bestimmter Einkommensgrenzen stehen britischen Rentnern daneben einkommensabhängige Zusatzrenten zu, wodurch das Alterseinkommen etwa 50 Prozent des Durchschnittseinkommens umfasst. Darüber hinaus nehmen betriebliche und private Altersvorsorgemaßnahmen eine bedeutende Stellung im britischen Wohlfahrtsstaat ein. Durch die staatliche Förderung von betrieblicher und privater Altersvorsorge und der einhergehenden Möglichkeit das staatliche Zusatzrentensystem als Beitragszahler zu verlassen, sorgt rund 70 Prozent der britischen Erwerbsbevölkerung kapitalfundiert außerhalb des staatlichen Zusatzrentensystems vor. Staatliche und betriebliche Leistungen sollen zusammen etwa 68 Prozent des mittleren Lebenseinkommens entsprechen (vgl. Bäcker/Kistler/Rehfeld 2014; Mitton 2008: 267 f.).

Inwieweit ältere Migranten in die Alterssicherungssysteme integriert sind, variiert stark innerhalb der Europäischen Union. Dabei spielt einerseits die Herkunft – EU-Bürger mit meist

privilegiertem Status vs. Drittstaatenangehörige – eine Rolle. Andererseits können der Aufenthaltsstatus, der Besitz der Staatsangehörigkeit des Aufnahmelandes, die Länge des Aufenthalts, der Status während der Einreise – bereits berentet oder nicht – sowie zwischenstaatliche Vereinbarungen zu unterschiedlichen Partizipationsmöglichkeiten an den staatlichen Alterssicherungssystemen führen. Des Weiteren hängt der Umfang der sozialen Sicherung im Alter besonders in einkommensabhängigen Rentensystemen mit der Erwerbsbiographie im Aufnahmeland zusammen. Aufgrund weniger Beitragsjahre und geringer Einkommen in schlecht bezahlten Branchen verfügen ältere Migranten in der Folge häufig über ausschließlich geringe Rentenzahlungen. Ein zunehmender Trend in Europa, die Säulen der betrieblichen und privaten Vorsorge auszubauen und staatliche Leistungen zu kürzen, fördert zudem die Gefahr, berufs- und einkommensbedingte Ungleichheiten in den sozialen Absicherungssystemen zu verschärfen. Dies wird insbesondere für jene einkommensschwachen Senioren mit und ohne Migrationshintergrund nachteilig wirken, die gegenwärtig noch durch einkommensunabhängige Grund- und Basisrenten Absicherung erfahren (vgl. Dwyer/Papadimitriou 2006).<sup>222</sup>

Die Pflegesysteme westlicher Industrienationen lassen sich daneben grundsätzlich einem der beiden Gestaltungstypen dem Beveridge- oder dem Bismarck-Modell zuteilen, wobei auch Mischformen beider Modelle existieren. Während das Beveridge-Modell in seinen Grundzügen als universelles, steuerfinanziertes und einkommensunabhängiges System beschrieben werden kann, in dem der Staat auch als Leistungserbringer eine dominante Rolle spielt, entspricht das Bismarck-Modell in Kürze einem Sozialversicherungssystem, das folglich versicherungstechnisch und beitragsfinanziert sowie oft einkommensabhängig ausgestaltet ist. Während die Pflegesysteme Großbritanniens und Schwedens als Repräsentanten des ersten Modells gelten, vertreten Deutschland, die Niederlande und die Schweiz mit ihren Pflegesystemen die Bismarcksche Gestaltungsvariante. Frankreich kann hinsichtlich ihres Pflegesystems als Mischform beider Sozialstaatsmodelle verstanden werden (vgl. Wild 2010: 9-13).

In den Niederlanden fällt Pflege, verstanden als langfristige Krankheit, in das Aufgabengebiet der Versicherung gegen besondere Krankheitskosten. Für die niederländische Bevölkerung besteht unabhängig des jeweiligen Erwerbsstatus hierfür Versicherungspflicht. Während über dieses System stationäre Pflege, psychiatrische Behandlungen und über einjährige Krankenhausaufenthalte finanziert werden, tragen daneben klassische Krankenkassen die Kosten für ambulante und kurzfristige Krankenhausbehandlungen. Im Gegensatz zu den USA (wie auch Großbritannien), in denen der Staat als letzte Alternative sozialer Unterstützung begriffen wird, folgt die Niederlande (wie auch Deutschland, Frankreich, Schweden und die Schweiz) der Philosophie einer staatlichen Verantwortung für die Sicherung ihrer Bürger im Fall von Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Hierfür greift der niederländische Staat auf umfangreiche finanzielle Mittel zurück. Die Ausgaben für Pflege am BIP lagen im Jahr 2007 bei 3,4 Prozent. Bis 2060 wird eine Kostensteigerung auf bis zu 8,1 Prozent erwartet. Pflegebedürftigen stehen ambulante und stationäre Sachleistungen zur Wahl. Bis 2014 konnten zudem Geldleis-

---

<sup>222</sup> Zu weiteren Details innerhalb der EU vgl. EMN (2014).

tungen in Form eines persönlichen Budgets in Anspruch genommen werden.<sup>223</sup> Für die stationäre Versorgung ist eine einkommensabhängige Selbstbeteiligung notwendig. Informelle Pflegearrangements spielen eine nur untergeordnete Rolle, weswegen auch von einer Defamilisierung von Pflege im niederländischen System gesprochen wird. Politisch werden ambulante Angebote einer stationären Versorgung vorgezogen. Das Ziel einer Deinstitutionalisierung folge dabei ebenso den Wohnpräferenzen älterer Menschen als auch dem Argument einer notwendigen Kostenreduktion in der Altenpflege. Die Träger von ambulanten und stationären Diensten sind in überwiegender Mehrheit private, nicht-profitorientierte Anbieter wie Wohlfahrtsverbände, deren Leistungen staatlichen Vorgaben unterliegen (vgl. Da Roit 2013; Kohn et al. 2013: 20; Rizzi 2006: 8; Schulz 2012: 13; Wiener 2011; Wild 2010: 32 ff.; Witter 2015). Auch in der Schweiz herrscht eine enge Verbindung zwischen der Absicherung von Krankheit und Pflege vor. Die verbindlichen Krankenkassenbeiträge werden einkommensunabhängig auch von ansässigen Ausländern entrichtet. Private Zusatzversicherungen für Krankheit als auch Pflege können individuell abgeschlossen werden. Sie werden mehr von Schweizern als von Nichtstaatsangehörigen in Anspruch genommen. Ist durch eine ärztliche Verordnung Pflege nach einer Krankheit notwendig, übernimmt die obligatorische Krankenversicherung die Pflegekosten für eine ambulante oder stationäre Versorgung. Der Pflegebedürftige trägt die Kosten für Hauswirtschaft oder Unterkunft und Verpflegung. Können diese Leistungen durch bestehende Einkünfte und Vermögen nicht finanziert werden, werden die Pflegebedürftigen durch Zahlungen aus den Alters- und Invalidensicherungssystemen sowie in zunehmendem Anteil von Kommunen und Kantonen bedarfsorientiert unterstützt. Letztgenannten obliegt auch die Organisation pflegender Dienstleistungen. Während stationäre Pflegeeinrichtungen vermehrt öffentliche oder gemeinnützige Träger haben, sind ambulante, Spitex (spital-externe Hilfe und Pflege) genannte Dienste wie auch Tageseinrichtungen und betreute Wohnformen mehrheitlich privat oder gemeinnützig organisiert.<sup>224</sup> Wenn familiäre Versorgung auch eine zentrale Stellung in der schweizerischen Altenpflege einnimmt, wird sie vergleichsweise weniger und institutionelle Angebote dagegen vergleichsweise häufiger in Anspruch genommen. Für die Zukunft wird jedoch mit einer Steigerung informeller Pflegeversorgung gerechnet. Im Jahr 2005 kosteten Pflegeleistungen die Schweiz 7,3 Milliarden Schweizer Franken (1,6 % des BIP). Eine Ausgabensteigerung auf 17,8 Milliarden Schweizer Franken bzw. 2,8 Prozent des BIP wird bis 2030 erwartet (vgl. Bolzman 2012: 106 ff.; Bolzman/Poncioni-Derigo/Vial 2003: 210; Haberkern 2009: 67 ff.; Hungerbühler/Bisegger 2012: 50; Wild 2010: 13, 30 ff.).

---

<sup>223</sup> Insgesamt hat sich in den Niederlanden eine zunehmend nachfrageorientierte, personenzentrierte Ausrichtung des Kranken- und Pflegesystems gezeigt (vgl. Mertens/Teng 2003: 103; Rizzi 2006: 8; Wiener 2011: 316). Das Persönliche Budget, das dieser Logik entsprang, wurde auch aufgrund langer Wartelisten für formale Pflegedienste umfangreich in Anspruch genommen, in dessen Folge viele Familienmitglieder bezahlte Pflegeleistungen übernahmen. Eine verbreitete Kritik bestand jedoch darin, dass durch die Komplexität des Systems ältere Menschen und insbesondere ältere Migranten mit Sprachschwierigkeiten häufig auf Hilfe in dessen Nutzung angewiesen waren. Die finanzielle Überlastung des Angebots (auch aufgrund der Bezahlung zuvor informell praktizierter Pflege) war schließlich ausschlaggebend dafür, dass das Persönliche Budget seit 2010 schrittweise eingeschränkt und letztendlich eingestellt wurde (vgl. Da Roit 2013: 107 ff.; ENIEC 2010: 2).

<sup>224</sup> Unter den gemeinnützigen Organisationen kommt Pro Senectute eine herausragende Stellung zu (vgl. Bolzman 2012: 107 f.; Ruspini 2010: 17).

Im schwedischen, steuerfinanzierten Pflegesystem übernimmt der Staat die zentrale regulative und die Kommunen die ausführende, finanzielle und administrative Organisation. In universalistischer Ausrichtung sollen jedem Pflegebedürftigen notwendige Leistungen bereitgestellt werden, zu denen jedoch bedürftigkeitsabhängig Selbstbeteiligungszahlungen zu entrichten sind, die kommunal variieren. Mit durchschnittlich rund 75 Prozent tragen die Kommunen jedoch den größten Teil der Kosten. Alternative private Finanzierungsformen werden in Schweden kaum nachgefragt. Das vorrangige Ziel schwedischer Altenpflegepolitik ist es, alten Menschen die Möglichkeit zu bieten, trotz Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich im eigenen Zuhause wohnen bleiben zu können. Hierfür werden sowohl im ambulanten, aber auch im stationären Sektor vielfältige Dienstleistungsformen – mehrheitlich als Sachleistungen – offeriert. Klassische Altenheime werden seit den 1970er Jahren zugunsten von Apartmentformen zurückgebaut und seit den 1980er Jahren kaum noch neu errichtet. Bis in die 1990er Jahre hinein waren fast ausschließlich öffentliche Dienste im Altenpflegesystem vertreten. Durch Diskussionen der Umstrukturierung im Sinne des New Public Management gingen einige Kommunen insbesondere im Umland der schwedischen Großstädte dazu über vermehrt auch private und gemeinnützige Träger für Altenhilfe- und Altenpflegeangebote zu gewinnen.<sup>225</sup> Während sich Schweden (wie die Niederlande) im internationalen Vergleich kaum durch informelle Pflegeformen auszeichnet, gewinnen familiäre Versorgungsvarianten in Folge staatlicher Kürzungen jedoch auch schrittweise an Bedeutung, womit vermehrt Verantwortung von Seiten des Staates auf den Einzelnen übertragen werden. Dennoch bleibt das schwedische Pflegesystem vergleichsweise generös und wendete im Jahr 2007 3,5 Prozent des BIP dafür auf. Prognosen erwarten Steigerungen auf 5,7 Prozent bis ins Jahr 2060 (vgl. Forssell/Torres 2012: 116-119; Rizzi 2006: 9; Ruspini 2010: 14 f.; Schmidt 2014; Schulz 2012: 13; Wiener 2011; Wild 2010: 19 f.; Wollmann 2008: 129-135).

Ebenfalls über ein steuerfinanziertes Pflegesystem verfügt Großbritannien, das Herkunftsland des Beveridge-Modells. Gesundheits- und Pflegekosten werden bei medizinischer Notwendigkeit vom Nationalen Gesundheitsdienst (NHS) finanziert, der jedoch nicht für Kosten aufkommt, die altersbedingten Betreuungs- und Versorgungsbedarfen geschuldet sind. Hier treten die Kommunen ein, die bedürftigkeitsprüfend – unter Einbeziehung des Vermögens, z. B. des Eigenheims – kommunal unterschiedliche Pflegezahlungen leisten.<sup>226</sup> Ein Großteil der Pflegekosten muss jedoch durch die Pflegebedürftigen selbst getragen werden. Daneben hat sich bisher nur ein kleiner Markt privater Pflegeversicherungen in Großbritannien angesiedelt. Über die Pflegezuzahlungen hinaus liegen auch die Dienstleistungen in der Verantwortung der entscheidungsmächtigen Kommunen, die selbst Träger zahlreicher ambulanter und stationärer Angebote sind. Seit dem in den 1980er Jahren eine Orientierung am Konzept des  *purchaser-provider split* vorgenommen wurde, geben Kommunen die Bereitstellung von Diensten

---

<sup>225</sup> Durch verschiedene Tendenzen der Vermarktlichung im schwedischen Altenpflegesystem, das bereits Zeichen von Klassenunterschieden erkennen ließe, sehen Meagher und Szebehely (2013: 74 f.) die universalistische Orientierung des Systems in Gefahr.

<sup>226</sup> Durch die teils hohen Anspruchsschwellen bzw. die geringen Einkommen sind jedoch auch viele Briten von staatlichen Pflegeleistungen vollständig ausgeschlossen (vgl. Glendinning 2013). Im Hinblick auf die regionalen Unterschiede von Pflegezuzahlungen und -unterstützung durch die kommunalen Ämter, wird häufig von einer Postzahlrolle britischer Bürger gesprochen (vgl. z. B. Wiener 2011: 314).

jedoch vermehrt an private und gemeinnützige Anbieter ab: Im stationären Bereich lag die kommunale Trägerschaft 1970 bei 63 Prozent. 2002 waren noch 14 Prozent der Dienste kommunal getragen. Im häuslichen Bereich sank der kommunale Anteil von 70 Prozent (1997) auf 44 Prozent (2002). Auch Großbritannien folgt der grundsätzlichen Devise ambulant vor stationär (*care at home, not care in a home*), wobei die Kosten im stationären Sektor jene im ambulanten Bereich weiterhin deutlich übersteigen. Neben Sachleistungen können ebenso Geldleistungen in Anspruch genommen werden, diese jedoch nur in seltenen Fällen zur Bezahlung von engen Angehörigen verwendet werden. Auch auf einem großen gesellschaftlichen Druck basierend nimmt die (unbezahlte) informelle Pflege eine wichtige Rolle im britischen Pflegesystem ein. Dementsprechend vergleichsweise gering sind auch die Pflegekosten, die Großbritannien prozentual am BIP verrichtet (2007: 0,8%). Bis 2060 soll dieser Wert auf 1,3 Prozent ansteigen (vgl. Gerling 2002: 153; Rizzi 2006: 8; Wiener 2011; Wild 2010: 23 f.; Wittmann 2014; Wollmann 2008: 121-129).

Die Absicherung bei Pflegebedürftigkeit wird in Frankreich durch eine (recht zögerlich ins Leben gerufene) steuerfinanzierte Pflegeversicherung gewährleistet. Diese wird teilweise „als ein Hybrid zwischen dem ‚Bismarck Modell‘ und dem ‚Beveridge Modell‘ gesehen, wobei die Charakteristika des letztgenannten überwiegen. Der ursprüngliche Plan, eine Pflegeversicherung nach deutschem Vorbild zu schaffen, wurde 1997 aufgrund der finanziell schwierigen Lage der Sozialversicherung verworfen“ (Wild 2010: 25). Die Verantwortung für die Pflegeversicherung (*Allocation Personnalisée d'Autonomie, APA*) obliegt den Departments, deren Leistungsgewährung eine Prüfung der Pflegebedürftigkeit und Einteilung in sechs Pflegestufen sowie eine finanzielle Bedürfnisprüfung zugrunde liegen. Im Ergebnis stellt sich die Absicherungspraxis zwischen den Departments sehr verschieden dar. Die Kosten werden zu 60 Prozent aus dem Haushalt der Departments und im Übrigen von Zuweisungen durch den Zentralstaat geleistet. Indem die *APA* für ambulante Bedarfe Geldleistungen an den Bedürftigen übermittelt, wird auch von einem *cash for care* Modell gesprochen. Stationäre Angebote werden hingegen durch die Pflegeversicherung direkt bezahlt, wobei für Aufwendungen der Krankenpflege in Altenheimen weiterhin die Krankenversicherung aufkommt. Unterkunft und Verpflegung sind durch den Pflegebedürftigen selbst zu tragen.<sup>227</sup> Während lange Zeit die öffentliche Hand als Träger von Pflegeangeboten dominierte, hat sich seit den 1980er Jahren und damit vergleichsweise spät ein umfangreicher gemeinnütziger Sektor etabliert, der inzwischen die Hälfte der Pflegeheime und mehrheitlich die ambulante Versorgung sicherstellt. Politisch wird darauf abgezielt, dass ältere Menschen solange wie möglich zuhause leben und versorgt werden können. Auch deshalb spielt einerseits Familienpflege sowie andererseits die steuerlich geförderte Versorgung durch (mehrheitlich) Care-Arbeiterinnen eine große Rolle. Die Ausgaben für Pflegeleistungen nahmen in Frankreich 2007 1,4 Prozent des BIP ein. Bis 2060 wird ein vergleichsweise gemäßiger Anstieg auf 2,2 Prozent des BIP prognostiziert (vgl. Beckmann 2011: 31 f.; Le Bihan/Martin 2013; Wollmann 2008: 135-140; Wild 2010: 25-28).

---

<sup>227</sup> Ergänzend zu den Leistungen der *APA* hat sich ein nicht unerheblicher Markt privater Pflegeversicherungen in Frankreich etabliert (vgl. Le Bihan/Martin 2013: 150 f.; Wild 2010: 27).

Obwohl verschiedene Trends zu erkennen sind, die für eine Angleichung europäischer Altenpflegesysteme sprechen und in der Kombination von staatlichen, familiären und privatwirtschaftlichen Leistungen als Wohlfahrtsmix beschrieben werden können, macht die Darstellung der nationalen Systeme ersichtlich, dass auch weiterhin nationale Spezifika bestehen (vgl. Le Bihan/Martin 2013: 139 f.; *für einen ausführlichen Ländervergleich s. Carrera et al. 2013*). In der Folge gestaltet sich auch eine Pflegebedürftigkeit für nordwesteuropäische Senioren wie auch ältere Migranten und Minderheitenangehörige in den verschiedenen Ländern als heterogen. Für die Pflegesysteme der EU-Mitgliedsländer hat Schulz (2012) verschiedene Clusterungen vorgenommen, wobei aus Sicht der Pflegebedürftigen insgesamt die Systeme in den Niederlanden und Schweden (neben Dänemark) am attraktivsten beurteilt werden. Sie zeichnen sich u. a. durch eine einkommensunabhängige Leistungsgewährung, hohe öffentliche und geringe private Ausgabenanteile sowie ein ansprechendes formelles Dienstleistungsangebot aus. Damit schneiden gerade jene Altenpflegesysteme besonders gut ab, in denen informelle Pflege eine ausschließlich untergeordnete Rolle einnimmt, der Beistand für pflegende Angehörige jedoch umfangreich ist. Während in den niederländischen, französischen und schweizerischen Pflegesystemen ausländische Drittstaatenangehörige die gleichen Anspruchsrechte (und -pflichten) wie Eingebürgerte oder Autochthone besitzen, ist der Leistungsanspruch in Schweden davon abhängig, dass ein Aufenthaltsrecht für mindestens ein Jahr besteht. In Großbritannien sind Leistungen für pflegebedürftige (ältere) Drittstaatenangehörige zudem an einen langfristigen Aufenthaltstitel gebunden (vgl. Bolzman 2012: 107; EMN 2014: 39; French NCP for the EMN 2014: 22; IND 2014: 17).

Die demographische Entwicklung sorgt in allen fünf Ländern für einen zunehmenden Anteil der 65-Jährigen und Älteren an der Bevölkerung. Während im Jahr 2010 in den Niederlanden 15,1 Prozent der Bevölkerung dieser Altersgruppe angehörten, wird bis 2050 ein Wachstum auf 26,0 Prozent erwartet. Vergleichbare Steigerungen sind in der Schweiz von 16,6 auf 29,0 Prozent, in Schweden von 19,2 auf 25,7 Prozent, in Großbritannien von 16,4 auf 25,7 Prozent und in Frankreich von 16,5 auf 26,2 Prozent prognostiziert (USA: 13,0 auf 20,2%; Deutschland: 20,3 auf 30,0%). Für Fragen der Pflegebedürftigkeit ist zudem der Anteil der 80-Jährigen und Älteren relevant, der ebenso in allen Ländern und zwar unter deutlich höheren Wachstumsraten ansteigen wird.<sup>228</sup> Dass sowohl gegenwärtig als auch aller Voraussicht nach im Jahr 2050 Deutschland die älteste Bevölkerung unter diesen Ländern besitzen wird, ist auch der vergleichsweise geringen Fertilität in Deutschland geschuldet. Während die Geburtenrate in Deutschland bei 1,4 Kindern pro Frau liegt, variiert die Fertilitätsquote in den Vergleichsländern zwischen 1,7 und 2,1 Kindern je Frau (vgl. Wild 2010: 14 ff.).

Wenn auch wenig dafür spricht, dass körperliche Beeinträchtigungen von Älteren per se zunehmen werden, muss durch die steigende Lebenserwartung von einer absoluten Zunahme körperlich beeinträchtigter, insbesondere hochaltriger Menschen in Zukunft ausgegangen

<sup>228</sup> Von 2010 bis 2050 wird ein Anstieg der Bevölkerungen 80+ in den Niederlanden von 3,8 auf 10,5 Prozent, in der Schweiz von 4,7 auf 12,0 Prozent, in Schweden von 5,3 auf 10,2 Prozent, in Großbritannien von 4,6 auf 10,0 Prozent sowie in Frankreich von 5,3 auf 10,0 Prozent vermutet (USA: 3,7 auf 7,4%; Deutschland: 5,2 auf 13,1%) (Wild 2010: 17). Wie Wild (2010: 44 ff.) aufzeigt, ist im Ländervergleich jedoch kein Zusammenhang zwischen Altenquotient und Pflegeausgaben (Anteil am BIP) festzustellen.

werden (vgl. Carrera et al. 2013: 25 f.). Dadurch wird insgesamt eine Steigerung des personellen (und finanziellen) Versorgungsbedarfs im Bereich der Altenbetreuung und -pflege erwartet, der teilweise bereits heute in den untersuchten Ländern in einer hohen Nachfrage nach Pflegekräften zum Ausdruck kommt. Vielerorts herrscht schon jetzt ein Pflegekräftemangel vor, der sich zukünftig aller Voraussicht nach weiter verschärfen wird. In der Folge werden zunehmend auch Arbeitskräfte aus dem Ausland angeworben, die sowohl in privaten, häuslichen Settings als auch im institutionellen Sektor altenpflegerische Aufgaben übernehmen. Trotz des Mangels an insbesondere auch international vergleichbaren Daten lassen sich hierbei einige wesentliche Trends feststellen. Seit den EU-Erweiterungen in den Jahren 2004 und 2007 ist eine signifikante Einwanderung osteuropäischer Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen in nord- und westeuropäische Nachbarländer zu verzeichnen. Während insgesamt mehrheitlich Ärzte die heimischen Arbeitsmärkte verlassen, ist etwa in Rumänien eine höhere Abwanderung des Pflegepersonals festzustellen. Als zentrale Zielländer gelten insbesondere Deutschland und Großbritannien sowie nordwesteuropäische Staaten, die den Herkunftsländern nahe liegen. Gleichzeitig verzeichnen Länder wie Italien, in denen Geldleistungen eine bedeutende Stellung im Pflegesektor einnehmen, einen Anstieg zugewanderter Pflegekräfte. Im Hinblick auf die Beschäftigungsverhältnisse geht allen Anzeichen nach für die meisten Pflegekräfte aus den neuen Mitgliedsstaaten mit der Migration eine Anstellung einher, die unter ihrem Qualifikationsniveau liegt, und sich dementsprechend negativ auf die Lohnzahlungen auswirkt.<sup>229</sup> Neben der Beschäftigung von ausländischen Mitarbeitern finden auch Personen mit Migrationshintergrund sowie Minderheitenangehörige vermehrt Zugang zu den altenpflegerischen Arbeitsmärkten in ihren nordwesteuropäischen Heimatländern.<sup>230</sup> Die daraus resultierende heterogene Personalstruktur trägt neben einer diversen Klientel zusätzlich zur interkulturellen Vielfalt der nationalen Altenpflegesysteme bei (vgl. Doyle/Timonen 2009; EFILWC 2006: 15; ENIEC 2010: 3; Golombek/Fleßa 2011: 4; Goorts 2009; Hardy/Calveley/Shelley 2015; Liewald 2012: 13; Rizzi 2006: 8; Özkanli 2009a; Schmidt 2014; Schulz 2012: 10).

---

<sup>229</sup> Mit der durch Migration von insbesondere weiblichen *care*-Arbeiterinnen, sowohl in Kinder- als auch Altenbetreuung, integrierenden Fragestellungen hat sich binnen weniger Jahre ein prominentes Forschungsfeld herausgebildet. Neben den Migrationsentscheidungsprozessen, die einer Wanderung vorausgehen, werden Integrationserfahrungen, Beschäftigungsbedingungen, die zum Teil im irregulären Arbeitsmarkt liegen, politische Förderungs- und Abwehrstrategien wie auch die Folgen für die Herkunftsländer etwa unter den Schlagwörtern von *brain drain* und *care drain* (Fachkräfte- und Versorgungsengpässe) analysiert (vgl. z. B. Dallinger/Eichler 2010; Da Roit/Weicht 2013; Di Rosa et al. 2012; van Hooren 2012).

<sup>230</sup> In England arbeiten im Ausland geborene Personen sowie ethnische Minderheitenangehörige sogar überproportional im pflegerischen Sektor (Glendinning 2013: 190 f.). Von 1998 bis 2008 stieg der Anteil im Ausland geborener Pflegekräfte von 8 auf 18 Prozent an (vgl. Hardy et al. 2012: 51). In Schweden war als weiteres Beispiel ein Zuwachs der im Ausland geborenen Pflegekräfte innerhalb des Jahres 2007 von 10 auf 14 Prozent zu verzeichnen (Forsell/Torres/Olaison 2015: 582). Dass der zunehmende Beschäftigungsanteil von Migranten und Minderheitenangehörigen häufig auch der Unattraktivität des Arbeitsfeldes für Einheimische geschuldet ist, zeigt bspw. Beckmann (2011: 31-36) für das französische Beispiel auf. Trotz unterschiedlicher Arbeitsbedingungen und Löhnen in den Untersuchungsländern erweist sich der (Alten-)Pflegesektor durchschnittlich als statusarmer Tätigkeitsbereich, der neben anderen Gründen zu hohen Fluktuationsraten und Schwierigkeiten in der Stellenbesetzung führt (vgl. Chen 2014; Hardy/Calveley/Shelley 2015).

### 3. Kultursensible Altenpflege: *talk and action*

Wie die vorangegangenen Kapitel zeigen konnten, ist in allen Untersuchungsländern ein Zuwachs von älteren Migranten oder Minderheitenangehörigen zu verzeichnen. Die damit einhergehende Erwartung einer zunehmenden Diversifizierung der Altenpflegeklientel hat zu unterschiedlichen Reaktionen von nationalen Altenpflegepraxen und Sozialpolitiken geführt. Welchen Diskursverlauf diese Entwicklungen genommen haben, in welcher praktischen Form sie sich zeigen und welche Begründungsmuster ihnen zugrunde liegen, soll Gegenstand dieses Kapitels sein.

#### *Nordamerikanische Erfahrungen – insbesondere USA*

Aus den Forschungsergebnissen zu Lebenslagen, Alter(n)s- und Pflegevorstellungen älterer Minderheitenangehöriger und Immigranten schlossen US-amerikanische Forscher früh, dass in der Ausgestaltung sozialer Dienstleistungen für diese Personengruppen „ethnicity must be taken into account“ (Guttmann 1979: 247).<sup>231</sup> Bereits in den 1970er Jahren regte die Krankenschwester und Ethnologin Madeleine M. Leininger den wissenschaftlichen Diskurs über die Notwendigkeit an, Patienten unterschiedlicher Ethnien und kultureller Hintergründe spezifische Pflege und Betreuung zukommen zu lassen. Sie zog den Schluss, dass sich die Multikulturalität der Mehrheit der westlichen Gesellschaften – wobei ihr Blick insbesondere auf die Verhältnisse in den USA gerichtet war – auch in der Krankenpflege der Gesellschaftsmitglieder wiederfinden müsste. Pflegenden könnten in der gegenwärtigen Zeit nicht mehr darauf verzichten, die je eigenen kulturspezifischen Besonderheiten der zu pflegenden Personen zu kennen, um ihren Bedürfnissen in der täglichen Versorgung gerecht werden zu können. Leiningers Theorie der ‚Transkulturellen Pflege‘ stützt sich dabei vorrangig auf ethnologische Kulturstudien, welche sie und ihre Schüler durchführten. Die spezifischen Merkmale verschiedener ethnischer Gruppen, welche durch die Studien herausgearbeitet wurden, sollen dem Pflegepersonal die notwendige Orientierung im Umgang mit ihren Patienten bieten (vgl. Leininger 1994, 1998). Kritik erfuhr Leininger insbesondere aufgrund des statischen Kulturkonzeptes, das ihrer Theorie zugrunde liegt und welches die Generalisierung der Mitglieder einer Vielzahl ethnischer Gruppen zufolge habe (vgl. Domenig 2001: 142 ff.). Die Gefahr der Stereotypisierung bestimmter ethnischer Gruppen lägen der Anwendung Leiningers Theorie ebenso nahe wie die Überbetonung kultureller Differenzen, die Missachtung anderer, nicht-kultureller Einflussfaktoren auf die Pflegebedürfnisse von Patienten sowie die Vernachlässigung ihrer individuellen Belange (vgl. Kuckert 2009: 61 f.; Ullrich 2002: 192). Über die Notwendigkeit, sensibel mit den unterschiedlichen kulturellen und sozialen Hintergründen der zu pflegenden Personen umzugehen sowie ein Bewusstsein über die daraus zustande kommenden divergenten Bedarfslagen zu schaffen, herrschte jedoch breiter Konsens und führte zur vielfachen Rezeption Leiningers und zur Weiterentwicklung transkultureller Pflegekonzepte (vgl. u. a. Andrews/Boyle 1995).

<sup>231</sup> Oder wie Markides und Mindel (1987: 225) betonen: „Ethnic considerations should enter into the design and delivery of services.“

Auch im Altenhilfe- und Altenpflegesystem der Vereinigten Staaten regten sich in der Folge Forderungen nach „broader inclusion of the minority aged and [...] for increased governmental support for those that implement culturally relevant services“ (Colen 1983: 252), die in die Formulierung einer Vielzahl an Leitfäden und Handlungsempfehlungen mündeten (ebd.: 252-256). Viele Empfehlungen ähneln dabei jenen, die im deutschen Diskurs zum Tragen kommen (vgl. Kap. I. 3.). Grundsätzlich gelte es Dienste und Pflegeformen – vom Assessment bis zum Essensangebot – kultursensibel zu gestalten. Hierfür müsste unter allen Mitarbeitern ein Bewusstsein vom Vorherrschen unterschiedlicher Pflegebedürfnisse, Gesundheitsvorstellungen, Werte und Normen, Lebensstile, Geschmäcker und Vorlieben der Klientel geschaffen und diesen mit Respekt begegnet werden (vgl. Choi 2014: 304; Mahoney et al. 2005: 783; Salari 2002: 584; Yeo 2009: 1279, 1282; *für Kanada* Durst/Barrass 2014: 253; Koehn 2009: 602; Raabe 2003b: 23). Ein wichtiger Baustein der kultursensiblen Ausgestaltung stellen dementsprechend ausgerichtete Aus- und Fortbildungsmodule dar, die den Fachkräften kulturelle Kompetenzen vermitteln sollen. Denn „[s]taffing patterns and staff performance cannot be overemphasized as key elements in the successful delivery of services to minority elders“ (Colen 1983: 255). Die Erarbeitung ethnogeriatrischer Curricula wie etwa jenes vom *Stanford Geriatric Education Center*, welche das Pflegepersonal durch die Vermittlung kultureller Sensibilität sowie dem Abbau von Vorurteilen u. a. auf die Arbeit mit älteren Immigranten vorbereiten sollen, können als Antwort auf diese Anforderung gelesen werden (Yeo 1991; vgl. auch Choi 2014: 305; Xakellis et al. 2004: 137-140; *für Kanada* Raabe 2003b: 24).

Auch die Einstellung von bikulturellen und bilingualen Mitarbeitern auf allen Hierarchieebenen einer Organisation wird vielfach empfohlen (vgl. Choi 2014: 305; Colen 1983: 256; Padilla-Frausto/Wallace/Benjamin 2014: 231; *für Kanada* Raabe 2003b: 24). Darin kommt u. a. die große Bedeutung zum Ausdruck, die der Kommunikationsfähigkeit in interkulturellen Settings beigemessen wird. Pflegebedürftigen sollte stets die Möglichkeit geboten werden, sowohl in mündlicher als auch schriftlicher Kommunikation auf die von ihm bzw. ihr präferierte Sprache zurückgreifen zu können. Bei Bedarf gelte es hierfür auch Übersetzungsdienste bereitzustellen, damit nicht – wie meist praktiziert – ungeschulte und/oder persönlich betroffene Laien wie Familienangehörige als Dolmetscher fungieren müssten. Während fehlende Kommunikationsmöglichkeiten u. a. zu Missverständnissen und Fehlbehandlungen führen können, könnte eine gelingende sprachliche Verständigung einen wichtigen Beitrag zum Wohlbefinden älterer Immigranten etwa in stationären Diensten leisten (vgl. Choi 2014: 306; Yeo 2009: 1279; *für Kanada* Durst/Barrass 2014: 252; Raabe 2003b: 25). Daneben solle auch die Informationsarbeit der Einrichtungen kultursensibel, d. h. mehrsprachig und unter Nutzung migranten- und minderheitennaher Medien weiterentwickelt werden (vgl. Colen 1983: 254; Markides/Mindel 1987: 227; Newton 1980: 211; Okafor 2009: 561; *für Kanada* Koehn 2009: 602; Pereira/Lazarowich/Wister 1996: 93).

Der Forderung, eine Vielfalt an Angeboten zu offerieren, schließen sich auch Überlegungen nach spezifischen Dienstleistungen für ethnische Gruppen sowohl in Altenhilfe als auch -pflege an (vgl. Okafor 2009: 561; Yeo 2009: 1282; Zambrana/Merino/Santana 1979: 317; *bzgl. Kanada* Durst/Barrass 2014: 246 f.). Ob spezifische Dienste eingerichtet oder bestehen-

de Angebote kultursensibel umgestaltet werden, in jedem Fall gelte es, dies in Partizipation mit älteren Immigranten und Minderheitenangehörigen bzw. ethnischen Communities, Vereinen und Glaubensgemeinschaften durchzuführen. Die Kooperation mit ethnischen Gemeinschaften z. B. durch den Aufbau von Ehrenamtsstrukturen müsse auch deshalb als relevanter Bestandteil kultursensibler Arbeit gewertet werden, weil die Inanspruchnahme von Diensten für Senioren häufig nur dann infrage komme, wenn diese innerhalb der ethnischen Gruppe geduldet würden (vgl. Choi 2014: 305 f.; Guttman 1979: 260; Markides/Mindel 1987: 225; Yeo 2009: 1282; für Kanada MacLean/Bonar 1983: 58 f.).

Systemische Voraussetzungen für die Implementierung kulturkompetenter Angebote seien darüber hinaus die Entwicklung gemeinsamer Standards, die Bereitstellung von Ressourcen und die Unterstützung von Förderprojekten durch die zuständigen Behörden, die Etablierung von Monitoring- und Evaluationsmaßnahmen, die Schaffung einer innovationsfreundlichen Umwelt, die Verbesserung der Datengrundlage sowie eine grundsätzliche Restrukturierung des (stationären) Altenpflegesystems unter Berücksichtigung der bestehenden Barrieren (vgl. Kap. III. 1.) hin zu einem überschaubareren, qualitativ hochwertigeren, anspruchsgerechten, finanzierbaren und ansprechenderen Versorgungsapparat. Daneben gelte es in den Einrichtungen kundenorientiert und transparent zu handeln und eine reflexive Haltung der Fachkräfte auszubilden (vgl. Borrayo et al. 2002: 610 f.; Choi 2014: 301-306; Okafor 2009: 560 ff.; Padilla-Frausto/Wallace/Benjamin 2014: 233).<sup>232</sup> Mit Choi (2014: 304) lassen sich die Empfehlungen darin zusammenfassen, dass „culturally competent care requires involvement of and interactions among all entities at the system, facility, provider/staff, community, and resident/family levels, and it encompasses policies, knowledge, skills, behaviors, and attitudes“.

Im Zuge einer gestiegenen wissenschaftlichen Auseinandersetzung um kulturelle Kompetenz sind insbesondere im US-amerikanischen Gesundheitssystem praktische Entwicklungen festzustellen. Um ein gemeinsames Verständnis von kulturkompetenten Angeboten im Gesundheitswesen zu fördern, veröffentlichte das *Office of Minority Health (OMH)* des U. S. *Departments of Health and Human Services (DHHS)* im Jahr 2000 Standards kultur- und sprachsensibler Angebote *The National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care (CLAS standards)*.<sup>233</sup> 2002 folgte ein vom *DHHS* herausgegebenes Assessmentprofil zur Überprüfung der Kultursensibilität von Organisationen (Choi 2014: 302 ff.). „The CLAS standards have since become the basis for subsequent government and private sector activities defining, implementing, and evaluating cultural competence activities among health care providers“ (ebd.: 302). Einzelne Gemeinden gingen zudem dazu über, Gesundheitsdiensten kulturelle Kompetenz verpflichtend vorzuschreiben und ihr Fehlen finanziell zu sanktionieren (vgl. Schultz 2003: 183).

<sup>232</sup> Weitere Empfehlungen für Demenz-Diagnose, -Beratung und -Behandlung vgl. Mahoney et al. (2005) sowie für palliative Versorgungsangebote vgl. Bullock, Hall und Leach (2014).

<sup>233</sup> Die 14 Standards sind in drei Themen untergliedert: „Culturally Competent Care (Standards 1–3); Language Access Services (Standards 4–7); and Organizational Supports for Cultural Competence (Standards 8–14). Standards 1–7 address interventions that have the most direct impact on clinical care, and Standards 8–14 address organizational structures, policies, and processes that support the implementation of Standards 1–7“ (Choi 2014: 302). Eine Übersicht der Standards findet sich z. B. bei Choi (ebd.: 303).

Inwieweit Altenpflegeangebote im Allgemeinen bzw. *nursing homes* im Besonderen kultursensibel ausgestaltet sind, darüber ist bisher wenig bekannt. Choi (2014: 304) vermutet, dass im Wesentlichen drei Gründe für den Mangel an wissenschaftlicher Forschung und Praxisprojekten in diesem Bereich verantwortlich sind: einerseits die (noch) geringe Inanspruchnahme von Altenheimen durch ältere Immigranten und Minderheitenangehörige, andererseits die Profitorientierung privater Träger, deren Streben nach Gewinnmaximierung auf Kosten qualitätsverbessernder Neuerungen erfolgt, sowie drittens der vorherrschende finanzielle und personelle Ressourcenmangel der mehrheitlich von Minderheiten genutzten Einrichtungen, der bei gleichzeitig fehlenden Fördertöpfen Projekte zur Realisierung kulturkompetenter Altenpflege verhindert. Auch den durch das *Older Americans Act* finanzierten Altenhilfe- und Altenpflegeangeboten fehle es an materiellen Grundlagen Zugangsbarrieren für Immigranten und Minderheitenangehörige abzubauen (vgl. Okafor 2009: 562).

Vereinzelt finden sich in der Literatur Hinweise darauf, in welcher Form dennoch versucht wird Kultursensibilität von Seniorendiensten zu fördern. Um sprachlichen Schwellen zu begegnen, werden etwa Broschüren und Internetauftritte in verschiedene Sprachen übersetzt und mehrsprachiges Personal eingestellt (vgl. Mahoney et al. 2005: 791; Okafor 2009: 560 f.).<sup>234</sup> Ein Projekt in Phoenix hat bereits in den 1970er Jahren damit begonnen, die Unterbringung älterer Nachkommen der amerikanischen Ureinwohner in einem Altenheim, das vorrangig für die gesellschaftliche Mehrheit konzipiert war, kultursensitiv auszugestalten. Dabei versuchte die Einrichtung zunächst etwa durch Fahrgelegenheiten den Kontakt der Senioren zur eigenen Community aufrecht zu erhalten und den indigenen Bewohnern kulturspezifische Angebote zu unterbreiten.<sup>235</sup> In der Weiterentwicklung der Initiative wurden zudem Minderheitenangehörige als Pflegekräfte eingestellt, in die Muttersprache übersetzte Zeitungsausgaben bereitgestellt und das gemeinsame Singen und Tanzen traditioneller Stücke in den Heimalltag integriert (vgl. Cooley/Ostendorf/Bickerton 1979).<sup>236</sup> In einzelnen Gegenden mit großen ethnischen Communities sind stationäre Altenpflegedienste zudem dazu übergegangen, Stationen oder Häuser für einzelne Minderheitengruppen zu eröffnen, in denen kulturspezifische Speisen und Freizeitaktivitäten offeriert und bikulturelles Personal beschäftigt wird. Doch auch hierzu mangelt es an wissenschaftlichen Aufarbeitungen (vgl. Lee 2010: 40). Eines der wenigen Projekte, zu dem Veröffentlichungen vorliegen, ist ein schon in den 1960er Jahren entstandener Pflegeheimneubau für mexikanischstämmige Senioren im texanischen St. Antonio. Unter Berücksichtigung anthropologischer Daten auch zu den kulturellen Traditionen der Gruppe wurde die Einrichtung geplant und gebaut (vgl. Carp 1969).

Häufiger als in den USA wird von ethnienpezifischen Einrichtungen in Kanada berichtet. Im ganzen Land sind Dienste entstanden, die sich auf die Betreuung und Versorgung von Senio-

---

<sup>234</sup> Insbesondere im Altenhilfebereich findet zudem die Zusammenarbeit mit paraprofessionellen Communitymitgliedern (z. B. *promotoras*) statt (vgl. Padilla-Frausto/Wallace/Benjamin 2014: 227).

<sup>235</sup> Ersteres ist vor allem deshalb herauszustellen, da sich das Heim in großer Entfernung zu den Reservaten befand, aus denen die Senioren stammten und in denen ihre Angehörigen ansässig waren (vgl. Cooley/Ostendorf/Bickerton 1979).

<sup>236</sup> Dass den älteren und alten Natives daneben nur wenig Aufmerksamkeit in Forschung und praktischer Altenpflege zukommt, sei auch der verbreiteten Vorstellung geschuldet Nachkommen der amerikanischen Ureinwohner, die außerhalb von Reservaten lebten, würden im Alter in diese zurückkehren (vgl. Kramer 1991: 205 f.).

ren aus einer oder weniger ethnischer Gruppen spezialisiert haben (vgl. Durst 2012). Laut einer Studie mit portugiesischen und italienischen Älteren förderten ethnien-spezifische Einrichtung nicht nur die Offenheit gegenüber stationären Angeboten, sondern zugleich die soziale Integration der Bewohner, die sich etwa in einer höheren Beteiligung an sozialen Aktivitäten in gruppenspezifischen Einrichtungen widerspiegeln (vgl. Pereira/Lazarowich/Wister 1996). Andere Projekte fokussieren daneben auf eine integrative, interkulturelle Versorgung von pflegebedürftigen Senioren in Einrichtungen, die nicht auf spezifische Gruppen ausgerichtet sind (vgl. z. B. Raabe 2003b).<sup>237</sup>

Vereinzelt haben in den USA auch ethnische Gruppen selbst die Initiative zum Aufbau ambulanter oder stationärer Angebote für Senioren ihrer Community ergriffen (vgl. Angel 2014: 533; Padilla-Frausto/Wallace/Benjamin 2014: 222). Ein Beispiel sind etwa Stämme der indigenen Bevölkerung, die in manchen Reservaten Pflegedienste wie Pflegeheime, betreute Wohnformen, Tagespflegeeinrichtungen oder häusliche Pflegeangebote eingerichtet haben, um den kulturellen Bedürfnissen ihrer Altenbevölkerung gerecht zu werden. Der eigene Gesundheitsdienst für *American Natives*, der *Indian Health Service (IHS)*, bietet hingegen keine altenpflegerischen Versorgungsstrukturen an. Da auch die von Stämmen organisierten Angebote infolge finanzieller Mangellagen, vielfältiger Regularien und bürokratischer Anforderungen sowie fehlenden Pflegepersonals zunehmend unter Druck stehen, sind viele indigenen Senioren jedoch gezwungen Pflegeangebote außerhalb der Reservate in Anspruch zu nehmen, in denen ihren Bedürfnissen meist nicht in gleicher Weise begegnet werden kann (vgl. Choi 2014: 296; Padilla-Frausto/Wallace/Benjamin 2014: 227; Yeo 2009: 1279). Da, wie bereits beschrieben wurde (vgl. Kap. III. 1.), die Qualität der pflegerischen Versorgung von Minderheitenangehörigen in US-amerikanischen Pflegeheimen insgesamt bis heute als unzureichend kritisiert wird und Barrieren den Zugang zu Diensten erschweren, nehmen die Forderungen nach umfassenden Restrukturierungen der Altenpflegeangebote zugunsten älterer Immigranten und Minderheitenangehöriger nicht ab. Geboten sei hierfür die Einführung der *CLAS standards* oder vergleichbarer Qualitätsanforderungen auch für das Altenpflegesystem sowie der Ausbau gruppenspezifischer Leistungen (vgl. Choi 2014: 306 f.; Yeo 2009: 1284).

Verschiedene politische Rahmenbedingungen in den USA wirken zunächst förderlich, diese Forderungen zu unterstützen: Die beiden Mitte der 1960er Jahre verabschiedeten Gesetze *Civil Rights Act* und *Older Americans Act* bilden den Grundstein für den rechtlichen Schutz von Senioren aus ethnischen Minderheiten. „[A]ll service providers of programs sponsored under the OAA are legally bound to adhere to the antidiscrimination provisions of the Civil Rights Act“ (Okafor 2009: 557). Durch die damals starke politische Ausrichtung an einer *affirmative action* Politik konzentrierten sich *OAA*-Umsetzungen in den ersten Jahren im Wesentlichen auf Programme für ethnische Minderheiten und zwar insbesondere für die vier Gruppen der Afroamerikaner, Hispanier, Asiaten und Ureinwohner Amerikas. Dabei nahm auch die Förde-

<sup>237</sup> Während die Provinz Ontario die Berücksichtigung kultureller Bedürfnisse von Pflegebedürftigen gesetzlich verankert hat, wurde die kanadische Regierung in einem 2009 vom kanadischen Senat veröffentlichten prominenten Bericht zur Alterung der Bevölkerung dazu aufgefordert, selbstinitiativ Kenntnisse und bewährte Verfahren für die altenpflegerische Versorgung in einer multikulturellen Gesellschaft zu verbreiten (vgl. Durst/Barras 2014: 250).

rung von Organisationen dieser ethnischen Gruppen eine wichtige Stellung ein (vgl. Torres-Gil/Spencer-Suarez/Rudinicia 2014: 369 f.). Im Anschluss an die gesetzlichen Grundlagen der 1960er Jahre folgten erste politische Aussprachen in der *White House Conference on Aging* 1971 zukünftig solche Initiativen zu fördern, die Angebote unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Minderheiten – sowohl der Nachkommen der amerikanischen Ureinwohner als auch jener Gruppen mit geringen Englischkenntnissen – entwickelten. Gleichzeitig sollten ab sofort Speiseangebote in den Altenhilfeeinrichtungen an den Ernährungsgewohnheiten der unterschiedlichen ethnischen Gruppen angepasst und individuelle Wünsche berücksichtigt werden (vgl. Markides/Mindel 1987: 221). Auf bundesstaatlicher Ebene unterstrich Präsident Clinton im Jahr 2000 diese Orientierung, indem er in Anlehnung an das *Civil Rights Act* alle staatlichen Behörden verpflichtete Anstrengungen zu unternehmen, den Zugang zu bundesstaatlichen Stellen und Dienstleistungen für Personen mit geringen englischen Sprachkenntnissen zu verbessern. Altenpolitische Aussprachen dieser Art schlossen sich durch die ausführenden Behörden des *OAA*, die vorwiegend Anbieter beratender und ambulante Dienstleistungen sind, auch auf staatlicher und lokaler Ebene in den darauffolgenden Jahren an (vgl. Okafor 2009: 557 f.). Die *Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)* heben schließlich in ihrer Anleitung für Gutachter stationärer Pflegeeinrichtungen die Relevanz von pflegerischen Leistungen hervor, die an den individuellen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientiert sind. Dabei gelte es mitunter religiöse, kulturelle und ethnische Präferenzen der Bewohner z. B. bzgl. der Ernährung, von Freizeitaktivitäten, räumlicher Gestaltung oder Festen zu berücksichtigen. Ziel soll es sein, dass alle Einrichtungen daran arbeiteten, diese Leitlinien umzusetzen, auch wenn die *CMS* davon ausgehen, dass viele der Dienste diese und weitere in den Richtlinien enthaltenen Änderungsanforderungen nicht unmittelbar realisieren werden können (vgl. CMS 2015; Choi 2014: 301).

Dieser förderlichen politischen Umwelt stehen jedoch auch Entwicklungen entgegen, die für eine weitere kultursensible Ausgestaltung von Altenpflegeangebote hinderlich erscheinen. Einhergehend mit emotional aufgeladenen Diskussionen und folgenden Restriktionen der US-amerikanischen Einwanderungspolitik sind einige Staaten dazu übergegangen sich verstärkt gegen alle Formen von Privilegien für (neue wie auch ansässige) Immigranten auszusprechen. Daneben seien aus Sicht von Gegnern umfassenderer Minderheitenrechte bei bestehender Haushaltslage die finanziellen Mittel nicht gegeben, weitere Förderungen zu realisieren (vgl. Okafor 2009: 558, 562). In Anschluss an Demko und Torres-Gil (2015), die das Herausschälen zweier zentraler Wählergruppen – weißer, englischsprechender Senioren auf der einen und junger, ethnischer Minderheitenangehörige auf der anderen Seite – in den USA beschreiben, könnte zudem die These aufgeworfen werden, dass die Bedürfnisse älterer Minderheitenangehöriger, auch in zukünftigen Wahlkämpfen, nicht von vorrangigem politischen Interesse sein werden.

Dem Forschungsinteresse der Arbeit folgend, bleibt abschließend noch die Frage zu stellen, mit welchen Argumenten für eine kulturkompetente Umgestaltung der Praxis geworben wird und welche Ziele letztendlich verfolgt werden. Werden zunächst frühere Veröffentlichung auf vorherrschende Begründungszusammenhänge beleuchtet, werden vor allem ältere Minderhei-

tenangehörige sowie spezifische Bedarfe von ihnen in den Mittelpunkt gerückt. Demnach gründeten in Anschluss an Damron-Rodriguez (1991: 136) die Maxime kulturspezifische Angebote bereitzustellen auf drei zentralen Aspekten: (1) Die Gruppe älterer Minderheitenangehöriger stellt einen auch zukünftig schnell wachsenden Teil der Bevölkerung dar, (2) die jedoch trotz ihrer besonderen Bedarfslage in bestehenden Diensten unterrepräsentiert ist. (3) Die Vielfalt kultureller Differenzen in der Altenbevölkerung könne dabei nicht außer Acht gelassen werden (vgl. auch Wray 1991: 243). Denn es könne, so ein anschließendes Argument, nicht erwartet werden, dass Regelungen und Handlungsabläufe, die im Hinblick auf die gesellschaftliche Mehrheit der Älteren entworfen wurden, den Bedürfnissen und Bedarfslagen älterer Immigranten entsprechen (vgl. Fandetti/Gerland 1976: 549; Markides/Mindel 1987: 226).

Mit dem Ziel eine größere, von Respekt begleitete Sensibilität der Professionellen gegenüber der wachsenden Gruppe älterer Minderheitenangehöriger im Allgemeinen und ihren Bedürfnissen im Besonderen zu schaffen, geht in jüngerer Zeit auch vermehrt die Erwartung einher, einen Beitrag zum Abbau ethnischer und sozio-ökonomischer Ungleichheit im Gesundheitswesen zu schaffen (vgl. Choi 2014: 302; Xakellis et al. 2004: 141). Damit eng verknüpft, stellen für manche Autoren soziale Gerechtigkeit und die allgemeinen Menschenrechte das normative Fundament kulturkompetenter Pflege dar (vgl. Douglas et al. 2011: 317). Daneben hat sich eine weitere Orientierung etabliert, die in einer kultursensiblen Ausgestaltung von Pflegeprozessen und -diensten die Chance sieht, das (Alten-)Pflegesystem zu optimieren. Es wird erwartet, dass Weiterentwicklungen im Sinne kultursensibler Pflege ein für alle Pflegebedürftigen kompetentes und hochqualitatives Versorgungssystem schaffen würde, mit dem zugleich eine höhere Akzeptanz und von manchen Autoren erhoffte Kostensenkung einhergehen würden (vgl. Choi 2014: 302; Lee 2010: 173; Okafor 2009: 562; Xakellis et al. 2004: 141; Yeo 2009: 1282).

#### *Europäische Erfahrungen – ausgewählte Länder*

Diskussionen darüber, wie Altenhilfe- und Altenpflegesysteme auf ältere Migranten und Minderheitenangehörige zu reagieren haben, kamen schrittweise auch in den nordwesteuropäischen Ländern auf.<sup>238</sup> Mit ihrem gestiegenen Anteil unter den jeweiligen nationalen Altenbevölkerungen und der Erwartung eines weiteren Wachstums der Gruppen gingen Überlegungen einher, welche pflegerischen Bedarfe und Bedürfnisse diese Senioren besitzen. Bis heute dominiert in der gesichteten Literatur dabei die Vorstellung, dass neben wesentlichen altersspezifischen Bedarfslagen, welche Minderheitsangehörige mit Altersgenossen der Mehrheitsgesellschaften teilen, mit zusätzlichen Bedürfnissen zu rechnen ist, die sowohl auf kulturelle, religiöse und sprachliche Hintergründe als auch soziale Erfahrungen älterer Migranten und Minderheitenangehöriger gründen (vgl. z. B. AGE Platform Europe 2011; Blakemore/Boneham 1994: 110 f.; Gerling 2003a: 218 f., 2009: 128; Hungerbühler/Bissegger 2012: 12 f.). Dadurch dass bestehende Dienste auf die damit einhergehenden Anforderungen nicht ausgerich-

<sup>238</sup> Im Hinblick auf die hier fokussierten Untersuchungsländer ließen sich diese zunächst in Großbritannien vernehmen (vgl. Demirbag/Aldridge 2003: 28; Gerling 2002: 150).

tet seien, bestehe die Notwendigkeit kultursensible Angebote ins Leben zu rufen.<sup>239</sup> Dabei dürfe eine zunächst bestehende geringe Inanspruchnahme formaler Pflegeangebote durch die Zielgruppen nicht als nichtexistierender Bedarf solcher Dienstleistungen fehlinterpretiert werden. Vielmehr müssten die zuvor beschriebenen Zugangsbarrieren (vgl. Kap. III. 1.) abgebaut und das häufig vorherrschende Bild bestehender Dienste als *weiße* bzw. mehrheitsgesellschaftliche Angebote durch deren Umgestaltung revidiert werden (vgl. Blakemore/Boneham 1994: 114; Bowes 2003: 34; Chau/Yu 2010: 384; Jones 2008: 41; Mold/Fitzpatrick/Roberts 2005: 109; Ruspini 2010: 8; White 2006: 1298). Während etwa in Frankreich dieser Diskurs im Wesentlichen durch Vertreter der Praxis initiiert wurde, nahm er in der Schweiz im wissenschaftlichen Feld seinen Ausgangspunkt (vgl. Bolzman et al. 2004: 416 f.).

Die einzelnen Forderungen, die dem Anspruch nach kultursensiblen Altenpflegeangeboten innewohnen, ähneln sich indes über die europäischen Ländergrenzen hinweg stark. Grundsätzlich sei es geboten, dass Dienstleister eine offene Haltung gegenüber unterschiedlichen Bedarfen und Wünschen einnehmen sowie eine individuelle, flexible Betreuung und Versorgung ermöglichen. Individuumsorientierung und Flexibilität im organisatorischen Handeln sollen dabei ebenso die Aufnahme- und Pflegeverfahren wie auch das Essensangebot und die Gestaltung von Räumlichkeiten oder des Freizeitprogramms leiten (vgl. AGE 2008: 6; Chau/Yu/Tran 2012: 392; Eberhard/Kobel/Leuenberger 2003: 61 f.; ENIEC 2010: 3 f.; Hungerbühler 2012: 45; Manthorpe et al. 2010: 26 f.; Patel 1999: 272). Sie sollen die Dienstleister zugleich davor schützen, die Versorgung eines Klienten an verbreiteten Stereotypen zu orientieren. Die Gefahr, dass von Gruppenmitgliedschaften auf Versorgungsbedarf und Bedürfnisse geschlossen wird und dies in eine inadäquate Betreuung des einzelnen Klienten mündet, wird als nicht unerheblich beschrieben; auch deshalb weil manche (Fach-)Literatur dies nahelege. Kulturalisierungstendenzen entgegen gelte es sowohl einen Klienten in der Gesamtheit seiner Eigenschaften wahrzunehmen und nicht auf ein (Status-)Merkmal seiner Person zu reduzieren als auch die Dynamik von sozialen und individuellen Bedürfnissen zu berücksichtigen (vgl. Blakemore/Boneham 1994: 125 f.; Chau/Yu 2010: 398; Giuntoli/Cattan 2012: 131; PRIAE 2004: 13; Torres 2006: 1351 f.; Yu 2009).

Um in den Organisationen ein Bewusstsein für die Belange älterer Migranten und Minderheitenangehöriger zu schaffen, seien Personaltrainings und die Ausbildung interkultureller Kompetenzen unabdingbar. Eine respektvolle als auch selbstreflexive Haltung aller Mitarbeiter gilt dabei als zentrales Ziel (vgl. AGE 2008: 6; Eberhard/Kobel/Leuenberger 2003: 62; ENIEC 2010: 5; Jones 2008: 43; Kuckert 2003: 14; Liewald 2012: 28; Manthorpe et al. 2010: 53; Mold/Fitzpatrick/Roberts 2005: 109; PRIAE 2004: 13). Zudem wird die Einstellung von Fachkräften mit eigenem Migrationshintergrund als wichtiger Beitrag einer kultursensiblen Ausgestaltung von Altenpflegeangeboten bewertet. Auch hierfür sei es jedoch notwendig, Pflegeberufe aufzuwerten und für potenzielle Praktiker attraktiver zu gestalten (vgl. Age UK 2002: 7 f.; Bakker 2009: 3; ENIEC 2010: 6; Hungerbühler 2007: 405; Jones 2008: 43;

---

<sup>239</sup> Verstärkt werde dieses Erfordernis durch veränderte Familienstrukturen innerhalb der Zielgruppen älterer Minderheitenangehöriger als auch durch eine zunehmende Ausdifferenzierung der Altenbevölkerungen insgesamt, wodurch sich auch alters- und pflegespezifische Bedürfnisse weiter vervielfältigen würden (vgl. Booi/von den Bergen 2003; Patel 1999: 270 f.; PRIAE 2004: 13; Yu 2009: 61).

Manthorpe et al. 2010: 27; PRIAE 2004: 13). Um daneben die Kommunikations- und Informationsstrukturen zu verbessern, wird den Einrichtungen empfohlen mehrsprachige, kultursensible Materialien auszuarbeiten, gruppenspezifische Medien und Orte für die Öffentlichkeitsarbeit in Anspruch zu nehmen sowie auf professionelle Übersetzungs- und Dolmetscherdienste zurückzugreifen (vgl. AGE/enar 2011; Age UK 2002: 7 f.; Blakemore/Boneham 1994: 113; Chau/Yu 2010: 386; Demirbag/Aldrige 2003: 27; Eberhard/Kobel/Leuenberger 2003: 61; Gerling 2002: 156; PRIAE 2004: 13). Durch partizipative und kooperative Ansätze sollten potenzielle Nutzer, ethnische Vereine und Organisationen sowie Ehrenamtliche bei der Planung und Durchführung kultursensibler Dienstleistungen stets beteiligt und betroffene Arbeitsfelder vernetzt werden (vgl. AGE 2008: 6; AGE/enar 2011; Age UK 2002: 2; Eberhard/Kobel/Leuenberger 2003: 63; ENIEC 2010: 6; Hungerbühler 2007: 405, 2012: 45; Jones 2008: 43; Manthorpe et al. 2009: 97, 107; PRIAE 2004: 12 f.). Aber auch die Förderung und Unterstützung von eigenethnischen Organisationen und Dienstleistungen wird als Bestandteil kultursensibler Arbeit angesehen, wobei zu beachten ist kleine Minderheitengruppen nicht zu übersehen (vgl. Bowes 2003: 36; Manthorpe et al. 2009; PRIAE 2004: 13). Schließlich sollen die Entwicklung gemeinsamer Standards kultursensibler Pflege und Pflegeorganisation sowie die Evaluierung erprobter Praxen zur Nachhaltigkeit der Arbeit beitragen (vgl. Booij/von den Bergen 2003: 106; Gerling 2002: 156; Jones 2008: 43).

Während diese Forderungen, die Eingang in diverse Konzepte einer *transkulturellen Öffnung*, *culturally sensitive services* oder einer *Interculturalisatie* (niederländisch für Interkulturalisierung) gefunden haben (vgl. Bakker 2009; Hungerbühler/Bisegger 2012: 54; Kuckert 2003: 13; Warnes et al. 2004: 318), große Ähnlichkeiten aufzeigen, gehen die Diskussionen darin auseinander, ob Veränderungen dieser Art in integrativen oder spezifischen Settings erfolgen soll; d. h., ob ältere Migranten und Minderheitenangehörige kultursensitive Angebote in bestehenden Regeldiensten oder in eigenethnischen Einrichtungen offeriert werden (vgl. AGE 2008: 6; AGE/enar 2011; Manthorpe et al. 2009: 97; Mold/Fitzpatrick/Roberts 2005: 112). Zwischen diesen beiden Varianten finden sich zugleich Meinungen, die sich für eine Vielfalt unterschiedlicher Angebotsformen aussprechen und damit den Zielgruppen Wahlmöglichkeiten bieten wollen. Denn die vielfach nachgewiesene Heterogenität älterer Immigranten (vgl. Kap. III. 1.) lege auch divergente Vorstellungen in dieser Frage nahe (vgl. Chau/Yu 2010: 385; Chau/Yu/Tran 2012: 386; Hungerbühler 2012: 45; Jones 2008). Andere Stimmen präferieren zudem Adaptionen beider Reinformen spezifischer bzw. integrativer Angebote. Solche Alternativformen könnten sich etwa in spezifischen Diensten ausdrücken, die jedoch nicht ethnisch-exklusiv ausgestaltet würden, aber auch Regeldienste sein, die ethnien- oder religions-spezifische Abteilungen innerhalb ihres Hauses einrichten (vgl. Blakemore/Boneham 1994: 120; Hungerbühler 2012: 43). Um kultursensible Angebote zu realisieren, sei letztendlich politische als auch wissenschaftliche Unterstützung gefordert, indem Fragen der pflegerischen Versorgung älterer Migranten und Minderheitenangehöriger auf die politische Agenda gesetzt, good practice Beispiele öffentlich gemacht, Forschungsbemühungen vorangetrieben und finanzielle Förderung bereitgestellt werden (vgl. AGE 2008: 5; AGE/enar 2011; Age UK 2002: 10; Gerling 2002: 156; Jones 2008: 43; Warnes et al. 2004: 318).

Position gegen die verbreiteten Forderungen, kultursensible Angebote zu entwickeln, nehmen Autoren ein, die in diesen Ansätzen eine Überbetonung kultureller Einflüsse und Unterschiede sehen, mit denen die Gefahr einer Kulturalisierung und Generalisierung von Klienten aus ethnischen Minderheiten einherginge. Sie selbst sprechen sich dafür aus, die Gemeinsamkeiten altersspezifischer Bedarfe sowie individuelle Bedürfnisse von Mehr- und Minderheitenangehöriger in den Mittelpunkt gerontosozialer Arbeit zu stellen (vgl. Giuntoli/Cattan 2012; Yu 2009). Ein weiterer Kritikpunkt beruht auf der Annahme, dass die Bereitstellung kultursensibler Angebote erst zur Schaffung eines Bedarfs nach spezifischen Dienstleistungen beiträgt, den es ohne den Diskurs und die offerierten Leistungen nicht gegeben hätte (vgl. Blakemore/Boneham 1994: 115 f.).

Über den Diskurs um kultursensible Dienstleistungen hinaus stellt sich die Frage, wie Politik und Praxis nordwesteuropäischer Altenpflegesysteme in den vergangenen Jahren darauf reagiert haben. In Großbritannien hält sich bis heute die über die vergangenen Jahrzehnte wiederholte Kritik, dass britische Altenhilfe und -pflege weder den individuellen Bedürfnissen ihrer Klienten gerecht werden könnten, noch Empfehlungen zur adäquaten Versorgung von älteren Migranten und Minderheitenangehörigen umsetzen würden. Von BME-freundlichen Diensten könne in Großbritannien daher nicht die Rede sein (vgl. Blakemore/Boneham 1994: 119; Bowes 2003: 36 f.; Jones 2008: 46; Manthorpe et al. 2010: 25; Patel 1999: 269). Gründe für ausbleibende Öffnungsprozesse werden u. a. darin gesehen, dass Einrichtungen ältere Minderheitenangehörige, auch aufgrund geringer Gruppengrößen, in ihre Planungen nicht einbeziehen, dass sie den Anspruch einer universalistischen Versorgung verfolgen, dem spezifische Maßnahmen für eine bestimmte Zielgruppe widersprechen würden, oder dass die Ansicht vorherrscht, die Aufgabe der Anpassung obliegt den älteren Migranten selbst und nicht den bestehenden Diensten. Ebenso könnten aber auch rassistische Auffassungen für das Fehlen kultursensibler Angebote ursächlich sein (vgl. Age UK 2002: 4; Blakemore/Boneham 1994: 119; Gerling 2003a: 221; Jones 2008: 42).

Andere Autoren verweisen dementsprechend auf eine uneinheitliche Entwicklung kultursensibler Arbeit sowohl zwischen einzelnen Einrichtungen als auch verschiedenen Regionen. Neben vielen britischen Diensten, die den zuvor beschriebenen Aussagen entsprechend Überlegungen zu einer kultursensiblen Pflege von ethnischen Minderheitenangehörigen aussparen, finden sich auch Altenpflegeeinrichtungen, die versuchen, Anpassungen gemäß den im Diskurs verbreiteten Forderungen zu realisieren (vgl. Bowes 2003: 37; Demirbag/Aldridge 2003: 28; Huismann/Raven/Geiger 2000: 30; Manthorpe et al. 2010: 7; Patel 1999: 276). Dabei ist für die britische Situation bezeichnend, dass einerseits insbesondere ethnien-spezifische Einrichtungen wie z. B. Tagesstätten und betreute Wohnformen sowie vereinzelt *care homes* ins Leben gerufen wurden, in dessen Folge auch mehrsprachige Informationsmaterialien und öffentliche Dolmetscherdienste nicht selten sind.<sup>240</sup> Andererseits entsprangen viele dieser Initiativen dem freiwilligen Sektor ethnischer Gruppen (vgl. Gerling 2002: 155, 2009: 129 f.; Jones

---

<sup>240</sup> Beispiele solcher Dienste finden sich bei Blakemore und Boneham (1994: 115 f.), Bowes (2003: 32 f.), Huismann, Raven und Geiger (2000: 222 f., 227-233), Jones (2008: 44 f.), Manthorpe et al. (2010: 15), MGFFI des Landes Nordrhein-Westfalen (2010: 22 f.).

2008: 46; Manthorpe et al. 2010: 20; Patel 1999: 271). Dabei hat der sogenannte *black* oder *ethnic voluntary sector* einen wesentlichen Beitrag dazu geleistet, ältere Minderheitenangehörige in Großbritannien sichtbar zu machen und Lücken im Angebot von Altenhilfe und -pflege der *mainstream* Anbieter für diese Senioren zu schließen (vgl. Blakemore/Boneham 1994: 110; Gerling 2002: 154; Patel 1999: 271). In den teils als eng beschriebenen Beziehungen zwischen BME-Organisationen und Regeleinrichtungen, wirken erstere zugleich als Vermittler zwischen ihren Zielgruppen und den öffentlichen Diensten (vgl. Gerling 2003b: 33; Patel 1999: 271).<sup>241</sup> Der finanziellen Unterausstattung und häufig zeitlich befristeten staatlichen Unterstützung vieler ethnischer Organisationen ist es jedoch geschuldet, dass einige Angebote die kurzen Förderphasen nicht überdauern und Dienstleistungen in kostspieligen, beispielsweise pflegerischen Sektoren kaum getragen werden können. Hoffnungen einer Stärkung des *ethnic voluntary sectors* werden in der unterstützenden Arbeit von Organisationen wie dem *Council of Ethnic Minority Voluntary Organisations (CEMVO)* oder dem *Policy Research Institute on Ageing and Ethnicity (PRIAE)* gesehen, die den ethnischen Vereinigungen insbesondere beratend zur Seite stehen (vgl. Bowes 2003: 36; Demirbag/Aldridge 2003: 25 ff.; Manthorpe et al. 2010: 33). Daneben hat sich eine Vielzahl von *BME Elders Forums* herausgebildet, die zur Vernetzung betroffener Einzelpersonen, Initiativen, Vereinen und sozialen Diensten beitragen und als politische Interessenvertreter älterer Migranten und Minderheitenangehöriger agieren (vgl. Gerling 2009: 137 f.; Kollwe 2012: 28).<sup>242</sup>

Trotz der Arbeit ethnienspezifischer Dienste und Organisationen von Migranten oder Minderheitenangehöriger seien weitere Initiativen der Regeleinrichtungen von Nöten kultursensible, integrative Angebote zu entwickeln, um die Versorgungssicherheit potenzieller ethnischer Klientel zu gewährleisten; auch deshalb, weil insbesondere bei umfassendem pflegerischem Betreuungsbedarf die bestehenden Angebote des *ethnic voluntary sectors* an ihre Grenzen stoßen, Regeldienste den Bedürfnissen ethnischer Minderheitenangehöriger gleichzeitig jedoch noch zu wenig entsprechen, worauf Inspektionsdienste immer wieder verweisen. Hinzu kommt die Gefahr der Unterversorgung kleiner ethnischer Gruppen, die von Regelangeboten häufig übersehen und über keine Dienstleistungen von Eigenorganisationen verfügen (vgl. Jones 2008; Manthorpe et al. 2009; Patel 1999: 269). Neben der langen Tradition eines starken, öffentlichkeitswirksamen freiwilligen Sektors kann insbesondere das pluralistische bzw. multikulturelle Politik- und Gesellschaftsverständnis als förderliche Rahmenbedingung hierfür bewertet werden. Seit 1965 spiegelt sich dieses in einer umfassenden Antidiskriminierungspolitik der britischen Regierungen wider, der auch die sozialen Dienste und Gesundheitsfachkräfte des Landes verpflichtet sind. Zur Realisierung der Antidiskriminierungsgesetzgebungen stehen den Diensten zahlreiche Empfehlungen und Richtlinien staatlicher und

<sup>241</sup> Von anderer Seite wird jedoch auch die Ignoranz vieler Regeldienste gegenüber ethnischen Organisationen herausgestellt (vgl. Ruspini 2010: 12).

<sup>242</sup> Weitere Organisationen und Initiativen, die sich der kultursensiblen Ausgestaltung von Altenhilfe und -pflege durch die Gründung von Unterstützungsvereinen, durch Informationsprojekte, eine kultursensible Weiterentwicklung ihrer Angebote, die Partizipation potenzieller Klienten in der Ausgestaltung von Dienstleistungen, lokaler Themenjahre oder in ähnlicher Form widmen, finden sich z. B. bei Bowes (2003: 34 f.), Gerling (2003b: 58 ff., 2009: 136-139), Huismann, Raven und Geiger (2000: 230), Jones (2008: 44 f.), Kollwe (2012: 27), Mertens und Scott (1993: 33), MGFFI des Landes Nordrhein-Westfalen (2010: 65) oder Yu (2009: 67).

verbandlicher Organisationen als Orientierungshilfen zur Verfügung. An die staatlichen Diskriminierungsverbote anschließend setzt das vom *Department of Health* verabschiedete *National Service Framework for Older People* voraus, dass alle sozialen Einrichtungen in der Lage sein müssen, ihren Klienten unabhängig des ethnischen Hintergrundes effektive Hilfen zuteilwerden zu lassen. Daneben sind die Kommunen durch das ebenfalls von der Antidiskriminierungspolitik beeinflusste *Community Care Act* angewiesen, potenzielle Klienten an Bedarfsplanungen zu beteiligen und divergierende Bedürfnisse in der Praxis zu berücksichtigen (vgl. Age UK 2002: 9; Gerling 2002: 150, 2003a: 219 f., 2009: 129, 135; Hunger/Metzger 2013: 11; Papadopoulos 2003: 86 f.). Der kultursensiblen Arbeit hat gerade die Gesetzesnovelle des *Race Relation Acts* (1976) aus dem Jahr 2000 neuen Auftrieb beschert.

„[A]s the *Race Relations (Amendment) Act 2000* comes in to force, requiring public authorities to demonstrate how they are actively promoting racial equality, guidance has been developed on how services can be provided sensitively to minority ethnic communities. For example, the Commission on Racial Equality and the Association of Local Government have produced ‘good practice’ guidance on promoting racial equality, including direct service provision. Some social service departments have developed their own good practice, such as Kent County Council’s publication *Culturally Competent Care Services*.” (Age UK 2002: 4)<sup>243</sup>

Neben der auf Chancengleichheit abzielenden Antidiskriminierungspolitik verfolgt Großbritannien – laut Bellers und Bhattacharya (2013: 136 f.) ganz im Sinne der Strategie von *checks and balances* – eine zunehmende restriktive Einwanderungs- und Migrationspolitik.<sup>244</sup> Inwieweit dieses politische Handeln die genannten förderlichen Rahmenbedingungen schmälert, kann nur vermutet werden. Die Kritik, dass die in Richtlinien und Gesetzestexten verankerten Forderungen nach einem gleichberechtigten Zugang sowie *fairen* sozialen Dienstleistungen für alle Klienten bisher kaum realisiert worden sind, muss jedoch die Wirksamkeit und Durchsetzungskraft der auf der Antidiskriminierungspolitik beruhenden Bemühungen um kultursensible Angebote infrage stellen (vgl. auch Chau/Yu 2010: 384; Demirbag/Aldridge 2003: 31).

In den Niederlanden war lange Zeit der Anspruch verbreitet alle sozialen Angebote den Bedürfnissen ethnischer Minderheitenangehöriger entsprechend zu gestalten, was zugleich den Vorzug integrativer vor spezifischen sozialen Diensten implizierte (vgl. Huismann/Raven/Geiger 2000: 30; Teng/Peeters/Schuijt-Lucassen 2003: 87). Indem jedoch keine umfassende nationale Politik zur kultursensiblen Gestaltung sozialer Dienste für ältere Immigranten ausgestaltet wurde, sondern sich Altenhilfe- und Altenpflegeeinrichtungen, lokale Behörden und Migrantenorganisationen im Umgang mit einer neuen Klientel schrittweise neu ausprobieren, ist eine bunte Landschaft kultursensibler allgemeiner wie spezifischer Dienste in den Niederlanden entstanden (vgl. Mertens/Teng 2003: 98; Teng/Peeters/Schuijt-Lucassen 2003: 87 ff.). Noch bevor Pflegeeinrichtungen interkulturell ausgestaltet, ethnische Abteilungen ein-

<sup>243</sup> Im gleichen Jahr hat der *National Health Service* ein nationales „Konzept für Gleichstellung und Vielfalt“ (Jogi/Deemer/Baxter 2010: 243) herausgegeben. Der Anspruch des *NHS* ist es, dass alle Personen unabhängig ihres ethnischen Hintergrundes, Alters, Geschlechts, ihrer körperlichen Verfassung sowie sexuellen und religiösen Orientierung die gleiche Möglichkeit besitzen, Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen zu erhalten (vgl. ebd.).

<sup>244</sup> Zur Entwicklung der Zuwanderungs- und Integrationspolitik Großbritanniens vgl. z. B. Bellers und Bhattacharya (2013), Demirbag und Aldridge (2003: 7), Ersanilli (2014b), Schilling (2015) und Treas und Batalova (2009: 374).

gerichtet und spezifische Dienste eröffnet wurden, entstanden interkulturelle und ethnien-spezifische Begegnungsstätten für ältere Migranten. Diese Treffpunkte sind teils an Gemein-derräume, die durch Wohlfahrtsdienste organisiert werden, oder Altenpflegeeinrichtungen ange-gliedert und zielen auf Empowerment und Integration der Senioren ab (vgl. ENIEC 2010: 7; ISAB 2003; Olbermann 2003b: 45). Das in den 1990er Jahren verfolgte Projekt *Ältere Mig-ranten und Dienstleistungen* des *Niederländischen Instituts für Fürsorge und Gemeinwohl (NIZW)* entwickelte eine Informationsreihe für ältere Türkinnen und Türken, die Vorbild für Informationsveranstaltungen in Deutschland und anderen europäischen Ländern wurde. Be-standteil des Projekts war es auch Forschungsbemühungen zu älteren Migranten und adäquan-ten Dienstleistungen zu realisieren und Praxisprojekte unterstützend zu begleiten (vgl. Mer-tens/Teng 2003: 98; Teng/Peeters/Schuijt-Lucassen 2003: 87).

Um den Pflegekräftemangel zu begegnen und zugleich Pflegeeinrichtungen kultursensibel aufzustellen, entstehen Projekte, die versuchen Fachkräfte aus Minderheitengruppen für die Altenpflege zu gewinnen (vgl. Goorts 2009; Özkanli 2009a). Daneben wird bis heute immer wieder von neuen Projekten aus dem Altenpflegesektor zur *Interculturalisatie* von (teil-)sta-tionären Einrichtungen und ambulanten Diensten (vgl. Booi/von den Bergen 2003; Ruys 2010; van Eerd/van den Brink 2010) oder dem Aufbau spezifischer Angebote, auch durch ethnische Organisationen selbst, berichtet (vgl. De Jong 2004; ENIEC 2010: 3, 2012; Gront-houd/Witter 2009; Özkanli 2009b; Teng/Peeters/Schuijt-Lucassen 2003: 87; Waltz 2010: 230 f.). Auch wenn spezifische Dienste in den Niederlanden heute keine Seltenheit mehr darstel-len, bleiben Diskussionen über ihre segregierende versus ihre emanzipierende Wirkung bei neuen Projekten nicht aus (vgl. De Jong 2004: 3 f.; Özkanli 2010). Im Gegensatz zur deut-schen Situation, in der ein ausgeprägter Fachdiskurs vorzufinden sei, ist laut Ulrika Zabel, Leiterin des Berliner *Kompetenz Zentrums Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe* (kom•zen), die Projektlandschaft in den Niederlanden innovativer (vgl. Orfeld/Sellinghoff 2013). Wäh-rend aus deutscher Perspektive Zabel insbesondere den partizipativen Charakter sowie das Durchhaltevermögen niederländischer Initiativen hervorhebt, bemängeln Autoren aus den Niederlanden die fehlende Beteiligung älterer Migranten und weisen auf die Schwierigkeiten des niederländischen Pflegesystems hin, Zugang zu Senioren aus Minderheitengruppen zu finden (vgl. Bakker 2009: 4; Orfeld/Sellinghoff 2013; Verhagen et al. 2013). „Die Niederlan-de können zwar mit guten Beispielen und innovativen Projekten vorangehen, es ist aber be-stimmt nicht das ‚Paradies‘ für ältere Migrant/innen, wie viele Menschen außerhalb der Nie-derlande vielleicht glauben“ (Mertens/Teng 2003: 98).<sup>245</sup>

Dass Angebote und Initiativen kultursensibler Altenhilfe und -pflege dennoch vergleichsweise weit verbreitet sind, ist wohl auch auf die relativ frühe Aufmerksamkeit des niederländischen Gesundheitssystems auf ältere Immigranten und die tendenzielle Zuteilung dieser Gesell-schaftsgruppe in das gesundheitspolitische anstelle des integrationspolitischen Aufgabenge-bietes zurückzuführen. Auch eine für die niederländische Integrationspolitik lange Zeit be-

<sup>245</sup> Laut Kulbach (2007: 132) sei der erste Versuch einer Öffnung aller allgemeinen Diensten zugunsten der nie-derländischen Migrantenbevölkerung in den 1990er Jahren auch daran gescheitert, dass Leitungskräfte „nicht von der Sinnhaftigkeit der Maßnahmen überzeugt waren“.

zeichnende Förderung von Migrantenselbstorganisationen sowie eine partizipativ ausgerichtete Politikgestaltung können diese Entwicklung bestärkt haben. Indem darüber hinaus die Vorstellung leitend war, dass älteren Migranten keine mit anderen Migrantengruppen vergleichbaren Integrationsbemühungen abverlangt werden könnten, wurde die Öffnung allgemeiner Dienste für diese Senioren als notwendig erachtet (vgl. Huismann/Raven/Geiger 2000: 180 f.; Mertens/Teng 2003: 100; Olbermann 2003b: 121 f.; Teng/Peeters/Schuijt-Lucassen 2003: 75). Für Mertens und Teng (2003: 103) könnte in der zunehmenden Nachfrageorientierung sozialer Dienste zudem eine weitere Chance für ältere Minderheitenangehörige bestehen, dass ihrem Bedarf und ihren Wünschen zukünftig noch umfassender Beachtung geschenkt wird. Zugleich sind die politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in den Niederlanden Veränderungen unterworfen, die sich auf die Fortentwicklung interkultureller Seniorenarbeit nachteilig auswirken könnten. Der multikulturelle, Vielfalt tolerierende Ansatz, für den die niederländische Politik lange bekannt war, weicht einer zunehmend auf Assimilierung ausgerichteten Politikstrategie, die auch ältere und alte Migranten einschließt. Die Forderungen nach strikter Anpassung der Migrantenbevölkerung an niederländische Werte und Normen werden von einer problemorientierten und auf Aktivierung setzenden Ausrichtung der niederländischen Migrationspolitik sowie einem verschärften Einwanderungs- und Einbürgerungsrecht begleitet. Zusätzlichen Auftrieb erfährt diese politische Neuorientierung durch das Erstarken populistischer Parteien (vgl. Ersanilli 2014a; Mertens/Teng 2003: 100 f.; Michalowski 2005; Teng/Peeters/Schuijt-Lucassen 2003: 74 f., 89). Einen radikalen Einschnitt durch diese Politik hat das niederländische Gesundheitssystem 2011 bereits erfahren, als das *Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport* die staatliche Finanzierung des nationalen Dolmetscherdienstes für Einrichtungen des Gesundheitswesens auslaufen ließ. Während die Übersetzungsleistungen des Dolmetscherdienstes, die zu einer adäquaten medizinischen und pflegerischen Versorgung fremdsprachiger Klienten beitragen sollten, im Jahr 2010 noch für rund 152.000 Einsatzstunden im Jahr wahrgenommen wurden, sank die Inanspruchnahme nach Ende der staatlichen Subventionierung auf etwa 56.000 Stunden im Jahr ab. Nach Gasser (2014) hat die Niederlande dadurch ihre Vorreiterrolle professionellen Dolmetschens im Gesundheitssystem eingebüßt und dies nicht aus ökonomischen Gründen, sondern weil die Eigenverantwortung von Klienten und das Sprachlernen von Migranten zu politischen Leitlinien avanciert sind.

Wie in Deutschland herrschte in der Schweiz lange Zeit das Bild eines zeitlich befristeten Aufenthalts der Mehrheit der im Land lebenden Migranten vor. Dieser Tatsache ist es mitgeschuldet, dass Fragen zum Alter und zur Pflegebedürftigkeit von Senioren mit Migrationshintergrund vergleichsweise spät zur Sprache kamen. 1999 fand eine erste nationale Fachtagung zum Thema statt, die Ausgangspunkt verschiedener Projekte in Alters- und Migrationsarbeit wurde (vgl. Hungerbühler 2007: 406; Hungerbühler/Bisegger 2012: 52). Hierzu zählen u. a. Selbsthilfegruppen und Beratungsangebote für ältere Migranten sowie Fortbildungsveranstaltungen für Fachkräfte aus der (geronto-)sozialen Arbeit. Das Anfang der 2000er Jahre von nichtstaatlichen Akteuren gegründete Forum *Alter & Migration* hat sich zudem zur Aufgabe gemacht, Organisationen aus Alten- und Migrationsarbeit sowie Migrantenvereinigungen zu

vernetzen und durch Grundlagen-, Öffentlichkeits- und Bildungsarbeit zur Verbesserung der Lebenssituation älterer Migranten in der Schweiz beizutragen (vgl. Hungerbühler 2007: 406 f.). Im stationären Pflegebereich wird daneben insbesondere von *mediterranen Abteilungen* berichtet, die den Bedürfnissen von pflegebedürftigen Senioren vor allem aus Italien und Spanien gerecht werden sollen. Projekte zur umfassenden transkulturellen Öffnung von Pflegediensten, wie eine kultursensible Anpassung von Pflegepraxis und Personalpolitik oder mehrsprachigen Informationstagen und Altersheimbesichtigungen, sind dagegen weniger bekannt. Um der Vielfalt älterer Migranten gerecht zu werden, sei die integrative transkulturelle Ausgestaltung von Regeldiensten zukünftig jedoch anzustreben (vgl. Bolzman/Poncioni-Derigo/Vial 2003: 212; Hungerbühler 2007: 402 ff.; Hungerbühler/Bisegger 2012: 13, 53-57). Während Migrantenselbstorganisationen in verschiedenen Feldern sozialer Arbeit aktiv sind und als Anbieter von Dienstleistungen auftreten,<sup>246</sup> werden kultursensible Pflegeangebote fast ausschließlich durch Regeldienste ins Leben gerufen (vgl. Bolzman/Poncioni-Derigo/Vial 2003: 212 f.).

Für Hungerbühler und Bisegger (2012: 13, 52 f.) sind schweizerische Altenarbeit und -politik wie auch Gesellschaft insgesamt noch wenig auf ältere Migranten eingestellt und erst langsam werden Vorbereitungen einer zunehmenden pflegerischen Versorgung dieser Menschen getroffen. Noch leiteten stereotype Bilder von älteren Migranten das praktische Verhalten vieler Fachkräfte und behinderten Sprachbarrieren erfolgreiche Kommunikation (vgl. Domenig 2003: 87 ff.; Hungerbühler/Bisegger 2012: 53). Gründe hierfür seien ebenso der geringe Anteil von Senioren mit Migrationshintergrund an der Altenbevölkerung in der Schweiz als auch ihre spezifischen sozialen, gesundheitlichen und sprachlichen Probleme, die sie hinderten, ihre Bedürfnisse öffentlich zu machen. Für Bolzman (2012: 110) spiegeln die bestehenden Zugangsbarrieren, die ältere Migranten zu sozialen Diensten erleben, letztendlich auch die fehlende Integrationspolitik der vorausgegangenen Jahrzehnte wider.

Dass den Bedarfslagen älterer Migranten in der Schweiz zukünftig umfassender Rechnung getragen wird, könnte mitunter dadurch begünstigt werden, dass zunehmend auch die schweizerische Bundespolitik auf sie aufmerksam geworden ist. So gelten ältere Migranten etwa als eine zentrale Zielgruppe des nationalen Programms *Migration und Gesundheit des Bundesamtes für Gesundheit*, mit dem u. a. die Dienste des Gesundheitswesens an die Bedürfnisse der schweizerischen Migrantenbevölkerung angepasst werden sollen. Zur Förderung interkultureller Kommunikation ist im Zuge dieser Initiative etwa ein nationaler, kostenpflichtiger Telefondolmetscherdienst aufgebaut worden (vgl. BZgA 2015a: 44; Gasser 2014: 3; Hungerbühler 2007: 405). Indem zugleich Integrationsmaßnahmen für Menschen mit Migrationsgeschichte im Jahr 2008 zur nationalen Querschnittsaufgabe erhoben wurden, sind Organisationen der Altenarbeit und -pflege dazu angehalten worden, „ihre Dienstleistungen älteren Migrantinnen und Migranten zugänglich zu machen oder das Thema Migration und Alter anderweitig zu fokussieren“ (Hungerbühler/Bisegger 2012: 70). Gleichzeitig nimmt die Sensibilisierung für

---

<sup>246</sup> Teilweise bieten auch Ableger ausländischer Gewerkschaften für ältere Migranten aus dem gemeinsamen Herkunftsland unterschiedliche soziale Hilfen an (vgl. Bolzman 2012: 110).

die Gruppe altgewordener Migranten in der Praxis von Alten- und Migrationsarbeit stetig zu (ebd.: 79).

Der Vorstellung, dass bereits die plurale Bevölkerungsstruktur der Schweiz der Berücksichtigung spezifischer Bedarfslagen ihrer Bevölkerungsgruppen Vorschub leisten könnte, steht die geringere Beachtung, die ältere Migranten auf kantonaler und kommunaler Ebene gegenwärtig erfahren, im Widerspruch (vgl. ebd.: 70 f., 79). Verbunden mit der Tatsache, dass die Bevölkerungen in den Kantonen und Kommunen im Gegensatz zur schweizerischen Gesamtbevölkerung deutlich homogener sind, verweisen Bolzman und Kolleginnen (2003: 194) auf eine verbreitete Vorstellung zugehöriger und nicht zugehöriger ethnischer Minderheitengruppen in der Schweiz: „Thus, four national, territorial, ethnic linguistic groups – Swiss-Germans, French, Italians, Romans – are clearly recognised, while other ethnic minorities are not considered part of the Swiss nation such as immigrant groups, gypsies, and so on“. Die verbreitete Bezeichnung älterer Migranten als *Gastrentner* spiegele die fehlende Anerkennung bis ins Alter wider (ebd.: 201 ff.). Ob diese Faktoren im Zusammenspiel mit einer vorwiegend ökonomisch geführten Debatte von Migrationsfragen sowie assimilatorischen Tendenzen der schweizerischen Integrationspolitik, die von Aufsehen erregenden Volksabstimmungen in den vergangenen Jahren begleitet werden, eine kultursensible Altenpflegearbeit behindert, kann an dieser Stelle nur zur Diskussion gestellt werden (vgl. Bolzman/Poncioni-Derigo/Vial 2003; Carrel 2012). Für Bolzman (2012: 110) ist jedoch klar,

„[i]f immigration policies continue to consider migrations as accidents, as exceptions of a sedentary international order, older and younger immigrants will continue to be perceived as ‘denizens’. That means that they will not be eligible for the benefits from full citizenship rights in their native or adopted countries: as a consequence there will continue to be ‘surprising’ discoveries of new generations of older immigrants living in precarious conditions.“

Solange sich „die Zuständigen der Alters- bzw. der Integrationspolitik und -arbeit auf der kommunalen Ebene die Verantwortung für die Integration im Sinne von Partizipation älterer Migrantinnen und Migranten je gegenseitig zuweisen“, wie Hungerbühler und Bisegger (2012: 79) attestieren, besteht das Marginalisierungsrisiko der Senioren vermutlich fort.

Seitdem das schwedische Gesundheitsministerium in den 1980er Jahren zwei Berichte zu älteren Migranten veröffentlichte und Altenpflegeeinrichtungen zur Sensibilität gegenüber dieser potenziellen Klientel aufgerufen hat, sind zahlreiche Publikationen zu älteren Migranten veröffentlicht und ein steter wissenschaftlicher Diskurs auch in Schweden etabliert worden (vgl. Torres 2016: 21). Nach Torres (2006: 1350) sei für diesen einseitigen Diskurs jedoch bezeichnend, dass ältere Migranten stets als soziale Kategorie in Abgrenzung zu einheimischen Senioren gruppiert und fast ausschließlich auf das Bild vulnerabler Personen mit spezifischen Bedürfnissen reduziert wurden. Hinzu kommt, dass trotz der gestiegenen politischen Aufmerksamkeit, die ältere Migranten seit Ende der 1990er Jahre erfuhren, und einer breiten wissenschaftlichen Thematisierung ihrer Lebenslagen und Bedarfe kaum Wissen über ihr Inanspruchnahmeverhalten von Altenpflegeangeboten oder praktische Reaktionen des Altenpflege-sektors auf diese Gruppe vorhanden ist (vgl. Forssell/Torres/Olaison 2015; Ruspini 2010: 14; Torres 2006: 1341 f., 2016: 22). Bekannt sind einzelne ethnien- oder religionspezifische Altenpflegeeinrichtungen, die in den schwedischen Großstädten wie Stockholm, Göteborg

und Malmö für jüdische, finnische oder estnische Pflegebedürftige eröffnet wurden (vgl. Forssell/Torres 2012: 122; Huismann/Raven/Geiger 2000: 236). Daneben wird allerdings ein Mangel an kultursensiblen Altenpflegeangeboten, unabhängig welcher Art, in den meisten schwedischen Kommunen kritisiert (vgl. Plejert/Jansson/Yazdanpanah 2014: 2; Ruspini 2010: 15; Forssell/Torres/Olaison 2015: 581). Dieser könnte auch damit in Zusammenhang stehen, dass in Schweden deutlich höhere Erwartungen an die informelle Versorgungsbereitschaft und -möglichkeit von Migrantenfamilien zu bestehen scheinen, als dies im Hinblick auf einheimische, schwedische Familien der Fall ist (vgl. Forssell/Torres 2012: 126).

Mit dem Wachstum der Gruppe älterer Minderheitenangehöriger wird für die Zukunft auch in Schweden eine Zunahme kultursensibler Altenpflegearbeit erwartet (vgl. Forssell/Torres/Olaison 2015: 581). Die egalitär ausgerichtete Migrationspolitik Schwedens, die zugleich auf kulturelle Wahlfreiheit und ein partnerschaftliches Miteinander von Minderheits- und Mehrheitsbevölkerung aufbaut, könnte gemeinsam mit der generösen Wohlfahrtspolitik des Landes eine förderliche Basis hierfür bilden (vgl. Ring 1998; Sund/Gärtner 2013: 272 f.). Die gegenwärtige Lage zieht laut Torres (2016: 23) die (wohlfahrtsstaatliche) Sonderstellung Schwedens indes in Zweifel, wie dies schon Schierup und Ålund (2011) hinsichtlich des Wandels schwedischer Migrationspolitik formuliert haben.

„The discrepancies between the debates on immigrants in the Swedish elderly care sector and the realities surrounding their situation suggest that what happens at the intersection of the migration regime and the elderly care regime of this country casts doubts on Sweden’s assumed exceptionalism in various ways and raises numerous questions about the discrepancy between political ambition and everyday realities.” (Torres 2016: 23)

In Frankreich erfuhren ältere Migranten erstmals durch gemeinnützige Vereine Aufmerksamkeit, insbesondere durch jene, die mit der Verwaltung von Immigrantenheimen – den ehemaligen Arbeiterunterkünften – betraut waren. Dabei ist für die französische Situation bezeichnend, dass insbesondere alleinlebende und in solchen staatlichen Einrichtungen wohnhafte, mehrheitlich männliche Senioren bedacht werden. Der Mehrheit älterer Migranten, die häufig im Familienkreis lebt, werde dagegen kaum Beachtung von gemeinnützigen und öffentlichen Organisationen geschenkt. Während im Laufe der 2000er Jahre vereinzelt erste Anlaufstellen für altgewordene Migranten in Form von Sozialcafés und Altenclubs entstanden sind, scheinen sich pflegerische Einrichtungen bisher wenig mit diesen Gruppen zu beschäftigen. Insgesamt herrschten große Missstände hinsichtlich einer adäquaten Unterbringung, Betreuung und Versorgung älterer Migranten in Frankreich vor. Auch deshalb wird bis heute eine notwendige Anpassung bestehender Dienste im Hinblick auf eine kulturelle und sprachliche heterogene Altenbevölkerung eingefordert (vgl. AGE 2008: 6 f.; Alidra/Chaouite/Abye 2003: 49; Huismann/Raven/Geiger 2000: 29; Lasfargues 2003; Rallu 2016).

Trotz des wachsenden Bewusstseins für diese Senioren und einer durch die Europäische Union vorangetriebene Antidiskriminierungspolitik, scheinen politisches Desinteresse und (teils dezidierte) Altenpflegerische Ablehnung älterer Migranten in Frankreich bis in die 2000er Jahre stark verbreitet gewesen zu sein. Daneben haben jedoch verschiedene Betreiber von Immigrantenheimen, auch aufgrund der unterschiedlichen Barrieren, die ihre Bewohner zu stationären Altenpflegeeinrichtungen besitzen, einerseits damit begonnen, die ehemaligen

Arbeiterunterkünfte altengerecht umzubauen. Andererseits wurden Projekte ins Leben gerufen, spezifische Pflegeheime für pflegebedürftige Migranten aus den Immigrantenheimen zu eröffnen (vgl. Alidra/Chaouite/Abye 2003; Hunter 2011b: 234-250; Lasfargues 2003). Denn wie eine Umfrage der französischen Rentenversicherung und der nationalen Statistikbehörde zum Renteneintritt von Immigranten aus dem Jahr 2003 veranschaulicht hat, plant der Großteil älterer Migranten auch das Alter in Frankreich zu verbringen (vgl. Attias-Donfut 2016). Gleiches trifft auch auf die Bewohner der ehemaligen Arbeiterheime zu (vgl. Hunter 2011a). Inwieweit die mit anderen europäischen Ländern vergleichbaren Restriktionen der französischen Migrationspolitik als auch wiederkehrende Unruhen und das Erstarken rechtspopulistischer Parteien das altropolitische und -pflegerische Handeln auf die Herausforderungen einer alternden Migrantenbevölkerung beeinflussen werden, kann auch hier nur zur Diskussion gestellt werden (vgl. Alidra/Chaouite/Abye 2003; Engler 2012).

Über nationale *talks* und *actions* hinaus hat sich das Themenfeld *Alter und Migration* längst auch auf internationaler Ebene etabliert. Seit den 1990er Jahren sind europäische Initiativen entstanden, die sich den Lebens- und Bedarfslagen einer älter werdenden, heterogenen Migrantenbevölkerung in Europa widmen. Eines der ersten Projekte *Ageing in Multicultural Europe* wurde im Zuge des *Europäischen Jahres der älteren Menschen* 1993 hervorgerufen, um Wissen und Kenntnisse zu sammeln und international auszutauschen. Weitere Forschungsanstrengungen fanden im Rahmen der von der Europäischen Kommission geförderten Projekte *Services for Elders from Ethnic Minorities (SEEM)* und *Minority Elderly Care in Europe (MEC)* statt. Die gleichsam aus europäischen Mitteln geförderte Initiative *Active Ageing of Migrant Elders across Europe (AAMEE)* hatte neben dem wissenschaftlichen Austausch insbesondere die Sammlung erfolgreicher Praxiserfahrungen zum Ziel, wofür u. a. zwei europaweite Wettbewerbe ausgerufen wurden. Ein weiterer Wettbewerb zur Prämierung kommunaler Initiativen namens *European Local Authorities Competition on Good Practices on the Support for Migrant Elders' Initiatives (ELAC)* wurde durch das Land Nordrhein-Westfalen und den Rat der Gemeinden und Regionen Europas 2010 ins Leben gerufen. Ende der 2000er Jahre hat sich darüber hinaus das in den Niederlanden ansässige, unabhängige Forum *European network on intercultural elderly care (ENIEC)* aus Fachkräften der Altenarbeit und fachverwandten Forschern zusammengeschlossen, um qualitative Pflege für ältere Migranten in Europa weiterzuentwickeln (vgl. Aktion Courage e. V. 2011; ENIEC 2010; Eppe 2012; Gerling 2003b, 2009: 139 f.; Mertens/Scott 1993: 35; PRIAE 2004). Für Patel (2003: 2 f.) hat die europäische Antidiskriminierungspolitik mit der Einführung des ehemaligen Art. 13 EGV und die folgenden Gleichstellungsrichtlinien dazu beigetragen, dass Fragen von Alter und Migration stärkere politische Beachtung erfuhren.

Abschließend bleibt auch für die europäischen Diskussionen um eine kultursensible Ausgestaltung der Altenpflegerischen Versorgungslandschaft zu fragen, welche Gründe und Überlegungen Diskurs und Praxis leiten. Zunächst fallen Begründungsmuster ins Auge, die abstrakt oder ausdrücklich auf menschenrechtliche Standards zurückgreifen. Eine bewusste Berücksichtigung älterer Migranten in Altenarbeit und -politik soll den Senioren sowohl ein Altern in Würde ermöglichen als auch deren Diskriminierung Grenzen setzen. Darüber hinaus würde

durch die Weiterentwicklung allgemeiner Dienste im Hinblick auf eine effektive Versorgung aller älteren Menschen geltenden Gleichheitsprinzipien Rechnung getragen und die Individualität jedes einzelnen anerkannt werden (vgl. AGE Platform Europe 2011; AGE/enaR 2011; Booij/von den Bergen 2003: 100; Bowes 2003: 35 f.; Liewald 2012: 32; PRIAE 2004: 13). „A challenge to the question of access to health and long-term care of older migrants in Europe will be to find an integrated approach where EU citizen's rights and human rights need to be addressed so that health inequalities are reduced and a healthier Europe is constructed“ (AGE 2008: 5). Daran anschließend heben Scheppers und Kollegen (2006: 326) in Betrachtung von Zugangsbarrieren im Gesundheitswesen hervor, dass ein gleichberechtigter Zugang zu Einrichtungen des Gesundheitssystems ein fundamentales Menschenrecht darstellt. Mit Papadopoulos (2003: 98) ist eine kulturkompetente Pflege schließlich juristische und moralische Verpflichtung für alle Fachkräfte zugleich.

An anderer Stelle wird mit Ansätzen kultursensibler Arbeit oder einer Diversity Management-Orientierung (zusätzlich) auf Qualitätssteigerungen im organisationalen Handeln abgezielt, mit denen zugleich Erwartungen steigender Wettbewerbsvorteile sowohl im Hinblick auf die Gewinnung neuer Nutzer als auch Mitarbeiter formuliert werden. In solchen Argumentationssträngen werden ältere Migranten und ihre Angehörigen meist als Kunden und kultursensible Angebote als professionelle, kunden- bzw. nachfrageorientierte Antwort auf spezifische Bedürfnisse begriffen (vgl. Bakker 2009: 4; Booij/von den Bergen 2003: 105; Liewald 2012: 28, 37 f.). Trotz dieser moralischen, rechtlichen, fachlichen und ökonomischen Begründungsmuster, die im Rahmen kultursensitiver Altenarbeit vorgebracht werden, scheinen teilweise auch Legitimierungsbedürfnisse für solcherart Initiativen vorzuherrschen. Demnach wird im Abschlussbericht des europäischen AAMEE-Projekts beispielsweise der Beitrag, den ältere Migranten zur europäischen Entwicklung geleistet haben, unterstrichen und ökonomische, kulturelle und soziale Ressourcen einer zunehmenden ethnischen Pluralisierung der europäischen Altenbevölkerung explizit positiv herausgestellt (vgl. MGFFI des Landes Nordrhein-Westfalen 2010: 10, 33 f.).

### **Schlussbemerkungen**

In allen vorgestellten Untersuchungsländern hat das Themenfeld *Alter und Migration* sowie ältere Migranten und Minderheitenangehörige seit Mitte bzw. Ende des letzten Jahrhunderts an Aufmerksamkeit gewonnen; in den einen Ländern früher (z. B. USA und Großbritannien) als in anderen (z. B. Schweiz), teils durch die Praxis (z. B. Frankreich) und teils wissenschaftlich (z. B. Schweiz) angeregt, mit umfassenderen (z. B. Niederlande) und geringeren bzw. wenig bekannten Projektlandschaften (z. B. Frankreich bzw. Schweden) in diesem Feld. Während der Diskurs um kultursensible altenpflegerische Angebote daneben viele Parallelen insbesondere hinsichtlich seiner Empfehlungen und Forderungen aufweist, konnte in einer durch das *Policy Research Institute on Ageing and Ethnicity (PRIAE)* (2004) koordinierten Befragung von Fach- und Leitungskräften aus Sozial- und Gesundheitswesen in zehn europäischen

Ländern<sup>247</sup> zugleich national unterschiedliche Schwerpunkte in der kultursensiblen Ausgestaltung von Angeboten für ältere Migranten identifiziert werden. In Deutschland, Frankreich, Großbritannien als auch den Niederlanden stelle Sensibilisierungs- und Informationsarbeit ein zentrales Handlungsfeld dar, während französische und niederländische Professionelle zudem auf die direkte Förderung von älteren Migranten und Diensten sowie die britische und deutsche Praxis insbesondere auf Kooperationen setze. In der Zusammenarbeit mit ethnischen Organisationen sowie der Partizipation älterer Minderheitenangehöriger nehme Großbritannien zudem eine herausragende Stellung ein.

Lange haben politische Verantwortliche in den nordwesteuropäischen Ländern an den Bildern rückkehrorientierter älterer (Arbeits-)Migranten und/oder familialer Versorgungsstrukturen festgehalten. Damit war eine Grundhaltung gegeben, die sich für interkulturelle Innovationen in der (geronto-)sozialen Politik und Arbeit als wenig förderlich erwies (vgl. Patel 2003: 2; Warnes/Williams 2006: 1267).<sup>248</sup> Heute ist die Notwendigkeit kultursensibler Arbeit in Europa zwar weitgehend akzeptiert, ihre Realisierung erweise sich insgesamt jedoch als spärlich. Hierzu konnte auch das Interesse von Forscherinnen und Forschern an den Lebenslagen und Pflegebedarfen von Senioren aus ethnischen Minderheitengruppen, das über die letzten Jahrzehnte in allen europäischen Untersuchungsländern angewachsen ist, nicht beitragen (vgl. Warnes et al. 2004: 318; Warnes/Williams 2006: 1268). In der Folge würden Bedürfnisse älterer Minderheitenangehöriger noch zu wenig berücksichtigt und seien Formen ihrer Diskriminierung verbreitet (vgl. AGE Platform Europe 2011; AGE/enar 2011; Kröger/Zechner 2009: 23). Werden zwei weitere Ergebnisse der oben genannten PRIAE-Befragung herangezogen, können erste Hindernisse kultursensitiver Altenarbeit und -pflege identifiziert werden. Einerseits wird die Auffassung von der Existenz spezifischer Bedarfslagen älterer Migranten von den befragten Praktikern nicht grundsätzlich zugestimmt. Während in Großbritannien über 80 Prozent der Fach- und Leitungskräfte älteren Migranten spezifische Bedarfe sowie Probleme und Zugangsbarrieren zu ihren Diensten und Angeboten attestierten, traf dies auf rund 60 Prozent deutscher sowie 50 Prozent französischer und niederländischer Befragter zu (vgl. PRIAE 2004: 8). Auch in der Schweiz sei die Zustimmung lediglich gering (vgl. PRIAE 2005: 5).

Andererseits seien für die Mehrheit aller Befragter aus westeuropäischen Staaten nicht Merkmale der Einrichtungen und Dienstleistungsangebote, sondern individuelle und soziale Eigenschaften der Altenbevölkerung mit Migrationshintergrund oder aus Minderheitengruppen ursächlich dafür, dass Dienstleistungen von ihnen unterdurchschnittlich in Anspruch genommen werden (vgl. PRIAE 2004: 9). Spinnt man dieses Verständnis weiter, wird die Verantwortung für Nutzung bzw. Nichtnutzung sozialer Dienste (alleine oder primär) auf das Individuum übertragen. Für Wohlfahrtsstaaten wie der USA oder Großbritanniens, denen die Logik einer

---

<sup>247</sup> Außer Schweden wurden alle Untersuchungsländer der vorliegenden Arbeit in die Befragung eingeschlossen.

<sup>248</sup> Interessanter Weise ist festzustellen, dass in jenen Ländern, in denen bereits von Beginn der Einwanderung an von einem Daueraufenthalt der Immigranten ausgegangen wurde – sowohl in den USA als auch Großbritannien und Schweden – keine (deutlich) umfangreicheren Projektlandschaften im Hinblick auf ältere Migranten und Minderheitenangehörige festzustellen sind, als es für jene Länder zutrifft, die stärker von einer Rückkehrorientierung der Neuzugewanderten nach 1945 ausgegangen sind.

individuellen Verantwortung der sozialen Absicherung und Versorgung inhärent ist, wirkt diese Vorstellung auf Anrieb vergleichsweise plausibel. Wird zudem die Entwicklung einer zunehmend restriktiven Ausgestaltung von Integrations- bzw. Migrationspolitiken in allen Untersuchungsländern berücksichtigt, denen ähnliche Aktivierungsstrategien von *Fordern und Fördern* zugrunde liegen, werden auch in tendenziell universalistisch- und subsidiärorientierten Wohlfahrts- und Sozialstaatssystemen Individualisierungstendenzen von Problemlagen einerseits bzw. von Verpflichtungen andererseits erkennbar.<sup>249</sup> So wirken vermehrte Forderungen und Erwartungshaltungen nach (Vor-)Leistungen des Einzelnen auf der einen Seite wenig förderlich dafür, dass bestehende Organisationen, bspw. soziale Dienste, Öffnungsprozesse gegenüber Bedarfslagen und Bedürfnissen von Minderheitenangehörigen in die Wege leiten.<sup>250</sup>

Ein weiterer Trend, der als ökonomische Nutzenorientierung von Immigration bezeichnet werden kann, scheint in die gleiche Richtung zu weisen. Während in den europäischen Untersuchungsländern als auch den USA grundsätzlich Zuwanderungsbeschränkungen – in Europa seit den Anwerbstopps der 1970er Jahre sowie in den USA v. a. beginnend mit den 1980er Jahren und verstärkt seit 9/11 – aufrechterhalten bzw. ausgebaut werden, findet demgegenüber eine aktive Förderung der Einwanderung von Hochqualifizierten oder Fachkräften statt, deren Leistungspotenziale auf den heimischen Arbeitsmärkten fehlen (z. B. Pflegekräfte) (vgl. z. B. AGE/enaR 2011; Bolzman/Poncioni-Derigo/Vial 2003: 201; Engler 2012; Ersanilli 2014a, 2014b; Parrott 2012). Ob Förderungen älterer, aus dem Arbeitsmarkt ausgeschiedener Migranten im Zuge einer solchen (Wert-)Orientierung politisch nachhaltig vorangetrieben bzw. ausreichend Aufmerksamkeit erfahren werden, erscheint zumindest fragwürdig. In Altenpflegeeinrichtungen könnte zudem der Fokus vermehrt auf die Gewinnung von Fachkräften – auch aus dem Ausland – und die Gestaltung eines attraktiven Arbeitsumfeldes gelegt werden, da anzunehmen ist, dass der sich schon abzeichnende und vermutlich noch weiter anwachsende Fachkräftemangel in Pflegeberufen auch in ein zunehmendes Konkurrenzverhältnis der Einrichtungen um Mitarbeiter führen könnte; womöglich zuungunsten der Fokussierung auf Klienten im Allgemeinen bzw. ältere Migranten und Minderheitenangehörige im Besonderen. Auf der anderen Seite gewinnt der Anspruch nach Gleichheit und Chancengerechtigkeit für alle Bürgerinnen und Bürger eines Landes weltweit an Bedeutung. Dies zeigt sich ebenso in der zunehmenden Verrechtlichung bzw. Ausweitung von Antidiskriminierungspolitik<sup>251</sup> als auch der moralischen Verbreitung von Ansätzen wie des *Diversity Managements*, dessen

<sup>249</sup> Zu einer zunehmend restriktiven Ausgestaltung der nationalen Integrationspolitiken, die teils mehr teils weniger offensichtlich auf Aktivierungsstrategien bauen vgl. für *Frankreich* Keller und Tucci (2013), für *Großbritannien* Ersanilli (2014b), für *die Niederlande* BBfBA (2000: 229), Ersanilli (2014a: 6 f.) und Teng, Peeters und Schuijt-Lucassen (2003: 74 f.), für *Schweden* Parusel (2009: 5) sowie für *die Schweiz* Carrel (2012: 7).

<sup>250</sup> Auch liegt die Vermutung nahe, dass die in einigen Ländern verstärkten Assimilierungsbestrebungen innerhalb der Integrationspolitiken (vgl. z. B. für *Großbritannien* Baringhorst 2010; für *die Niederlande* vgl. Kap. III. 3.; für *Schweden* Schierup/Ålund 2011; für *die Schweiz* Bolzman/Poncioni-Derigo/Vial 2003: 198) nachteilig auf Öffnungsprozesse von Organisationen im Allgemeinen und sozialen Diensten im Besonderen einwirken könnten.

<sup>251</sup> Vergleiche exemplarisch das französische Gesetz für die Chancengleichheit (*loi pour l'égalité des chances*) (vgl. Engler 2012: 7), die Antidiskriminierungsgesetze und -richtlinien in Großbritannien, die im Jahr 2010 in das neue *Equality Act* integriert wurden (vgl. Ersanilli 2014b: 7) und das schwedische Antidiskriminierungsgesetz (*Diskrimineringslag*), das 2009 in Kraft getreten ist (vgl. Parusel 2009: 8).

Ausgangspunkt in den USA liegt (vgl. Castles/Schierup 2012: 287), oder von ähnlichen Diskursen um kultursensible Angebote, wie sie in dem vorausgegangenen Kapitel aufgezeigt wurden. Dieser normative Aufstieg von Gleichheitsgrundsätzen erscheint entgegen dem zuvor beschriebenen hemmenden Trends als könnte er Weiterentwicklungsprozesse von Organisationen zugunsten von Minderheitenbedürfnissen begünstigen. Auch erkennbare Muster einer steigenden Nachfrage- und Kundenorientierung auf Wohlfahrts- und Altenpflegemärkten erwecken zunächst den Anschein in die gleiche Richtung zu weisen. Berücksichtigt man jedoch die mehrheitlich schwache sozio-ökonomische Stellung älterer Migranten und Minderheitenangehöriger sprechen ökonomische Prinzipien wiederum gegen eine Förderung von Angeboten, die den Bedarfen dieser Gruppen entgegenkommen. So stellen auch Eppenstein und Kiesel (2008: 56) kritisch zur Diskussion: „Der Kunde ist König“, heißt es, doch was, wenn die Kundschaft – hier die Migranten, die endlich Zugang zu den Diensten finden sollen – Könige ohne Königreiche sind, womöglich nur in Maßen oder handverlesen von Interesse für Anbieter auf dem Markt sozialer Möglichkeiten?“

Trotz vieler Parallelen in den nationalen Integrationsstrategien und Angleichungen, die in den Altenpflegesystemen festzustellen sind (vgl. Chen 2014: 387), dürfen nationale Unterschiede nicht vergessen werden. Wie gezeigt werden konnte (vgl. Kap. III. 1.), setzt sich die Altenbevölkerung in den Untersuchungsländern in unterschiedlichem Umfang aus älteren Immigranten, Minderheitenangehörigen und Einheimischen zusammen, besitzen Wohlfahrts- und Altenpflegesysteme unterschiedliche Schwerpunkte in der Verantwortungszuschreibung von Familie, Staat und Markt und haben sich verschiedene Engagementformen im Hinblick auf die Versorgung älterer Migranten und Minderheitenangehöriger entwickelt. Nicht zu vernachlässigen sind dabei auch spezifische regionale und lokale Handlungsstrategien, die die Lebensumstände und Versorgungsstrukturen der Senioren prägen (vgl. Warnes/Williams 2006: 1270 f.). Es bleibt abzuwarten, wie sich hemmende und förderliche Entwicklungen als auch internationale Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Feld von Alter und Migration auf die altenpflegerische Versorgung älterer Migranten und Minderheitenangehöriger zukünftig in den einzelnen Ländern auswirken werden.

## **IV. Interkulturelle Öffnung in der deutschen stationären Altenpflege**

Nachdem die vorangegangenen Kapitel in den Untersuchungsgegenstand und das Untersuchungsfeld eingeführt, das theoretisch-heuristische Werkzeug des Forschungsprojektes vorgestellt und internationale Erfahrungen kultursensibler Altenpflege sowie organisationaler, interkultureller Öffnungsprozesse dargestellt haben, widmen sich die folgenden Ausführungen den methodischen Vorüberlegungen und Zugriffen sowie den Analysen und Ergebnissen der Studie. Das erste Kapitel, das die methodische Herangehensweise des Forschungsprojektes zusammenfasst (Kap. IV. 1.), gliedert sich nach den drei gewählten Zugängen. Hierzu zählen eine quellenbasierte Feldanalyse (Kap. 1.1), eine standardisierte Online-Befragung (Kap. 1.2) sowie eine mittels problemzentrierter Einzelinterviews durchgeführte Fallstudien-Untersuchung (Kap. 1.3). Dabei konzentrieren sich die auf methodische Sachverhalte zielenden Beschreibungen im Wesentlichen auf die im Forschungsprozess realisierten Strategien, um das eigene Vorgehen für die Leser nachvollziehbar werden zu lassen. Das bedeutet zugleich, dass Erläuterungen zu methodologischen und forschungsprogrammatischen Grundannahmen sowie zu Einzeltechniken der Datenerhebung oder -analyse nur dann in komprimierter Art und Weise erfolgen, wenn sie für das Verständnis etwa der Wahlentscheidung für eine bestimmte Verfahrensweise als notwendig erachtet werden. Beginnend mit den Erkenntnissen, welche durch die Feldanalyse (Kap. 2.) sowie den quantitativen Zugang zum Untersuchungsgegenstand gewonnen werden konnten (Kap. 3.), werden daran anschließend die Ergebnisse der Studie präsentiert. Den Schwerpunkt der Ergebnisdarstellung bildet die qualitative Perspektive, die auf die interkulturellen Öffnungsprozesse in der deutschen stationären Altenpflege eingenommen wurden (Kap. 4.). Zugunsten eines nicht ausufernden Ergebnisberichts konzentriert sich ihre Beschreibung überwiegend auf die Endergebnisse des Analyseprozesses, wodurch die einzelnen Auswertungs- und Interpretationsschritte nur auszugsweise wiedergegeben werden konnten.

### **1. Methodische Herangehensweise**

In seinem Kern zielt das Forschungsprojekt zur interkulturellen Öffnung stationärer Altenpflegeeinrichtungen in Deutschland darauf ab zu ergründen, welche Triebkräfte Pflegedienstleister dieses Formats dazu bewegen, sich einem solchen organisationalen Weiterentwicklungsprozess zu verpflichten. Warum entscheidet sich Einrichtung A ihre (Angebots-)Strukturen, ihre Personalpolitik und/oder ihre Umweltbeziehungen neu zu gestalten, während Einrichtung B dies nicht oder zumindest nicht unter dem Label einer interkulturellen Öffnung tut? Oder anders formuliert: Welche Beweggründe regen Einrichtung A für eine interkulturelle Öffnung der eigenen Organisation an und welche Beweggründe sprechen in Einrichtung B dagegen? Gleichzeitig fragt die Studie danach, in welchen Zielen und Strategien sich eine interkulturelle Öffnung einer stationären Altenpflegeeinrichtung schließlich widerspiegeln; d. h. auch, in welchem Umfang organisationale Aktivitätsstrukturen durch die Einrichtungen angepasst werden wollen als auch tatsächlich weiterentwickelt werden (können).

Dem Verständnis einer starken Umwelteinbettung von Organisationen zufolge lassen sich diese Untersuchungsfragen jedoch nur umfänglich beantworten, wenn zugleich das (organisationale) Feld, seine angehörenden Akteure und seine spezifischen Eigenschaften berücksichtigt werden. Organisationen (und organisationales Handeln) können nicht losgelöst von ihrem sozialen Umfeld betrachtet werden, in dem sie eine spezifische Position einnehmen, Beziehungen unterhalten, Strukturen prägen und von ihnen geprägt werden sowie allgemeinen bewussten oder unbewussten Regelmäßigkeiten – auch im Sinne von Gesetzmäßigkeiten – ausgesetzt sind. Dabei gilt es sich zunächst der Frage zuzuwenden, wie es zu Diskussionen um eine interkulturelle Öffnung in der deutschen stationären Altenpflege gekommen ist. Welche Akteure waren an ihrer Verbreitung beteiligt und welche Gründe brachten und bringen Fürsprecher einer interkulturellen Ausrichtung von Pflegedienstleistungen hierfür vor? Gleichzeitig ist der Verbreitungsgrad sich interkulturell öffnender stationärer Einrichtungen von Interesse, um mitunter erfassen zu können, inwieweit der Anspruch von feldspezifischen Befürwortern nach interkulturellen Öffnungsprozessen in der Praxis Wirkung erzielt.

Entsprechend dem Anspruch ein gegenstandsorientiertes und -angemessenes Studiendesign zu entwickeln, wurde ein dreifacher Zugriff auf den Untersuchungsgegenstand gewählt: eine feldanalytisch literatur- und dokumentengestützte, eine quantitativ vollstandardisierte und eine qualitativ problemzentrierte Herangehensweise. Die forschungsprogrammatische Ausrichtung sah dabei vor, die empirischen Forschungsschritte stärker iterativ-zyklisch (vgl. Kruse 2014: 48 f.; Strübing 2015: 290) als stufenförmig zu verfolgen. Das bedeutete, das trotz einzelner phasenabhängiger Forschungseinheiten, wie sie im Folgenden noch erläutert werden, der Forschungsprozess mehrfach zwischen Datengewinnung oder -auswahl sowie Datenanalyse innerhalb und zwischen den einzelnen empirischen Zugängen wechselte. Indem Teilergebnisse durch dieses Vorgehen wiederholt aus unterschiedlichen methodischen Perspektiven reflektiert wurden, fand eine kontinuierliche Theoriebildung über die gesamte Projektlaufzeit statt. Gleichzeitig wurde jedoch, wie für viele Mixed Methods Designs üblich (vgl. Kuckartz 2014: 65-95), eine Schwerpunktsetzung der verschiedenen empirischen Zugriffe und zwar zugunsten der qualitativ problemzentrierten Herangehensweise vorgenommen. Von ihr wurden sich nicht nur neue, sondern insbesondere auch tiefgründigere Erkenntnisse zu den Beweggründen von stationären Altenpflegeeinrichtungen, sich interkulturell zu öffnen, versprochen. Demzufolge wird der Präsentation dieser Analyseergebnisse auch der größte Umfang gewährt.

Indem der Aufbau dieser Arbeit dem sog. ‚Blockverfahren‘ – einer Kapitelstruktur entsprechend der aufeinanderfolgenden Vorstellung von Forschungsinteresse und -stand, theoretischer Ausrichtung, methodischem Design und Forschungsergebnissen sowie deren abschließender Diskussion und theoretischer Einordnung – folgt, wodurch auch dieses Kapitel nach einzelnen methodischen Zugängen gegliedert ist, findet entgegen seiner spiralförmigen Verfahrensweise eine Art „Linearisierung“ der Dokumentation des Forschungsprozesses“ (Kruse 2014: 639) statt. Hiermit wurde der Leserfreundlichkeit im Sinne einer übersichtlichen Darstellung des Forschungsprojekts der Vorrang gegenüber einer Nachvollziehbarkeit des chronologischen Forschungs- und Erkenntnisprozesses gegeben. Ein Nachteil dieser Strukturie-

zung besteht jedoch darin, dass zu einem späteren Zeitpunkt gewonnene Erkenntnisse zum Teil früher in die Ergebnisdarstellung einfließen als andere Teilergebnisse. Demzufolge stellen z. B. späte Teilergebnisse der feldanalytischen Betrachtung keinen Bestandteil der quantitativen Datenerhebung dar, was in der vorliegenden, linearen Illustration als Versäumnis bewertet werden könnte. Grundsätzlich sei also darauf hingewiesen, dass die folgenden Teilstudien in ihrem Entstehungsprozess nicht losgelöst voneinander zu denken sind.

### 1.1 Feldanalyse

Mit einer feldanalytischen Vorgehensweise wurden verschiedene Ziele innerhalb des Forschungs- und Erkenntnisprozesses verfolgt. Einerseits galt es ein umfassendes Verständnis von den Regelmäßigkeiten der deutschen (stationären) Altenpflege – der Meso-Ebene der Untersuchung – zu erlangen. D. h. es sollten generelle Eigenschaften und Strukturen, angehörende Akteure oder auch der Autonomiegrad des Feldes identifiziert werden, um zu einem umfassenderen Profil des Untersuchungsfeldes zu gelangen. Gleichzeitig sollte diese Kenntnis dazu beitragen, Einsichten in die organisationalen Praktiken der stationären Altenpflegeeinrichtungen – der Untersuchungseinheiten auf Mikro-Ebene – besser nachvollziehen zu lassen. Andererseits zielte die Feldanalyse darauf ab, die Entstehung des Phänomens, das unter dem Schlagwort einer interkulturellen Öffnung geführt wird, in der deutschen (stationären) Altenpflege zu rekonstruieren sowie seinen Stellenwert auf diesem Feld zu erfassen. Hierbei interessierten zudem, welche Argumente für eine organisationale Weiterentwicklung im Sinne einer interkulturellen Öffnung vorgebracht werden als auch welchen Anklang dies in der Praxis stationärer Altenpflegeeinrichtungen erfährt.

Hierfür wurde eine literatur- und dokumentengestützte Vorgehensweise gewählt. Die allgemeine feldanalytische Beschreibung der deutschen (stationären) Altenpflege, die in Anlehnung an die Feldbegrifflichkeiten Bourdieus ein Feld in seiner Relation zum Feld der Macht, den in ihm vorherrschenden objektiven Konfigurationen seiner zugehörigen Akteure sowie den damit in Beziehung stehenden habituellen Dispositionen darzustellen versucht (vgl. Bourdieu/Wacquant 1996: 136), basiert dabei im Wesentlichen auf drei Quellenformaten: auf den wenigen sozialwissenschaftlichen Veröffentlichungen, die sich den (Sub-)Feldern der Pflege oder Altenpflege in Deutschland aus einer feldanalytischen Perspektive bereits gewidmet haben; auf sozial- und pflegewissenschaftlichen Publikationen, die sich vor allem der Geschichte, den Akteuren und zentralen Diskursen in der deutschen (stationären) Altenpflege zugewendet haben; sowie auf Dokumenten und Statistiken, die – durch externe Stellen oder die Akteure selbst veröffentlicht – Auskunft über die Praxis wichtiger Feldakteure geben.

Für die Analysen, die sich auf das Phänomen der interkulturellen Öffnung konzentrieren, wurden weitere Quellen gesammelt und in einer stark chronologischen Ausrichtung ausgewertet, um die Entwicklungsgeschichte des interkulturellen Öffnungsdiskurses in der Altenpflege sowie der ihm zugrundeliegenden Argumentationsmuster zurückverfolgen zu können. Zu dieser Literaturlbasis zählen auf der einen Seite Veröffentlichungen (insbesondere Monographien, Sammelbandbeiträge, Fachzeitschriftenaufsätze und Handlungsempfehlungen), welche die pflegerische Versorgung von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund im

Allgemeinen sowie Konzepte interkultureller Öffnung im Besonderen thematisieren. Auf der anderen Seite wurden Stellungnahmen und andere Dokumente gesichtet, in denen relevante Akteure etwa aus der Pflegepraxis, der Verbandsarbeit, der (Pflege-)Politik und anderen relevanten Kontexten sich mit Fragen einer kultursensiblen Altenpflege – im Fokus auf die Klientel – oder einer interkulturellen Öffnung – bezüglich der organisationalen Ebene – auseinandersetzen. Für die Darstellung bisheriger Umsetzungserfahrungen interkulturell ausgerichteter Pflegepraxis wurde zusätzlich auf zur Verfügung stehende Erhebungen, die vorwiegend regional begrenzt sind, sowie auf (Projekt-)Berichte und (Projekt-)Informationen zurückgegriffen, die vor allem in Bezug auf jüngere Entwicklungen häufig über Informationsdienste und Newsletter gewonnen werden konnten.<sup>252</sup> Kontrastierungen zu den Erkenntnissen, die über eine kultursensible Altenpflegepraxis in anderen Ländern gewonnen werden konnten (vgl. Kap. III. 3.), regten darüber hinaus an, die Literatursichtung auf weitere Themenbereiche auszudehnen. Hierdurch wurde bspw. der Einbezug von Quellen zu allgemeinen integrationspolitischen Sachverhalten intensiviert und das Augenmerk auch auf deutsche antidiskriminierungspolitische Entwicklungen gelenkt.

Während im Grunde genommen die gesamte vorliegende Studie – inklusive der nachfolgend vorgestellten quantitativ vollstandardisierten und der qualitativ problemzentrierten ‚Teilstudien‘ – als Feldanalyse eines spezifischen Phänomens in der deutschen stationären Altenpflege begriffen werden kann, wird die literatur- und dokumentengestützte Datengewinnung und -analyse *konzeptionell* als der feldanalytische Untersuchungspart gefasst, weil sie stärker als die beiden anderen empirischen Zugänge versucht, das Feld der deutschen stationären Altenpflege auch über das zentrale Untersuchungsphänomen hinaus in seiner Gesamtheit zu begreifen und zu veranschaulichen.

## 1.2 Online-Befragung

Mit dem quantitativ vollstandardisierten empirischen Vorgehen in Form einer Online-Befragung von Führungskräften in stationären Altenpflegeeinrichtungen wird zweierlei Anspruch verbunden. Während bis zum Beginn des Forschungsprojektes keine repräsentativen Daten darüber vorlagen, in welchem Umfang interkulturelle Öffnungsprozesse deutschlandweit in stationären Pflegeeinrichtungen eingeleitet worden waren, sollte mit dieser Erhebung zum einen dazu beigetragen werden, diese bestehende Datenlücke zu schließen. Dabei wurde neben der Klärung des Verbreitungs- und Umsetzungsgrades einer interkulturellen Öffnung in der stationären Altenpflege sowie korrelierender organisationaler Merkmale mit Hilfe der Befragung zugleich eine erste Annäherung an die Motive für und wider eine interkulturelle Öffnung der Organisationen verfolgt. Zum anderen zielte das Instrumentarium darauf ab, die Fallauswahl für den qualitativ problemzentrierten Studienteil anzuleiten. Indem es nicht nur erste Informationen über relevante Merkmalsausprägungen der Organisationen bereitstellen

---

<sup>252</sup> Zu diesen unterschiedlichen Rundschreibeformaten zählen bspw. der *InfoDienst Migration, Flüchtlinge und Gesundheit* (vor 2016 *InfoDienst Migration und öffentliche Gesundheit*) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Newsletter des Online Fachmagazins für Migration und Integration in Deutschland MiGAZIN oder der Newsletter *Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen* der Landesvereinigung für Gesundheit (LVG) und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (AFS).

würde, sondern in erster Linie auch erwartet wurde, dass es den Zugang zu den Einrichtungen erleichtern werde, sollte die Auswahl einer für das Forschungsinteresse angemessenen Untersuchungsgruppe in doppelter Hinsicht unterstützt werden (vgl. Kelle 2008: 247 f.; Seipel/Rieker 2003: 227-231).

Für die Variante, den vollstandardisierten Zugriff auf den Untersuchungsgegenstand mittels einer Web-Befragung, d. h. einem online zur Verfügung gestellten Fragebogen durchzuführen, sprechen verschiedene Vorteile des Formats gegenüber anderen Erhebungsarten wie z. B. einer postalischen Befragung. Auf Seiten des Forschers sind dabei insbesondere die formale Eindeutigkeit der Antworten als auch forschungspragmatische Gründe zu nennen. Formal eindeutig sind die Angaben der Befragten dahingehend, dass Antworten nur im Rahmen festgelegter Auswahlbereiche gegeben werden können und damit Markierungen ‚zwischen‘ vorgegebenen Antwortmöglichkeiten, wie sie in handschriftlichen Befragungen nicht ausgeschlossen werden können, entfallen. Daneben ist die Leserlichkeit von Antworten auf offene Fragen bei Online-Erhebungen gewährleistet. Aus forschungspragmatischer Perspektive stellt sich das Instrument zudem kostengünstiger dar, da Druck- und Versandkosten – bei Befragungen mit Erinnerungsschreiben mehrfach – sowie eine häufig zeitintensive Dateneingabe von Papierfragebogen bei einer hohen Rücklaufquote entfallen. Darüber hinaus sind die Kontaktaufnahme sowie die Durchführung der Erhebung in der Regel mit geringerem Zeitaufwand verbunden. Auf Seiten der Probanden kommt einerseits die zeitliche Flexibilität des Verfahrens – im Vergleich etwa zu mündlichen Befragungen – positiv zum Tragen, indem nicht nur der Zugriff auf den Fragebogen zeitlich frei gewählt werden kann, sondern es auch möglich ist, die Beantwortung zu unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt fortzusetzen. Andererseits erleichtert gerade in komplexen Fragebogen die in Online-Befragungen enthaltene automatische Filterführung das Ausfüllen für die Befragten. Die hierdurch gegenüber schriftlichen Befragungen eingesparte Beantwortungszeit als auch das ‚unsichtbare‘ Vorbeiführen des Probanden an irrelevanten Fragen verringert darüber hinaus die Wahrscheinlichkeit, dass die Teilnahme an der Befragung vorzeitig abgebrochen wird (vgl. Brake/Weber 2009; Jacob/Décieux/Heinz 2013: 109 ff.).

Als wesentlicher Nachteil einer internetgestützten Befragung gilt hingegen die Diversität in den technischen Fertigkeiten sowie in der technischen Ausstattung potenzieller Probanden (vgl. Couper/Coutts 2006). Im Hinblick auf die Verfügbarkeit eines Internetzugangs, die Erreichbarkeit via E-Mail sowie grundsätzliche Fähigkeiten an einem Web-Survey teilzunehmen kann jedoch davon ausgegangen werden, dass diese Merkmale auf die absolute Mehrheit der in dieser Studie adressierten Leitungskräfte von stationären Pflegeeinrichtungen zutreffen. Darauf deutet nicht nur der hohe Anteil von Erwerbstätigen in Deutschland hin (2014: 95%), die durch ihre private Nutzung mit der Handhabung internetbasierter Techniken vertraut sind (vgl. Statistisches Bundesamt 2016c: 207 f.), wobei zu vermuten ist, dass dies für Leitungskräfte noch häufiger der Fall ist. Sondern auch der für andere Dienstleistungs- und Wirtschaftszweige bekannte steigende Anteil von Einrichtungen und Unternehmen, die über einen Internetzugang verfügen (2014: 89%) (vgl. Statistisches Bundesamt 2015b: 10), unterstützt die Einschätzung, dass auch die professionelle stationäre Altenpflege überwiegend über die

technischen Mittel und Kenntnisse für eine Teilnahme an einer Online-Befragung verfügt. Indem in dieser Studie darüber hinaus versucht wurde, das Erhebungsinstrument in seiner Handhabung möglichst einfach und seiner Gestaltung möglichst schlicht zu halten, sollten Schwierigkeiten in der Anwendung sowie bzgl. der Kompatibilität mit den zur Verfügung stehenden Software- und Hardwareprodukten der Befragten weitgehend ausgeschlossen werden (vgl. Brake/Weber 2009).

Daneben konnte die vorliegende Studie auch Schwächen in der Repräsentativität sowie der Anonymitätswahrung der Teilnehmer begegnen, die vielen internetbasierten Erhebungen immanent sind (vgl. ebd.): einerseits indem sie, wie nachfolgend noch näher ausgeführt werden wird, auf einer Zufallsstichprobe der fast vollständig bekannten Grundgesamtheit basiert (vgl. Couper/Coutts 2006); der Zugriff auf die Erhebung andererseits durch Zugangscodegeschützte URLs beschränkt wurde; und die Zugangslinks sowie die E-Mail-Adressen der Probanden darüber hinaus nicht über die erhobenen Daten der Online-Befragung zurückverfolgt werden konnten (vgl. Brake/Weber 2009). Schließlich räumen Couper und Coutts (2006) die mit Online-Befragungen verbundenen Bedenken aus, dass mit ihnen grundsätzlich geringere Ausschöpfungsquoten verbunden sind. Vielmehr weisen sie in ihrem Überblick unterschiedlicher Vergleichsstudien von internetbasierten und postalischen Erhebungsformaten darauf hin, dass keine einheitlichen Ergebnisse darüber bestehen, ob durch eines der beiden Verfahren mit einem höheren Rücklauf zu rechnen ist.

Welchen konkreten methodischen Forschungsprozess die Online-Befragung durchlaufen ist, wird im Folgenden veranschaulicht, indem (1) die Entwicklung des Fragebogens, (2) die Erhebung der Daten sowie (3) grundlegende Auswertungsschritte ausgeführt werden.

*(1) Entwicklung des Fragebogens:* Um die Teilnahmebereitschaft an der Befragung zu unterstützen und Abbruchquoten so gering wie möglich zu halten, wurde versucht, einen möglichst komprimierten und auf inhaltliche Schwerpunkte konzentrierten Fragebogen zu konstruieren. Dabei wurde er in drei thematische Blöcke gegliedert: Im ersten Teil standen Fragen zur Diskussion und Umsetzung interkultureller Öffnung im Fokus, wobei auch nach den Gründen für und wider interkulturelle Öffnungsprozesse in den Einrichtungen gefragt wurde; der zweite Fragebogenblock fokussierte auf Bedarfslagen von und Versorgungsstrukturen für ältere Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland; im letzten Abschnitt der Umfrage wurden vor allem strukturelle Informationen zu den Einrichtungen abgefragt. Die Entwicklung von Fragen und Antwortvorgaben wurde durch die bis dahin gewonnenen Erkenntnisse des Forschungsstandes sowie der feldanalytischen Betrachtung des Untersuchungsfeldes und -gegenstandes als auch durch den theoretisch-heuristischen Rahmen der Studie angeleitet. Dementsprechend beinhalten etwa die in Form einer Matrixfrage erhobenen ausschlaggebenden Beweggründe für eine interkulturelle Öffnung sowohl Antwortvorgaben, welche Bestandteile des feldspezifischen Diskurses sind (z. B. ‚gleichstellungspolitische Interessen‘) (vgl. Kap. IV. 2.2) als auch sich an institutionentheoretischen Annahmen zu organisationalen Angleichungsprozessen sowie feldtheoretischen Überlegungen zu Akteurspositionen orientieren (z. B. ‚Empfehlungen des Trägers‘ oder ‚Forderung des Trägers‘). Mittels der offen gehaltenen Antwortkategorie ‚Sonstiges‘ hatten die Befragungsteilnehmer zudem die Möglichkeit

weitere Motive zu benennen, die für den organisationseigenen interkulturellen Öffnungsprozess relevant waren. Schließlich wurden die Teilnehmer am Ende des Fragebogens über die anschließende qualitative Fallstudien-Untersuchung informiert, die Möglichkeit geboten bei Interesse an einer weiteren Teilnahme an der Studie Kontaktdaten zu hinterlassen sowie Anmerkungen und Kritik zum Online-Fragebogen vorzunehmen. Folgende Tabelle (Tab. 6) fasst die durch den Fragebogen erhobenen Aspekte zu interkulturellen Öffnungsprozessen (,IKÖ‘ in der Tabelle) in der deutschen stationären Altenpflege zusammen:

**Tabelle 6: Aufbau des Fragebogens**

<b>Thematische Blöcke</b>	<b>Erhobene Merkmale</b>
Diskussion und Umsetzung interkultureller Öffnung	Kenntnis, organisationsinterne Auseinandersetzung und Realisierung einer IKÖ (drei geschlossene Fragen mit Einfachauswahl) <sup>253</sup>
	Initiatoren organisationsinterner Auseinandersetzung und Realisierung einer IKÖ (zwei hybride Fragen mit Mehrfachauswahl)
	Jahr bzw. Zeitraum erster IKÖ-Umsetzungen (offene Frage nach Jahreszahl bzw. geschlossene Frage mit Einfachauswahl)
	Geplante und erfolgte IKÖ-Maßnahmen (Matrixfrage mit skalierten Antwortvorgaben und Mehrfachauswahl)
	<i>Fragen an Einrichtungen, die sich interkulturell öffnen:</i>
	Gründe für eine IKÖ (hybride Matrixfrage mit skalierten Antwortvorgaben und Mehrfachauswahl)
	Zentraler Koordinator der IKÖ (geschlossene Frage mit Einfachauswahl)
	Inanspruchnahme externer Beratung während der IKÖ (geschlossene Frage mit Einfachauswahl)
	Fortschritt des IKÖ-Prozesses (geschlossene Frage mit skalierten Antwortvorgaben und Einfachauswahl)
	Schwierigkeiten im IKÖ-Prozess (hybride Matrixfrage mit skalierten Antwortvorgaben und Mehrfachauswahl)
	<i>Fragen an Einrichtungen, die sich nicht mit einer IKÖ organisationsintern auseinandersetzen oder eine IKÖ verfolgen:</i>
Gründe gegen eine Auseinandersetzung oder eine Realisierung einer IKÖ (zwei hybride Matrixfragen mit skalierten Antwortvorgaben und Mehrfachauswahl)	
Planungen einer zukünftigen IKÖ (geschlossene Frage mit Einfachauswahl)	
Bedarfslagen und Versorgungsstrukturen älterer Migranten	Aussagen zum Pflegebedarf und der Versorgung älterer Migranten (Matrixfrage mit skalierten Antwortvorgaben und Mehrfachauswahl)
Einrichtungsmerkmale	Gründungsjahr bzw. -zeitraum (offene Frage nach Jahreszahl bzw. geschlossene Frage mit Einfachauswahl)
	Angebot an Pflegedienstleistungen (geschlossene Frage mit Mehrfachauswahl)
	Größe (offene Frage nach Anzahl der Pflegeplätze)
	Belegung (offene Frage nach Anzahl der belegten Pflegeplätze)
	Pflegespezifischer Schwerpunkt (geschlossene Frage mit Einfachauswahl)
	Bewohner mit Migrationshintergrund (offene Frage nach Anzahl) und Bewertung der Schätzgenauigkeit (geschlossene Frage mit skalierten Antwortvorgaben und Einfachauswahl)
	Beschäftigte (offene Frage nach Anzahl)
	Beschäftigte mit Migrationshintergrund (offene Frage nach Anzahl) und Bewertung der Schätzgenauigkeit (geschlossene Frage mit skalierten Antwortvorgaben und Einfachauswahl)
	Trägerschaft (hybride Frage mit Einfachauswahl)
	Freigemeinnütziger Verband (hybride Frage mit Einfachauswahl)
	Bundesland und Kreiszugehörigkeit (geschlossene Fragen mit Einfachauswahl)
Position des teilnehmenden Probanden (geschlossene Frage mit Einfachauswahl)	

Quelle: Eigene Darstellung.

<sup>253</sup> In Ausnahme der Fragen zur regionalen Verortung der Einrichtungen, die mittels Drop-Down-Listen abgefragt wurde, erfolgte die Beantwortung stets über das Anklicken einer Checkbox (auch Radiobutton).

Vor der Erhebungsphase wurde der Fragebogen in zwei Schritten einer Überprüfung unterzogen. Am Anfang wurde der in Papierform vorliegende Fragebogenentwurf in einer forschungswerkstattähnlichen Gruppendiskussion am Fachgebiet des Forschungsprojektes reflektiert. Dieser „Entwicklungs-Pretest“ (vgl. Schnell/Hill/Esser 2013: 338) hatte insbesondere das Ziel die Verständlichkeit und Vollständigkeit von Fragen und Antwortvorgaben zu testen sowie die Interpretation möglicher Ergebnisse zu diskutieren. Der infolgedessen inhaltlich überarbeitete sowie programmierte und online gestellte Fragebogen wurde anschließend einem „Abschluss-Pretest“ (ebd.) unterzogen.<sup>254</sup> Dabei wurden neben den bereits genannten Kriterien zusätzlich etwa die Filterführung, die technischen Abläufe und die Dauer der Befragung erprobt. An dieser Überprüfung waren ein Einrichtungsleiter einer stationären Pflegeeinrichtung, zwei Altenpflegefachkräfte unterschiedlichen Alters sowie drei Wissenschaftler mit Forschungsschwerpunkten zur empirischen Sozialforschung, Soziologie von Gesundheitssystemen und Soziologie der Sozialpolitik an unterschiedlichen Universitäten in Deutschland beteiligt. Auf Grundlage der Rückmeldungen durch die Pretest-Teilnehmer wurde der Fragebogen ein weiteres Mal überarbeitet.

(2) *Datenerhebung:* Am 6. Mai 2014 wurden 4.197 vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Deutschland per E-Mail eingeladen an der Umfrage zur Pflegestudie „Interkulturelle Öffnung stationärer Altenpflegeeinrichtungen in Deutschland“ teilzunehmen. Die Kontaktadressen wurden dem *BKK-PflegeFinder* – ehemals Pflegedatenbank *PAULA* – entnommen, die bereits in anderen Untersuchungen wie etwa der Studie zu den „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ (BMG 2011b) genutzt wurde. Die Online-Datenbank des Dachverbandes der Betriebskrankenkassen zielt darauf ab, Pflegebedürftige sowie ihre Angehörigen bei der Suche nach geeigneten Pflegeeinrichtungen zu unterstützen.<sup>255</sup> Für die Online-Befragung zur vorliegenden Studie wurden der Datenbank am 21. Januar 2014 die Kontaktangaben der zu diesem Zeitpunkt registrierten 12.200 vollstationären Pflegeeinrichtungen entnommen. Für 11.738 dieser Dienste (96,2%) war eine E-Mail-Adresse hinterlegt. Der aktuelle Pflegestatistikbericht über die „Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung“ (Statistisches Bundesamt 2015a) zählt zum Jahresende 2013 13.030 Pflegeheime (ebd.: 18). Demzufolge kann annähernd von einer Vollerhebung der Kontaktdaten stationärer Pflegeeinrichtungen in Deutschland durch die Datenbank des BKK-Pflegefinders ausgegangen werden. Einschränkend muss berücksichtigt werden, dass nicht jede stationäre Pflegeeinrichtung in Deutschland auf die Versorgung älterer und alter Menschen ausgerichtet ist. Jedoch werden nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2015a: 18) in einer klaren Mehrheit der Pflegeheime (94%) vorwiegend Senioren versorgt. Die übrigen stationären Einrichtungen sind auf die Pflege und

<sup>254</sup> Die Online-Befragung wurde mittels der Befragungssoftware *EFS Survey* des Unternehmens *QuestBack GmbH* (Unipark-Programm) durchgeführt.

<sup>255</sup> Die Nutzer können ihre Einrichtungssuche mittels verschiedener Kriterien – Postleitzahl, Ort, maximale Entfernung oder Pflegeart – verfeinern oder über die Suchfunktion „Name der Einrichtung“ direkt Informationen über bereits bekannte Pflegeangebote einholen. Neben den Kontaktangaben können sich die Nutzer zumeist über die aktuellen Pflegenoten und Pflege-transparenzberichte, die Leistungsangebote und Versorgungsschwerpunkte sowie die bestehenden Preise der Dienste und ihrer Angebote informieren. Die Datenbank ist unter URL: <http://www.bkk-pflegefinder.de/> abrufbar [Stand: 01.11.2016].

Betreuung behinderter Menschen (2%), (geronto-)psychischer Erkrankter (3%) oder Schwerkranker und Sterbender (2%) spezialisiert.

Nach Jacob und Kollegen (2013: 114) sind internetbasierte Befragungen besonders gut für Erhebungen geeignet, die auf einer solchen „Adressauswahl“ bspw. in Form eines E-Mail-Verzeichnisses basieren. Aus den vorhandenen Kontaktadressen wurde in der Folge eine dementsprechend listen-basierte Zufallsstichprobe von 4.500 Einrichtungen gezogen (vgl. Couper/Coutts 2006). Bevor die Pflegeheime eingeladen wurden, an der Umfrage teilzunehmen, wurde Anfang des Jahres 2014 Kontakt mit ausgewählten Dachverbänden pflegerischer Dienste aufgenommen. Die *Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V.* (BAGFW) als größter Dachverband freigemeinnütziger Träger und Einrichtungen, der *Deutsche Städtetag*, der *Deutsche Landkreistag* und der *Deutsche Städte- und Gemeindebund* als Mitglieder der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und Träger öffentlicher Einrichtungen sowie der *Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.* (bpa), der *Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe* (VDAB) und der *Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V.* (bad) als größte Verbände privater Dienste wurden über die Studie informiert und gebeten die Umfrage mit ihrem Namen zu unterstützen. Dadurch wurde sich erhofft, die Teilnahmebereitschaft der Einrichtungsleitungen an der Befragung zu erhöhen. Der bpa, der Deutsche Städtetag und der Deutsche Landkreistag sicherten ihre Unterstützung zu – die beiden Letztgenannten nach Einsicht des Fragebogens – und willigten ein im Anschreiben an die Probanden genannt zu werden. Dagegen lehnte die BAGFW eine direkte Unterstützung ab, erklärte sich aber bereit, ihre Mitgliedsverbände vorab schriftlich über die Studie zu informieren. Hierzu wurden dem verantwortlichen Fachgruppenleiter ein Informationsschreiben sowie eine Projektskizze bereitgestellt, die dieser am 14. April 2014 versendete. Von den übrigen, zur Unterstützung der Studie angefragten Verbänden blieben Antworten aus.

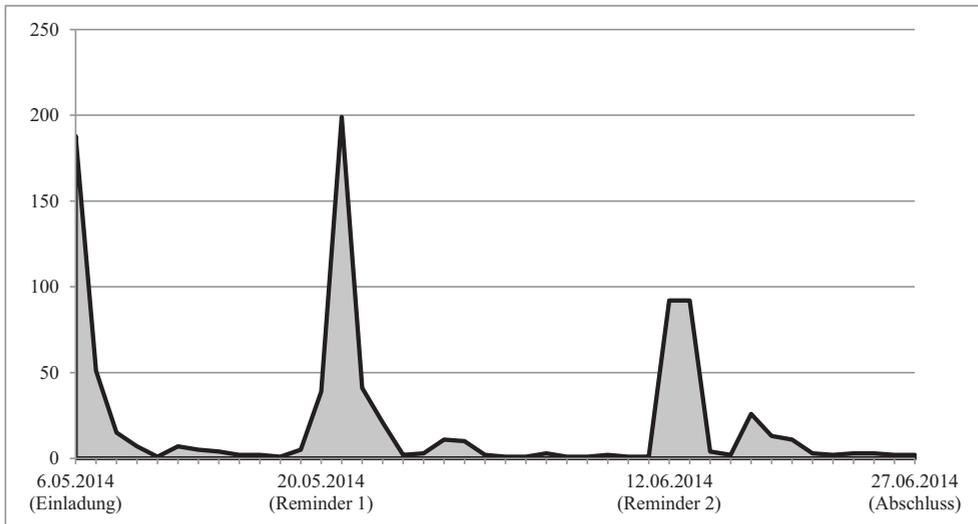
Das Einladungsschreiben zur Online-Befragung vom 06. Mai 2014, das sich an Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen stationärer Altenpflegeeinrichtungen in Deutschland richtete, enthielt einen Zugangscode-geschützten Link zur Umfrage. Dieser verhinderte, dass andere, nicht für die Befragung vorgesehene Internetnutzer auf die Umfrage zugreifen konnten. Gleichzeitig ermöglichte die teilnehmerspezifizierte URL den Probanden ein Unterbrechen und späteres Fortsetzen der Befragung. Nachdem 303 E-Mails – etwa aufgrund fehlerhafter E-Mail-Adressen – nicht zugestellt werden konnten, belief sich die bereinigte Gesamtstichprobe zuletzt auf 4197 Einrichtungen. Bis zum Ende der Erhebung am 27. Juni 2014 wurde die Online-Befragung 878-mal aufgerufen, wobei 575 Teilnehmer (65,5%) den Fragebogen vollständig abgeschlossen hatten, was einer Beendigungsquote von 13,7 Prozent entspricht. Für die Auswertung wurden die Angaben all jener Probanden einbezogen, die mindestens den ersten Fragenblock zur Diskussion und Umsetzung interkultureller Öffnung beantwortet hatten.<sup>256</sup> Nach Ausschluss jener Probanden, die die Befragung bereits zu Beginn abgebrochen

---

<sup>256</sup> Die meisten Abbrüche erfolgten in dieser Studie bereits auf der Startseite der Umfrage, während eine weitere größere Anzahl von Probanden ihre Befragungsteilnahme bei einer umfangreichen Matrixfrage zu Bedarfslagen und Versorgungsstrukturen älterer Migranten im zweiten Fragebogenblock vorzeitig beendeten.

hatten, sowie eines Falls, der aufgrund logischer Inkonsequenz entfernt wurde<sup>257</sup>, ergab sich eine Teilnehmerzahl von 670 Einrichtungen. Dies entspricht einer Ausschöpfungsquote von 15,96 Prozent. Folgende Abbildung 1 verdeutlicht die Zugriffe auf den Online-Fragebogen über den Zeitraum der Erhebung. Wie deutlich erkennbar ist, sind besonders hohe Teilnehmerzahlen an jenen – sowie den ersten darauffolgenden – Tagen zu verzeichnen, an denen die Einladungs- (06.05.2014) sowie Erinnerungsnachrichten (20.05.2014 und 12.06.2014) verschickt wurden;<sup>258</sup> ein Effekt, der auch aus anderen internetbasierten Umfragen bekannt ist (vgl. z. B. Baur/Florian 2009).

**Abbildung 1: Zugriffe im Erhebungszeitraum 06. Mai bis 27. Juni 2014**



Quelle: Eigene Darstellung.

(3) *Datenauswertung*: Vor Beginn der Datenanalyse wurden die Daten hinsichtlich ihrer Plausibilität überprüft. Nach einer stichpunktartigen Sichtung der Datenübersicht, der Erstellung von Häufigkeitstabellen und der Begutachtung einzelner Lagemaße wurden fehlerhafte Kodierungen und Werte bereinigt, indem sie zum Teil korrigiert, als fehlende Werte definiert oder wie im eben genannten Beispiel fallspezifisch aus dem Datensatz entfernt wurden. Die deskriptive Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mittels der Statistiksoftware SPSS, wobei univariate sowie bivariate statistische Verfahren zum Einsatz kamen. Antworten auf offe-

<sup>257</sup> Der Ausschluss dieses Falls folgte der Tatsache, dass dem Fall Antwortangaben zugeschrieben waren, die im Hinblick auf die Filterführung des Fragebogens nicht dem vorherigen Antwortverhalten des Probanden entsprachen. Dies ist durch die Möglichkeit zu erklären, dass es den Probanden erlaubte mittels eines ‚Zurück-Buttons‘ zu vorherigen Fragebogenseiten zurückzuspringen und Antworten zu korrigieren. Da die automatische Datenbereinigung, die irrelevante Angaben in nicht weiterverfolgten Filterzweigen nachträglich löscht, nur bei abgeschlossenen Befragungen durchgeführt wurde, musste dieser Fall, der zu den abgebrochenen Befragungsteilnehmern zählte, nachträglich manuell aus dem Sample ausgeschlossen werden.

<sup>258</sup> Um negative Effekte auf die Umfragebeteiligung durch die Tageszeiten, an denen die Nachrichten verschickt wurden, auszuschließen, erfolgten die Einladungs- und Reminderschreiben einmal vormittags, einmal nachmittags und einmal am frühen Abend.

ne Fragen wurden wenn sie als numerische Angaben vorlagen in diese Verfahren integriert, ansonsten qualitativ kategorisierend ausgewertet. Neben der Berechnung von Häufigkeitsverteilungen und spezifischen Lagemaßen wie Medianen, arithmetischen Mitteln, minimalen und maximalen Werten wurden die Daten kontingenzanalytisch untersucht und auf ihre Signifikanz hin überprüft. Die Zusammenhangsmaße, die hierbei zum Einsatz kamen, fasst Tabelle 7 zusammen.

**Tabelle 7: Verwendete Zusammenhangsmaße**

Skalenniveau		Zusammenhangsmaß <sup>259</sup>
Nominal	dichotome Variablen	Phi
	mindestens eine polytome Variable	Cramers V
Ordinal	Variablen mit gleich vielen Ausprägungen	Kendalls tau-b
	Variablen mit unterschiedlich vielen Ausprägungen	Kendalls tau-c

Quelle: Eigene Darstellung.

Merkmale oder Aussagen, die den Befragten zur Bewertung vorgelegt wurden, waren mehrheitlich mittels 6-stufiger Antwortskalen zu beantworten, wobei alleine der niedrigste sowie der höchste Skalenwert benannt waren (z. B. „stimme nicht zu“ und „stimme voll zu“). Dadurch, dass eine gerade Anzahl von Antwortkategorien gewählt wurde, waren die Befragungsteilnehmer dazu veranlasst, sich eher zustimmend oder ablehnend zu äußern, wodurch eine Beantwortungstendenz zur Mitte verhindert werden soll (vgl. Franzen 2014). Zur besseren Interpretation sowie graphischen Veranschaulichung innerhalb der Ergebnisdarstellung werden die beiden niedrigsten bzw. höchsten Antwortkategorien jedoch jeweils zusammengefasst präsentiert und als tendenzielle Zustimmung oder Ablehnung gefasst. Lagen zu den Ergebnissen der Online-Befragung schließlich Vergleichswerte aus anderen Erhebungen etwa der Pflegestatistik vor, werden diese bei der Veranschaulichung der Analyseergebnisse berücksichtigt.

Obwohl die Befragung auf einer Zufallsstichprobe eines umfangreichen E-Mail-Adressen-Verzeichnisses und damit von einer Grundgesamtheit mit hohem Abdeckungsgrad basiert (vgl. Couper/Coutts 2006), muss abschließend darauf hingewiesen werden, dass nur von einer eingeschränkten Repräsentativität der Daten ausgegangen werden kann. Dies ist zunächst darauf zurückzuführen, dass eben keine vollständige Liste der Grundgesamtheit für die Stichprobenziehung zur Verfügung stand und ebenso nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann, dass es Einrichtungen insbesondere in ländlichen Gebieten nicht doch an einem (ausreichend schnellen) Internetzugang fehlt (vgl. Baur/Florian 2009), um sich an der Umfrage zu beteiligen. Des Weiteren muss die geringe Beteiligung an der Erhebung als Qualitätseinbuße bewertet werden. Zwar sind geringe Ausschöpfungsquoten nicht an sich ein Ausdruck schlechter

<sup>259</sup> Phi und Cramers V können Werte zwischen 0 und 1 annehmen. Während der Wert 0 angibt, dass zwischen beiden Variablen kein Zusammenhang besteht, beschreibt der Wert 1 einen perfekten Zusammenhang. Daneben bewegen sich die Zusammenhangsmaße Kendalls tau-b und tau-c zwischen -1 (d. h. es liegt ein negativer strikt monotoner Zusammenhang vor) und +1 (es liegt ein positiver strikt monotoner Zusammenhang vor).

Qualität, sie gehen jedoch „in der Regel mit systematischen Verzerrungen einher[]“ (ebd.: 119). Wie die Überprüfung der beteiligten Einrichtungen nach Trägerstruktur und Größe zeigen konnte, weicht das Sample zum Teil deutlich von der existierenden Grundgesamtheit in Deutschland ab (vgl. Statistisches Bundesamt 2015a). So setzen sich diejenigen befragungsteilnehmenden Einrichtungen, die eindeutige Auskunft über ihre Trägerschaft gaben (N=572), zu 52 Prozent aus freigemeinnützigen, 39 Prozent aus privaten und 9 Prozent aus öffentlichen Diensten zusammen, während die trägerbezogene Verteilung deutschlandweit Ende 2013 in der Größenordnung von 54 Prozent zu 41 Prozent zu 5 Prozent lag. Damit sind in der Stichprobe vor allem öffentliche Einrichtungen überrepräsentiert. Zu vermuten ist, dass die erhöhte Bereitschaft öffentlicher Einrichtungen, an der Befragung mitzuwirken, auf die Unterstützung der Studie durch den Deutschen Städte- und den Deutschen Landkreistag zurückzuführen ist. Daneben zeigen sich markante Abweichungen hinsichtlich der Einrichtungsgröße. Die Häuser (N=580), die über die Anzahl ihrer zur Verfügung stehenden Pflegeplätze informierten, besaßen zu 21,4 Prozent zwischen einem und 50 Plätze (gegenüber 45,3 % in der Grundgesamtheit), zu 77,2 Prozent zwischen 51 und 300 Plätzen (gegenüber 54,5 %) und zu 1,4 Prozent über 300 Plätze (im Vergleich zu 0,1 %). Die auffällige Unterrepräsentation kleiner Pflegeheime lässt sich einerseits durch den erhöhten Anteil öffentlicher Träger in diesem Sample erklären, da öffentliche Einrichtungen insbesondere gegenüber privat getragenen Häusern durchschnittlich größer sind (vgl. Statistisches Bundesamt 2015a). Andererseits ist zu vermuten, dass kleinere Einrichtungen über geringere Personalressourcen verfügen und daher in geringerem Maße dazu bereit sind, sich an einer solchen Umfrage zu beteiligen. Folglich können die Ergebnisse zwar spezifische Aussagen über die an der Umfrage beteiligten stationären Altenpflegeeinrichtungen treffen, ihre Verallgemeinerbarkeit auf die Grundgesamtheit dieser Organisationen in Deutschland ist jedoch nur eingeschränkt möglich.

### 1.3 Problemzentrierte Interviews

In der Annahme, dass mit der quantitativ empirischen Erhebung ein erster Einblick in die Landschaft stationärer Altenpflegeeinrichtungen im Hinblick auf Kenntnisstand, Triebkräfte und Realisierungen interkultureller Öffnungsprozesse gewonnen werden kann, sollte ein qualitativer Zugriff insbesondere zu einem vertiefenden Verständnis dieses spezifischen Phänomens auf dem Feld der deutschen stationären Altenpflege beitragen und dessen Erklärung weiter unterstützen. Dabei stand weiterhin die Eruierung von Beweggründen der Einrichtungen, sich interkulturell zu öffnen, im Fokus. Während das quantitative Instrumentarium auf nur wenigen Erkenntnissen über den Untersuchungsgegenstand aus einer organisationalen Perspektive von Altenpflegediensten selbst aufbauen konnte, weil hierzu kaum Veröffentlichungen vorlagen, zielte die qualitative, leitfadengestützte Befragung zudem darauf ab, genau diese Perspektive in das Forschungsprojekt zu integrieren. Indem Einrichtungsmitglieder selbst darüber Auskunft geben, wodurch Entscheidungen zu einer solchen Weiterentwicklung ihrer Organisation angeregt werden, sollten sowohl tatsächliche Beweggründe der Praxis identifiziert, vermeintliche Triebkräfte hinterfragt und im feldspezifischen Diskurs verhandelte Motive einer interkulturellen Öffnung kontrastiert werden können. Daneben war die quali-

tative Befragung auch dazu gedacht, prozesshafte Umsetzungserfahrungen interkultureller Öffnung exemplarisch aufzeigen und auf ihre Gemeinsamkeiten hin befragen zu können.

Die qualitative Vorgehensweise wurde als Fallstudien-Untersuchung konzipiert, an der ca. sechs stationäre Altenpflegeeinrichtungen beteiligt werden sollten. Das Sampling der Organisationen erfolgte im Anschluss an die Online-Befragung und basierte auf jenen Probanden der quantitativen Erhebung, die sich für eine weitere Teilnahme an diesem Forschungsprojekt bereit erklärt und Kontaktdaten hinterlassen hatten. An dieser Stelle zeigt sich der bereits angedeutete zwischenzeitliche phasenabhängige Forschungsprozess, in dem die qualitative Befragung der quantitativen nachfolgt bzw. auf dieser gründet. 60 Einrichtungen bekundeten ihr Interesse, sich an der Fallstudien-Untersuchung zu beteiligen. Um die Anonymität der Probanden bzgl. ihrer Angaben in der vorangegangenen Befragung weiterhin gewährleisten und dennoch ein dem Untersuchungsinteresse sowie dem bisherigen Theoretisierungsprozess angemessene Fallauswahl treffen zu können, wurden die Häuser mittels eines E-Mail-Anschreibens gebeten, folgende Angaben zu ihren Einrichtungen zurückzumelden: Umsetzung einer interkulturellen Öffnung (ja/nein), Beginn des Prozesses (Jahr) bzw. aktuelle Planung einer zukünftigen interkulturellen Öffnung, Trägerschaft und Verbandszugehörigkeit, Anzahl vollstationärer Pflegeplätze sowie Postleitzahl der Einrichtung.

Ziel des Sampling<sup>260</sup> war es, zum einen minimal und maximal kontrastierende Fälle für die Untersuchung auswählen zu können. Ein minimaler Kontrast stellt im Hinblick auf diese Merkmale etwa der unterschiedliche Erfahrungszeitraum einer interkulturellen Öffnung von Einrichtungen dar, während zwischen Häusern mit und Häusern ohne eingeschlagenen interkulturellen Öffnungsprozess hinsichtlich des Untersuchungsphänomens ein maximaler Gegensatz vorliegt. Die maximale Variation der Fälle sollte darüber hinaus dadurch gekennzeichnet sein, dass Einrichtungen, die keine interkulturelle Öffnung verfolgen, zum Zeitpunkt der Untersuchung auch nicht geplant haben, sich in Zukunft interkulturell zu öffnen. Dadurch sollte auch die qualitative Erhebung von Bedingungen ermöglicht werden, die gegen eine solche organisationale Ausrichtung sprechen. Zum anderen sollte das Sampling durch theoretische Vorannahmen gelenkt werden, die während des vorangegangenen Forschungsprozesses entwickelt wurden. So wiesen erste feldanalytische Erkenntnisse etwa darauf hin, dass sich im Zeitverlauf bereits Veränderungen in den Argumentationslinien für eine interkulturelle Öffnung von Altenpflegeeinrichtungen ergeben haben und die Trägerstruktur Einfluss auf die Öffnungswahrscheinlichkeit nehmen könnte. Diese Überlegungen sollten dadurch berücksichtigt werden, dass mit Hilfe der erfragten Organisationsmerkmale sowohl Einrichtungen, die sich zu unterschiedlichen Zeitpunkten für eine interkulturelle Öffnung entschieden hatten als auch verschiedene Träger besitzen, in die Fallauswahl eingeschlossen werden können.

Schließlich wurde angestrebt, mittels der Information über die Standorte der Einrichtungen eine hohe Vergleichbarkeit der Einrichtungen dahingehend sicherzustellen, dass sie in Regionen ansässig sind, die sich hinsichtlich ihrer Bevölkerungsanteile nach Migrationsstatus ähneln. Während die feldanalytischen Erkenntnisse nämlich darauf hinweisen, dass insbesonde-

---

<sup>260</sup> Zu unterschiedlichen Samplingstrategien in der empirischen Sozialforschung und ihrer Kombinierbarkeit vgl. mitunter Flick (2007: 154-170) oder Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014: 177-187).

re in Regionen mit einem höheren Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund interkulturelle Öffnungsmaßnahmen realisiert werden (vgl. Kap. IV. 2.3), findet sich ein vergleichbarer Zusammenhang bzgl. der bisherigen einrichtungsinternen Auseinandersetzung mit Fragen einer interkulturellen Ausrichtung in den Daten der Online-Erhebung (vgl. Kap. IV. 3.1). Demnach berichten Pflegeheimvertreter aus Regionen mit einem unterdurchschnittlichen Anteil von Bürgern mit Migrationshintergrund häufiger, dass sie keine Kenntnis von interkulturellen Öffnungsdiskussionen haben oder sich ihre Einrichtungen bisher nicht mit dem Thema beschäftigt hätten. Darüber hinaus ist über die regionale Verortung älterer Migranten in Deutschland als zentrale Zielgruppe interkultureller Öffnungsdebatten bekannt, dass sie bis heute vorwiegend in westdeutschen Agglomerationsräumen wohnhaft sind.<sup>261</sup> In der Folge wurden ausschließlich Altenpflegeheime aus den alten Bundesländern an der qualitativen Fallstudienuntersuchung beteiligt.

Nach dem erneuten Anschreiben der Einrichtungen, womit neben der Abfrage oben genannter organisationaler Merkmale auch über den geplanten Ablauf der Fallstudien-Untersuchung informiert wurde, und einem Erinnerungsschreiben verblieben 25 teilnahmeinteressierte Einrichtungen.<sup>262</sup> Von diesen gaben 14 Häuser an, sich interkulturell zu öffnen. Drei der elf Dienste, die keine interkulturelle Öffnung verfolgten, befanden sich über deren Verwirklichung in der Diskussion, fühlten sich zu einer Umsetzung angeregt oder beschrieben diese aufgrund aktueller Entwicklungen als durchaus mögliche Ergänzung ihrer konzeptionellen Ausrichtung. Entsprechend dem Forschungsinteresse aus der Gruppe der Organisationen ohne interkulturelle Öffnung solche Einrichtungen in die Studie aufzunehmen, die aktuell nicht zu dieser Ausrichtung neigten, standen noch acht Einrichtungen aus dieser Gruppe zur Auswahl. In Orientierung an den ausgeführten Samplingstrategien wurden sechs Häuser für die Studie ausgewählt, wobei der Anspruch nach einer starken Vergleichbarkeit der Bevölkerungsstrukturen nicht vollständig eingehalten werden konnte. Nach einer kurzfristigen Absage einer der Organisationen bestand das Sample schließlich aus fünf Untersuchungseinrichtungen, die in Kurzprofilen im Vorfeld der Ergebnisdarstellung vorgestellt werden (vgl. Kap. IV. 4.1). Zwar besteht ein wesentlicher Nachteil dieser Vorab-Festlegung der Stichprobenstruktur darin, dass zu einem späteren Zeitpunkt des Theoretisierungsprozesses keine zusätzlichen Organisationsmerkmale in den Vergleich aufgenommen werden können (vgl. Flick 2007: 155-158). Die Annahme, dass Zusagen, die erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen würden, weitere Absagen der Studieninteressierten provozieren könnten, sprachen hingegen für eine zeitnahe Verabredung der Fallstudien (zwischen Ende August und Anfang September 2014) im Anschluss an die Online-Befragung.

---

<sup>261</sup> Befördert wurde diese konzentrierte Niederlassung einerseits durch die Anwerbung der Arbeitsmigranten durch spezifische Branchen sowie wesentliche Erfolgsaussichten auf dem Arbeitsmarkt, die vor allem in den großen Industriestädten angesiedelt und gegeben waren, als auch durch die vielfach stattfindenden Kettenmigrationen in diese Räume. Insgesamt kann von einer dreifachen Segregation älterer Migranten in Deutschland gesprochen werden, die erstens die Ansiedlung dieser Bevölkerungsgruppe auf bestimmte vor allem westliche und südliche Bundesländer, zweitens auf einzelne Großstädte und drittens auf bestimmte Stadtbezirke beschreibt (vgl. Baric-Büdel 2001: 20; Gerling 2009: 127 f.; informationsdienst alter & forschung 2009: 6; Zeman 2005: 42, 2009: 438).

<sup>262</sup> Die restlichen Häuser waren aus unterschiedlichen Gründen nicht mehr bereit, an der Fortsetzung des Forschungsprojektes mitzuwirken, oder ließen eine Antwort auf die Benachrichtigung aus.

Um die Sampleinheit ‚stationäre Altenpflegeeinrichtung‘ aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchten zu können, sahen die Fallstudien die Befragung mehrerer ‚Beobachtungseinheiten‘ vor (vgl. dazu auch Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 180). Je Organisation sollten die Einrichtungsleitung, die Pflegedienstleitung sowie zwei praktizierende Pflegekräfte interviewt werden. Verfügbaren die Einrichtungen, die eine interkulturelle Öffnung verfolgten, zudem über Beauftragte des Öffnungsprozesses oder besonders involvierte Mitarbeiter, wurden Befragungen auch dieser Einrichtungsmitglieder geplant. Während die Ansprache und Auswahl der zu befragenden Pflegekräfte durch die Einrichtungsleitungen erfolgte, wurde im Verlauf der telefonischen Terminabsprachen verabredet, dass es sich bei den Ausgewählten um solche Mitarbeiter handeln sollte, die durch eine vergleichsweise lange Organisationszugehörigkeit die Einrichtung, in der sie tätig sind, gut kennen.<sup>263</sup>

In Anlehnung an das vorangegangene Kapitel soll auch an dieser Stelle nun über (1) die Entwicklung der Interviewleitfäden, (2) die Durchführung der Befragungen sowie (3) zentrale Auswertungsschritte des Datenmaterials informiert werden.

*(1) Entwicklung der Leitfäden:* Angeleitet durch bisherige Erkenntnisse wurden zunächst zwei Leitfäden ausgearbeitet, von denen der eine für die Befragungen der Mitglieder in der ersten Einrichtung, die sich interkulturell öffnet, vorgesehen war (im Folgenden Leitfaden A) und der zweite die Interviews in der ersten Einrichtung ohne eine interkulturelle Ausrichtung rahmen sollte (Leitfaden B). Als Intervieweinstieg wurde einheitlich die berufsbiographische Vorstellung der Befragten gewählt, was einerseits als „Warming-up“ (Kruse 2014: 223) für die Interviewten gedacht war und andererseits Wissen etwa über deren Position und Mitgliedschaftsdauer in der Organisation generieren sollte. Leitfaden A war anschließend in fünf thematische Schwerpunkte gegliedert. Zu diesen zählten

- der Entscheidungsfindungsprozess zur interkulturellen Öffnung des Hauses,
- die Umsetzung und Gestaltung des Konzepts,
- dessen Fortschritt und Entwicklungsstand,
- eine allgemeine als auch organisationsspezifische Einordnung interkultureller Öffnungsdiskussionen in der deutschen stationären Altenpflege sowie
- Zukunftserwartungen der Einrichtung.

Die thematischen Blöcke des Leitfadens B umfassten

- die Erfahrung der Organisation mit Interkulturalität,
- ihren Umgang und ihre Auseinandersetzung mit altenpflegefeldspezifischen Diskursen um eine interkulturelle Öffnung,
- die Bewertung deren Relevanz sowie
- Zukunftserwartungen der Einrichtung im Hinblick auf den allgemeinen Diskurs als auch die eigene Weiterentwicklung.

Der Abschluss beider Leitfäden sah zudem eine Frage nach offengebliebenen Aspekten vor, um den Befragten die Möglichkeit zu bieten, weitere eigene Belange, auf die sie im Verlauf

---

<sup>263</sup> Aufgrund von Missverständnissen oder kurzfristigen, krankheitsbedingten Absagen konnte dieses Auswahlkriterium jedoch nicht immer realisiert werden. Zudem erweckte ein Teil der Einrichtungen den Anschein, als sei es ihnen selbst wichtiger, Mitarbeiter mit Migrationshintergrund anstelle von langjährigen Beschäftigten für die Befragung auszuwählen, wobei sich beide Eigenschaften zum Teil jedoch auch überschneiden.

der Interviews nicht zu sprechen gekommen sind, einbringen zu können (vgl. auch Helfferich 2011: 181). Für die Interviews dienten die Leitfäden ausschließlich als „Orientierungsrahmen bzw. Gedächtnisstütze“ (Witzel 1982: 90) und nicht als strukturierter Fragebogen, welche die Abfolge der Befragungsinhalte vorgaben.

Ähnlich der Entwicklung des Erhebungsinstruments für die Online-Befragung wurden die ersten beiden ausgearbeiteten Leitfäden im nächsten Kollegenkreis einem Entwicklungs-Pretest unterzogen. Während beide Leitfäden hierfür in ausführlichen Versionen erstellt wurden, folgte mit der anschließenden Modifikation der Leitfäden auch die Ausfertigung übersichtlicher, auf Stichworten basierender Kurzversionen, die in den Befragungen selbst zur Anwendung kamen. Ihre praktische Testung fand direkt im Feld statt. Im Anschluss an jeden Feldaufenthalt wurden die Leitfäden hinsichtlich ihrer inhaltlichen Passgenauigkeit sowie zu Beginn der Feldphase auch im Hinblick auf ihre Praktikabilität reflektiert und weiteren Überarbeitungen, Ergänzungen sowie Kürzungen unterzogen. Hierdurch konnten auch im Sinne eines theoretisch-inhaltlich geleiteten Samplings und der Prozessorientierung der Untersuchung neue inhaltliche Aspekte in die Leitfäden integriert werden, die sich in zwischenzeitlichen Analyseschritten als beachtungswürdig herausgestellt hatten (vgl. Witzel 1982: 71). Gleichzeitig wurde die thematische Grundstruktur jedoch soweit beibehalten, dass die Vergleichbarkeit des Interviewmaterials weiterhin gewährleistet war.

(2) *Datengewinnung*: Zwischen Oktober und Dezember 2014 fanden je zweitägige Feldaufenthalte in den Untersuchungseinrichtungen statt, wobei an jedem Tag zwischen zwei und drei Interviews geführt wurden. In Orientierung an zentralen methodischen Bestandteilen des problemzentrierten Interviews nach Witzel (1982), das sich im Kern der Erhebung „individuelle[r] und kollektive[r] Handlungsstrukturen und Verarbeitungsmuster gesellschaftlicher Realität“ (ebd.: 67) widmet, war die Gestaltung der Befragungen sowohl durch Offenheit als auch Problemzentrierung gekennzeichnet. Diese doppelte Ausrichtung der Interviewführung zeigt sich daran, dass die in den Leitfäden erarbeiteten themenspezifischen Schwerpunkte zunächst mit einer offenen Frage eingeleitet und im Verlauf des Interviews durch inhaltsbezogene strukturierte Nachfragen ergänzt wurden. Damit konnten sowohl die Sichtweisen und Relevanzsysteme der Interviewten in Erfahrung gebracht als auch der Untersuchungsgegenstand umfassend abgetastet werden, was nicht nur die Klärung relevanter Details, sondern auch möglicher Widersprüche beinhaltete (vgl. Flick 2007: 210 f.; Witzel 1982: 68 f.).

Der Ablauf eines Interviews war dadurch strukturiert, dass im Vorfeld der leitfadengestützten Erhebung eine mündliche Anonymitäts- und Datenschutzvereinbarung mit einem Probanden getroffen und offene Fragen zum Ablauf der Befragung geklärt wurden. Im Anschluss daran wurde die Tonaufnahme gestartet, mit der jedes Einzelinterview festgehalten wurde. Als weiteres Element der problemzentrierten Interviewvariante wurde im unmittelbaren Anschluss an jeden Feldaufenthalt ein Interviewprotokoll – Witzel (1982: 91 ff.) nennt es Postskriptum – für jede Befragung erstellt. Neben Notizen zum zeitlichen und räumlichen Rahmen des Interviews beinhaltet jedes Protokoll Informationen mitunter über den Befragungsteilnehmer (z. B. ihre/seine Teilnahmemotivation), die Interviewatmosphäre sowie besondere Vorkommnisse im Verlauf des Gesprächs. Zudem wurden Erinnerungen an Gespräche, die vor oder nach ei-

nem Interview mit einem Probanden oder mit anderen Einrichtungsmitgliedern geführt wurden, in den Interview- und weiteren Feldprotokollen dokumentiert.

In der gesamten Feldphase konnten insgesamt 22 Befragungen durchgeführt werden. Dabei wurden 14 Interviews in jenen drei Einrichtungen realisiert, die nach eigenem Verständnis eine interkulturelle Öffnung verfolgen und im Folgenden als die *Untersuchungsgruppe* der Studie geführt werden. Die acht übrigen Befragungen erfolgten in den beiden anderen Organisationen, die nach eigenen Aussagen keine (aktive) interkulturelle Öffnung bestreiten und als die *Vergleichsgruppe* der Erhebung gefasst werden. Zu den Befragungsteilnehmern zählen zwölf Leitungs- sowie zehn Pflege- und Betreuungskräfte. Die Leitungskräfte werden vorwiegend durch die Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen, aber auch durch sonstige leitende Angestellte aus spezifischen Arbeitsbereichen der Dienste (z. B. der Hauswirtschaft) vertreten. Von den befragten Pflege- und Betreuungskräften sind mit Ausnahme einer Befragten, die ausschließlich Betreuungstätigkeiten übernimmt, alle Interviewten in der Pflege tätig. Dieser Gruppe gehören ebenso eine Auszubildende wie Pflegehilfs- und Pflegefachkräfte, gelernte Alten- und Krankenpfleger an. Über alle Einrichtungen hinweg wurden vier Männer und 18 Frauen interviewt, von denen zwei der befragten Leitungskräfte und sechs der teilnehmenden Pflege- und Betreuungskräfte einen Migrationshintergrund besitzen. Die Räumlichkeiten, die für die Interviewdurchführungen zur Verfügung standen, variierten zwischen Büro- und Besprechungszimmern, anderen Aufenthaltsräumen der Einrichtungen und Cafeterien. Während die Leitungskräfteinterviews durchschnittlich rund 50 Minuten dauerten (Min.: 32 Minuten, Max.: 79 Minuten), waren die Befragungen mit den Betreuungs- und Pflegekräften im Durchschnitt ca. 40 Minuten lang (Min.: 17 Minuten, Max.: 61 Minuten).

(3) *Datenauswertung*: Eine erste analytische Annäherung an das gewonnene Interviewmaterial fand, wie bereits angedeutet wurde, zwischen den einzelnen Feldaufenthalten statt. In dieser rudimentären Analysephase wurden die Tonaufzeichnungen ein erstes Mal angehört. Begleitend hierzu wurden zentrale Themenbereiche der Gespräche ebenso wie überraschende oder besonders untersuchungsrelevante Äußerungen notiert und um anfängliche Überlegungen und Ideen ergänzt, die in der Folge der Weiterentwicklung der Leitfäden dienten. Grundlage der detaillierten Datenauswertung im Anschluss an die Materialerhebungen bildeten die vollständig transkribierten Tonaufnahmen der Interviews.<sup>264</sup> Die methodischen Techniken, mit deren Hilfe die Analysen angeleitet wurden, entstammen im Wesentlichen dem Forschungsprogramm bzw. „Arbeitsstil“ (Strübing 2015: 310) der Grounded Theory (Strauss/Corbin 1996). Als zentrale Basistechnik kam dabei die permanente Befragung des Materials zur Anwendung, wobei diese im Verlauf des Auswertungsprozesses von allgemeinen Fragen zum zentralen Gegenstand einer Erzählung oder dessen Relevanz für das Forschungsinteresse in inhaltlich spezifizierten Fragen wie etwa zur organisationalen Betroffenheit von gesellschaftlichen Entwicklungen oder der Konstellation beteiligter Akteure im Öffnungsprozess einer Einrich-

---

<sup>264</sup> Die Abschriften wurden dabei unter der Einhaltung erweiterter Transkriptionsregeln erstellt. Das bedeutet, dass neben der wörtlichen Transkription des Gesagten auch nonverbale Äußerungen sowie Fülllaute festgehalten wurden. Ebenso sind Pausen, Wort- und Satzabbrüche sowie Sprecherüberlappungen in den Transkripten kenntlich gemacht. Die Erläuterung der hierfür verwendeten Zeichen folgt im Vorfeld der Ergebnisdarstellung (vgl. Kap. IV. 4.2).

tung übergangen. Sowohl die Akzente der Befragten, der theoretisch-heuristische Rahmen der Studie als auch die fortlaufend gewonnenen Zwischenergebnisse regten stetig neue Frageideen an. Mit dieser fragenden Haltung konnte schließlich ein planvoller Zugang zum Material eröffnet und eine erkenntnisgenerierende Analyse immer wieder aufs Neue angestoßen werden (vgl. ebd.: 41; Strübing 2010; Witzel 1996: 52).

Beginnend mit der ersten Sichtung eines Transkripts wurde ein fallspezifisches Memo, d. h. ein schriftliches Format des „abstrakten Denkens über die Daten“ (Strauss/Corbin 1996: 170), angelegt, indem neben stichpunktartigen Notizen zu prägnanten Äußerungen eines Befragten und Auffälligkeiten im Material, offene Fragen und erste theoretische Überlegungen dokumentiert wurden. Im Laufe des Auswertungsprozesses waren diese fallspezifischen Memos einer ständigen Überarbeitung unterzogen. Gleichzeitig wurde zur ersten Lektüre jeden Interviews ein Dokument angelegt, das den inhaltlichen Aufbau eines Interviews nach thematischen Schwerpunkten wiedergibt. Die gebrauchten Schlagworte orientierten sich dabei einerseits an den Themenblöcken der Leitfäden. Andererseits wurden neue Themenbereiche benannt, welche die Interviewten ergänzend in die Gespräche eingebracht hatten. Dementsprechend war ein solches Dokument beispielsweise durch die Bereiche Berufsbiographie, Entscheidung zur interkulturellen Öffnung, Gründe einer interkulturellen Öffnung, gesellschaftliche oder pflegfeldspezifische Rahmenbedingungen strukturiert. Als Erinnerungsstützen hinsichtlich des Materials wurden die thematischen Gliederungspunkte mit kurzen, prägnanten Zitaten der Befragten ergänzt. Diese Überblicksdarstellungen der Interviews erwiesen sich umso hilfreicher, je mehr Fälle in die Auswertung integriert wurden. Nicht nur ermöglichten sie es, während der Analyse eines Interviews themenbezogene Vergleichsdaten aus dem dazugehörigen oder aus anderen Transkripten unkompliziert auszuwählen, sondern auch Ausschnitte aus einer Vielzahl von Interviews in kürzester Zeit herauszusuchen, um vom einzelnen Fall unabhängige, inhaltlich ausgerichtete Analyseschritte durchzuführen.

In dieser Auswertungsphase, die im Sinne des offenen Kodierens nach Strauss und Corbin (1996: 43-55) im Wesentlichen auf das Aufbrechen der Daten und die Offenlegung zentraler Themen abzielt (ebd.: 44; Witzel 1996: 65), wurde mit Hilfe weiterer Analysetechniken wie der Zeile-für-Zeile-Analyse ausgewählter Textausschnitte sowie der Kontrastierung von unterschiedlichen Materialstücken und verschiedenen Fällen zunehmend abstrakte Konzepte herausgearbeitet und zu übergeordneten Kategorien gruppiert. Der Einbezug des Strauss'schen Kodierparadigmas diente meist schon währenddessen dazu, die Beziehung der Kategorien untereinander aufzudecken, wodurch schrittweise die Identifizierung jener Triebkräfte erfolgte, welche die Entscheidung der Untersuchungsgruppe zu einer interkulturellen Öffnung anregten. In dieser auch als axiales Kodieren bezeichneten Analysetechnik wird jede Kategorie danach befragt, ob sie als Ursache, generelle oder spezifische Bedingung, Strategie oder Konsequenz jener Kategorie wirkt, auf die das Handeln der Akteure gerichtet ist (vgl. Kelle 1996: 37 f.; Strauss/Corbin 1996: 75-93). Zusammen mit dem Modell zur Gliederung struktureller Kontextdimensionen (vgl. Strübing 2007: 62), das Strauss und Corbin (1996: 135 ff.) „Bedingungsmatrix“ nennen, ließ sich die Ordnung der analysierten Vorbedingungen und Beweggründe interkultureller Öffnungsprozesse weiter konkretisieren. Während zu Beginn

dieser Analysen im „induktiv-deduktive[n] Wechselspiel“ (Witzel 2000: o. S.) minimale Vergleiche zwischen den Befragungsergebnissen der Untersuchungsgruppe im Mittelpunkt standen, wurden Vergleichsgruppendaten zum Schluss hin in die Auswertungen integriert.

Die nachfolgende Untersuchung der Entwicklungen und Umsetzungserfahrungen von interkulturellen Öffnungskonzepten orientierte sich schließlich stärker am Modus des selektiven Kodierens sowie einer intensiven Berücksichtigung von Prozessaspekten in den Daten (vgl. Strauss/Corbin 1996: 94-131). Anspruch war es, sowohl die einzelnen ‚Geschichten‘ der Öffnungsprozesse klarzulegen als auch den gemeinsamen Kern des organisationalen Handelns unterschiedlicher Einrichtungen aufzuspüren. Hierfür wurden insbesondere jene Kategorien, die zuvor als Strategien und Konsequenzen der interkulturellen Öffnungsentscheidung erfasst wurden, tiefergehend betrachtet und ihre Verknüpfungen herausgearbeitet. Alle Ergebnisse, die in den zuletzt beschriebenen Auswertungsschritten erzielt wurden, wurden in ausformulierten Analyseprotokollen dokumentiert und zum Teil in schematischen Überblicksdarstellungen zusammengefasst. Mit der sich zyklisch wiederholenden Überprüfung analytischer Deutungen im Material wurden alle (Zwischen-)Ergebnisse einer „Validierung am Text“ (Witzel 1996: 66) unterzogen. In unterschiedlichen Phasen des Auswertungsprozesses wurden darüber hinaus Forschungswerkstätten organisiert, in denen ausgewählte Materialstücke gemeinsam analysiert oder erste Ergebnisse präsentiert und zur Diskussion gestellt wurden („diskursive Validierung“) (ebd.: 67). Durch das theoriegeleitete Sampling der Befragten, die erkenntnisorientierte Materialauswahl während des Auswertungsprozesses, den kontinuierlichen Vergleich der Daten und ihre auf eine dichte Beschreibung ausgerichtete Analyse wurde schließlich eine solche theoretische Abstraktion ermöglicht, die es erlaubt in Bezug auf den spezifischen Untersuchungsgegenstand und -bereich verallgemeinerbare Aussagen treffen zu können.

## **2. ... aus einer feldanalytischen Betrachtung**

Die dreigeteilte Ergebnisdarstellung beginnt nun mit den Erkenntnissen, die aus der quellenbasierten Feldanalyse gewonnen werden konnten. Dabei soll zunächst das Feld der (stationären) Altenpflege in Deutschland in seinen Grundzügen vorgestellt werden, bevor eine Fokussierung auf die feldspezifischen Diskussionen um eine interkulturelle Öffnung von Organisationen der Altenpflege eingenommen wird. Die Geschichte der formalen Versorgung (pflegebedürftiger) alter Menschen außerhalb der eigenen Häuslichkeit nimmt ihren Ausgangspunkt in den Spitälern des Hochmittelalters. Ihnen folgten die neuzeitlichen Arbeits-, Zucht- und Armenhäuser, die Altenstifte zu Zeiten der Industrialisierung sowie die Alten- und Siechenheime während der Weimarer Republik. Ab den 1950er Jahren bildeten sich schließlich jene Formen einer stationären Altenhilfe mit unterschiedlichen Angeboten von Altenwohnstätten und -heimen heraus, die in das gegenwärtige Pflegeheim nach dem Verständnis der GPV mündeten. Geprägt ist diese Entwicklung im Wesentlichen durch Prozesse der Ausdifferenzierung, Professionalisierung, Zentralisierung und Vermarktlichung (vgl. Brandenburg/Bohle/Werner 2014; Hämel 2012; Hülsken-Giesler 2015; Schneiders 2010):

- Waren die mittelalterlichen Spitäler sowie die Armen- und Arbeitshuser noch für die Versorgung bzw. ‚Verwahrung‘ einer stark heterogenen Gruppe von Armen, Siechen und Alten vorgesehen, differenzierte sich nach und nach ein auf die Betreuung und Pflege hilfebedürftiger Senioren spezialisiertes Angebot aus. Während dadurch zunächst alte Menschen zu einer eigenestandigen Zielgruppe von Versorgungseinrichtungen wurden, findet bis heute eine voranschreitende Untergliederung der Dienstleistungsangebote in Ausrichtung an immer spezifischere Teilgruppen statt (Demenzstationen, Palliativversorgung etc.).
- Die Aufgabe der pflegerischen Betreuung und Versorgung lag dabei über lange Zeit ausschließlich im Verantwortungsbereich von Ordensleuten sowie ungelernten Helfern. Mit der Ausdifferenzierung einer stationären Altenhilfe ging jedoch zugleich eine Verberuflichung der Pflegenden einher. Nach der Eröffnung der ersten Altenpflegeschule (1960) erkannte mit Nordrhein-Westfalen im Jahr 1969 erstmals ein Bundesland die Altenpflege als Beruf an, bis mit dem Gesetz über die Berufe in der Altenpflege 2003 die bundesweite Vereinheitlichung der Altenpflegeausbildung folgte. Gegenwärtige Diskussionen um die Einrichtung von Pflegekammern deuten auf weitere Bemühungen hin, die berufliche Autonomie voranzutreiben. Daneben findet die Professionalisierung der Pflege auch in der Verwissenschaftlichung und Akademisierung des Berufs ihren Ausdruck, wofür Disziplinen wie die Pflegewissenschaft oder -pädagogik stehen, die verstärkt in den letzten Jahrzehnten an deutschen Hochschulen Fuß fassen konnten.
- Mit der Zentralisierung der Altenpflege ist darüber hinaus ein Prozess angesprochen, der die zunehmende Verschiebung der Angebotsorganisation und -regulierung von einzelnen Klöstern, Städten und Kommunen auf zentralstaatliche Instanzen beschreibt. Die Fursorgegesetze in der Weimarer Republik, das Heimgesetz von 1974 ebenso wie die Gesetzliche Pflegeversicherung von 1995 können als exemplarische Rechtsakte gelten, welche in je eigenem Maß die Stärkung der Entscheidungs- und Steuerungsbefugnisse des Zentralstaates im Hilfesystem widerspiegeln.
- Daneben hat die Einführung der GPV, wie sie in ihren Grundzügen bereits beschrieben wurde (vgl. Kap. I. 2.), eine marktorientierte Umgestaltung des Pflegesektors angestoßen, die sich ebenso in Privatisierungs- und Wettbewerbsmechanismen, dem Wirtschaftlichkeitsgebot der Leistungsgestaltung (§ 29 SGB XI) sowie der Steigerung der Nutzer- bzw. Kundensouveranitat ausdrückt. Inbegriffen sind damit zugleich die Abkehr von der exklusiven Zusammenarbeit zwischen Staat und Freier Wohlfahrtspflege, die Aufgabe des Kostenerstattungsprinzips wie auch Anreize zu einer stärkeren eigenverantwortlichen Absicherung des Pflegerisikos mittels privater Zusatzversicherungen.

Gleichwohl können auch gegenläufige Prozesse und Grenzen dieser allgemeinen Entwicklungstendenzen verzeichnet werden, wenn sich Pflegeeinrichtungen wiederum gegenüber heterogenen Klientengruppen (z. B. verschiedenen Altersgruppen) ‚de-differenzierend‘ öffnen; durch die zunehmende Beschäftigung fachfremder oder geringqualifizierter Mitarbeiter (z. B. Alltagsbegleiter) sich Entwicklungen einer Deprofessionalisierung andeuten; das bundesweite Heimgesetz schrittweise durch einzelne Landespflegegesetze abgelöst wird und damit zentral-

staatliche Steuerungsverantwortung zum Teil auf eine untere Ebene verlagert wird; oder vermehrtes ehrenamtliches Engagement als Gegenläufer der Vermarktlichung angesehen wird (vgl. für letztes Merkmal Böhmer 2015).

Die beschriebenen Prozesse als auch ihre Gegenbewegungen können als Akte jenes Spiels verstanden werden, welches das Feld der stationären Altenpflege konstituiert und Grundlage seiner Entfaltung, Weiterentwicklung und Abgrenzung von anderen Feldern bildet (vgl. Kap. II. 2.). Um ein Bild dessen zu erlangen, was dieses Feld charakterisiert, worum die individuellen und kollektiven Akteure spielen und kämpfen, gilt es zunächst das spezifische Interesse bzw. die Logik dieses stationären Altenpflegefeldes zu identifizieren.<sup>265</sup> Im Kern zielt das Feld auf die Unterstützung all jener, die durch das Alter(n) fremder Hilfe bedürfen, wobei dies, präzisiert für den stationären Charakter dieses Unterfeldes, eine Hilfestellung im Rahmen einer humanen Wohn- und Betreuungsstätte bedeutet (vgl. Schroeter 2002). Die heutige stationäre Pflegeeinrichtung hat sich dabei schrittweise von einem Heim entfernt, das bis in die 1960er Jahre hinein einer Verwahranstalt, geprägt durch Funktionalität und Größe, gleich und daran anschließend dem Bild des Krankenhauses entsprechend, an der vorrangigen Behandlung von ‚Patienten‘ auf einer ihr zugewiesenen Station ausgerichtet war. Das Altenheim der Gegenwart folgt zunehmend dem Leitbild kleinerer Wohneinheiten, in denen neben Versorgung und Pflege, der Betreuung und dem gemeinschaftlichen Leben und Wohnen ein hoher Stellenwert zugesprochen wird. Dabei teilen die Feldakteure den Glauben an das Postulat einer bewohnerorientierten Pflege und Betreuung, welche die Selbständigkeit und Autonomie der Hilfebedürftigen zu erhalten versucht, an ihren Potenzialen ausgerichtet ist, in wertschätzender Haltung eine den individuellen und lebensweltlichen Bedürfnissen entsprechende Lebensqualität fördern und ein würdevolles Sterben ermöglichen will (vgl. BMFSFJ 2006; Brandenburg/Bode/Werner 2014; Schroeter 2008).

Die detaillierte Ausgestaltung dieser gewachsenen „Humanitätserwartungen“ (Brandenburg/Bode/Werner 2014: 136) ist mitunter Gegenstand der Kämpfe, die auf dem Feld der stationären Altenpflege ausgetragen werden. Demnach kann etwa der Wandel einer an körperlichen Defiziten orientierten Funktionspflege hin zu einer individuumszentrierten Bezugspflege als Resultat eines solchen Wettstreits um Deutungshoheiten im Feld begriffen werden.<sup>266</sup> Dabei wird das Spiel auf dem Feld stationärer Altenpflege auch durch institutionelle Erwartungen und Zwänge geprägt, die über das Feld der Macht vermittelt werden (vgl. Kap II. 2.). Hier ist neben der dominanten Stellung medizinischer und rechtlicher Standards (vgl. Twenhöfel 2007), auch an die Rationalitäts- und Wirtschaftlichkeitsimperative in der pflegerischen Dienstleistungserbringung gedacht (vgl. Auth 2012; Bode 2014; Pfau-Effinger/Eichler/Och 2008). Damit sind die pflegenbietenden Akteure in ihren Positionierungskämpfen „nicht nur dem pflegerisch-betreuerischem Sachziel verpflichtet, sondern immer auch von dem Formal-

---

<sup>265</sup> Viele dieser Merkmale sind dabei nicht nur für das Unterfeld der stationären Altenpflege, sondern auch für das Altenpflegefeld insgesamt bezeichnend.

<sup>266</sup> Neben solchen Kämpfen um Veränderungen und Anpassungen sehen sich Felder jedoch auch immer wieder einer Bedrohung ihrer Autonomie ausgesetzt, so etwa das Feld der stationären Altenpflege gegenüber Initiativen, die sich für eine Deinstitutionalisierung von Pflegedienstleistungen einsetzen, wie eine Gruppe von (Pflege-)Wissenschaftlern, die Anfang der 2000er Jahre eine Bundestags-Enquete zur Abschaffung von Pflegeheimen forderte (vgl. Amrhein 2002: 215; Schroeter 2002: 146 f.).

ziel einer zweckoptimierten, organisatorisch und ökonomisch vertretbaren Betriebsführung geleitet“ (Schroeter 2008: 62 f.), die für die Akteure nicht selten dilemmatisch sind (vgl. z. B. Roth 2007; Senghaas-Knobloch 2008). Daneben tun sich pflegerische Berufe bis heute schwer, sich von der medizinischen Profession auf der einen und der Laienpflege auf der anderen Seite abzugrenzen. D. h. sie besitzen kein Monopol auf die Fachlichkeit und Erbringung von Pflegeleistungen, auch weil es ihnen zum Teil an den „wissenschaftlichen Waffen“ (Bourdieu 1998a: 88) fehlt (vgl. Remmers 2010), die es für die Erlangung von Autonomie nach Bourdieu bedarf. In der Folge gilt das Pflegefeld und mit ihm das Feld stationärer Altenpflege als ein schwach autonomes bzw. „eher heteronomes“ (Roth 2007: 84) Feld.

Das Netz der Mitspieler erweist sich in der stationären Altenpflege, ähnlich wie in vielen anderen Feldern, als stark heterogen. Die spezifischen Positionen, welche die einzelnen Akteure im Netz der Beziehungen einnehmen, lassen sich mittels ihrer unterschiedlichen quantitativen und strukturellen Ausstattung an Kapitalien ableiten. Dabei kommt auch im Feld der Altenpflege den grundlegenden – ökonomischen, kulturellen und sozialen – Kapitalformen sowie ihrer Wirkung als symbolisches Kapital der Anerkennung vorrangige Bedeutung zu. Dem Fokus dieser Forschungsarbeit entsprechend sind als erste relevante Akteursgruppe die rund 13.000 stationären Pflegeeinrichtungen mit ihren Leitungen bzw. Eigentümern, Bewohnern, Mitarbeitern und unterstützenden Ehrenamtlichen zu nennen, die sich etwa in ihrer Trägerschaft (grundsätzliche Differenzierung nach freigemeinnützig, privat-gewerblich und öffentlich), ihrem Leistungsangebot (z. B. Dauer-, Kurz-, Tages- und/oder Nachtpflege) oder der Anzahl der zur Verfügung gestellten Pflegeplätze (durchschnittlich wurden 2013 63 Pflegebedürftige versorgt) unterscheiden (vgl. Statistisches Bundesamt 2015a). Je nach Zugehörigkeit zu einem großen Konzern bzw. Wohlfahrtsverband oder der Eigenschaft als kleine familiengeführte oder vereinsgetragene Einrichtung verfügen die Häuser über verschieden starke, trägerinterne soziale Netzwerke. Hinsichtlich des Sozialkapitals, das sich darüber hinaus aus trägerexternen Beziehungen speist, differieren die Einrichtungen zudem nach Verbandsmitgliedschaften, Vernetzungen im Gemeinwesen (z. B. mit Vereinen oder Lokalpolitikern), über die Einbindung in Arbeitsgruppen oder die Kooperation mit Beiräten, ehrenamtlichen Unterstützerguppen u. ä. Daneben fördert der gestiegene Konkurrenzdruck auf dem ‚Wachstumsmarkt Altenpflege‘ Abgrenzungen der Einrichtungen auch im Hinblick auf ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit. So wies 2012 bspw. jedes zehnte Pflegeheim finanzielle Verluste auf (vgl. Brandenburg/Bode/Werner 2014: 141). Während sich die kulturellen Kapitalien der Pflegeeinrichtungen insbesondere über die Kompetenzen ihrer Mitarbeiter ausdrücken, sind sie es zugleich – vermittelt etwa über die vorhandene Fachkraftquote –, die einen wesentlichen Beitrag zur Reputation der Einrichtungen leisten. In Zeiten, in denen der Leistungs*qualität* der Pflegeanbieter auch öffentlich höchste Bedeutung beigemessen wird, tragen ‚Professionalität‘, aber auch Qualitätsnoten und -zertifikate nicht unerheblich zum ‚guten Ruf‘ und damit auch der Positionierung der Häuser auf dem Feld der stationären Altenpflege bei. Im Wettstreit um Ansehen sowie um Klienten bzw. Kunden werben die Einrichtungen dementsprechend häufig mit ihrer Personalausstattung, den Qualifikationen ihrer Mitarbeiter sowie Prüfnoten und diversen Qualitätszertifizierungen für sich.

Die Position der Bewohner als die vermeintlichen ‚Schlüsselspieler‘ im Feld muss insgesamt als vergleichsweise schwach bezeichnet werden. Mit dem nachlassenden physischen oder auch Vulnerabilitätskapital, das als zusätzliche relevante Kapitalform auf dem Feld der stationären Pflege angesehen wird (vgl. Roth 2007; Schroeter 2002), verlieren die Pflegebedürftigen schrittweise an Selbstbestimmungs- und Kontrollmöglichkeiten und geraten zunehmend in die Abhängigkeit Dritter. Je nach Ausstattung mit individuellem ökonomischem, kulturellem und sozialem Kapital ist darüber hinaus von einer ausgeprägten sozialen Ungleichheit zwischen den Pflegebedürftigen in einem hoch komplexen Versorgungssystem auszugehen. Dies betrifft gleichsam die Pflegerisiken wie die Unterstützungspotenziale, Versorgungsalternativen und -kompetenzen der Personen (vgl. z. B. Bauer/Büscher 2007; Blinkert 2005; Isfort 2013). Erschwert wird die Lage der Pflegebedürftigen durch ihre eingeschränkte Kundenaufonomie sowie ihre insgesamt verhaltene Interessenvertretung, was zugleich die Position potenzieller Dienstleistungsnutzer und ihrer Angehörigen beschreibt, die weitere Akteursgruppen im Feld bilden. Dies ist ebenso auf die geringen Beteiligungsmöglichkeiten der ‚Verbraucher‘ etwa in der Gestaltung des Dienstleistungsangebots und ihrer regional bedingten, zum Teil stark begrenzten Wahlmöglichkeiten zurückzuführen als auch der marginalen Stellung zentraler Repräsentanten wie der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren (BAGSO) sowie der verschiedenen Senioren- und Heimbeiräte geschuldet, an denen die Mehrheit der Bewohner zudem nicht partizipiert (vgl. Breuer 2013: 116; Nordmann 2014; Roth 2011: 20 f.).<sup>267</sup> Daraus leitet Breuer (ebd.) eine Vergleichbarkeit der Pflegebedürftigen mit den von Bourdieu im Feld der Politik beschriebenen Wahlberechtigten ab. Auch sie seien Mandanten, deren ‚Wort‘ vor allem durch diverse andere Akteure, wie Pflegekräfte oder Wohlfahrtsverbände, vertreten wird.

In ähnlicher Weise marginal lässt sich der Stand eines Großteils der Beschäftigten auf diesem Feld beschreiben, wie ihn Kümmerling (2009: 151) zusammenfasst: Die Arbeitsbedingungen seien durch die „schlechtmöglichste Konstellation von minimalen Entscheidungsspielraum und hohem Bedarf an Mehrarbeit“ geprägt, tarifliche Bindungen nur eingeschränkt vorhanden und der Organisationsgrad von Altenpflegebeschäftigten „als einer der niedrigsten überhaupt“ zu bewerten.<sup>268</sup> Ein geringes berufliches Selbstwertgefühl gepaart mit der habituellen Orientierung an einer „einfühlsamen, lebensweltlichen oder ganzheitlichen Pflege“ (Roth 2007: 85) stehen einem Aufbegehren der Pflegekräfte gegen die bestehenden Arbeitsverhältnisse dabei entgegen, insofern etwa eine Arbeitsniederlegung zumindest zeitweise eine Unterversorgung der Pflegebedürftigen nach sich ziehen würde (vgl. Kümmerling 2009: 152). Die mehrheitlich weiblichen, teilzeitbeschäftigten Mitarbeiterinnen befinden sich durch ihre zusätzlich geringen finanziellen Ressourcen infolge niedriger Löhne, den je nach Qualifikationsstufe zum Teil schwachen kulturellen Kapitalien (z. B. als angelegerte Pflegehelferin) und einer verbreit-

---

<sup>267</sup> Auch Sozialverbände wie der Sozialverband Deutschland (SoVD) oder der Sozialverband VdK, die etwa im Vergleich von Parteien und Gewerkschaften zunehmende Mitgliederzahlen aufweisen, bleiben als Interessenvertreter ihrer älteren Mitglieder ohne nennenswerten Einfluss (vgl. Kehl 2016b: 207, 214).

<sup>268</sup> So beschreibt Kehl (2016b: 214) die heterogene Landschaft der pflegespezifischen Berufsvereinigungen, die seit Ende der 1990er Jahre unter dem Dachverband Deutscher Pflegerat assoziiert sind, als eine „Vielzahl größtenteils mitgliederschwacher Verbände“.

teten öffentlichen Geringschätzung ihrer Berufsgruppe (gerade im Vergleich zur Profession der Krankenpflege) in einer prekären sozialen Position (vgl. Roth 2007: 85; Schäfer/Clees 2011). Daneben hat sich jedoch auch eine kleine Gruppe studierter Arbeitnehmer im Feld etabliert, die sich durch einen leicht höheren Anteil an Männern sowie einer deutlich größeren Anzahl an Vollzeitbeschäftigten von der Mehrheit der Mitarbeiter – auch hinsichtlich ihrer Kapitalausstattung – differenziert. Ihre Aufgabenbereiche liegen häufiger in Verwaltung und Leitung als in einer pflegerischen und betreuenden Tätigkeit. Das Wachstum der Gruppe akademischer Mitarbeiter lässt Breuer (2013: 117) vermuten, dass sich die habituellen Charakteristika der Mitarbeiterschaft in der stationären Altenpflege über die Zeit hinweg verändern werden.

Als dominante Netzwerke im Feld der stationären Altenpflege gelten bis heute die freigemeinnützigen Wohlfahrtsverbände, trotzdem sie über die Zeit bereits verschiedene Rechte einbüßten. So nehmen sie mit mehr als der Hälfte aller Pflegeplätze sowie -heime, die sich in ihrer Trägerschaft befinden, über 300.000 Beschäftigten in der stationären Pflege und mehr als 400 Altenpflegeschulen eine herausragende Stellung als Dienstleistungsträger, Arbeitgeber sowie Aus-, Fort- und Weiterbilder ein (vgl. BAGFW 2012). Neben ihrer Rolle als Dienstleistungsproduzenten treten sie zudem als Anwälte von Pflegebedürftigen und Beschäftigten, Interessenvertreter ihrer Mitglieder sowie als konzeptionelle Ideengeber für wohlfahrtsstaatliche Weiterentwicklungen auf. Öffentlich genießen sie dabei ein hohes Renommee, während ihre fachliche Expertise sowohl medial als auch politisch nachgefragt ist (vgl. Brandenburg/Bode/Werner 2014: 130; Roth 2007: 86; Schneiders 2015: 162). Die sechs Spitzenverbände, zu denen die Arbeiterwohlfahrt (AWO), der Deutsche Caritasverband (DCV), der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband (DPWV), das Deutsche Rote Kreuz (DRK), das Diakonische Werk (DW) sowie die Zentralwohlfahrtsstelle der deutschen Juden (ZWStdJ) zählen, repräsentieren zusammen die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Ihre „Sorge für alle Menschen, die Hilfe benötigen“ (BAGFW 2012: 46) gilt ihnen als einendes Motiv in ihrer (Lobby-)Arbeit. Daneben sind die Verbände in ihrer programmatischen Ausrichtung an je eigenen Leitideen orientiert, die z. B. als christlich-konfessionell (DCV, DW), weltanschaulich neutral (z. B. DRK) oder politisch (AWO) beschrieben werden können (vgl. Kehl 2016b: 207; Schneiders 2010: 194). Allesamt gehören sie „zu einem dritten Typus von Organisationen, die weder öffentliche Ämter noch gewerbliche Unternehmungen darstellen“ (Gabriel 2015: 209). Auch wenn sie durch ihre intermediäre Position keinem „reinen Nutzenkalkül kommerziellen Handelns“ (ebd.) folgen, wie Gabriel schreibt, sind auch ihre Einrichtungen als staatlich mitfinanzierte Organisationen mittlerweile einem effizienten, d. h. zumindest auf Verlustminimierung ausgerichteten Ressourceneinsatz verpflichtet (vgl. Schimank/Volkman 2008: 387). Mit diesem Trend gehen bisweilen auch in freigemeinnützigen Pflegeheimen, die immer häufiger in eigenständige GmbHs überführt werden (vgl. Schneiders 2010: 193), Gewinnerwartungen einher (vgl. Hielscher et al. 2013: 67 f.).<sup>269</sup> Indem

<sup>269</sup> Dass aus dem Rechtsstatus einer sozialen Dienstleistungsorganisation längst nicht (mehr) ihre Handlungsorientierung abgeleitet werden kann, etwa ‚freigemeinnützig‘ gleich ‚gemeinwohlorientiert‘ entspricht, darauf weisen auf der anderen Seite auch privat-gewerbliche Dienstleister hin, die nicht vorrangig renditeorientiert sind.

die Spitzenverbände selbst aber noch „stärker dem verbandlichen Profil und anwaltschaftlicher Interessenvertretung verpflichtet [sind]“ (Breuer 2013: 117), muss folglich von zunehmend heterogenen, habituellen Handlungsmustern innerhalb eines Verbandes ausgegangen werden. Ergänzt durch ihre oben beschriebenen multifunktionalen Rollen müssen die Wohlfahrtsverbände insgesamt als stark komplexe Akteure begriffen werden.

Eine nachrangige Stellung kommt hingegen Interessenvertretern wie beispielsweise dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) oder dem Deutschen Städte- und Gemeindebund (DSTGB) auch aufgrund der geringeren Marktanteile privater und öffentlicher Einrichtungen auf dem stationären Altenpflegefeld zu. Da die Bedeutung privater Anbieter insbesondere in der ambulanten Altenpflege jedoch zunehmend wächst, wird auch den privaten Verbänden ein wachsendes Gewicht auf dem allgemeinen (Alten-)Pflegefeld bescheinigt. Dabei grenzen sie sich mit ihrer vorrangig betriebswirtschaftlichen Ausrichtung inhaltlich deutlich von wohlfahrtsverbandlichen Ansätzen ab (vgl. Kehl 2016b: 214). Als relevanter eher übergeordneter Akteur ist darüber hinaus der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge zu berücksichtigen. Vorrangig über öffentliche Mittel finanziert und aus kommunalen Mitgliedern, Wohlfahrtsverbänden und Wissenschaftlern zusammengesetzt wirkt er als „politische Koordinierungsstelle“ (Schmid/Mansour 2007: 245) bzw. „Know-how-Organisation“ (Kehl 2016b: 212) an vielfältigen sozialpolitischen Feldern mit. Konzentriert auf Fragen in Altenhilfe und -pflege nimmt zudem das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) auf dem stationären Altenpflegefeld teil. Dabei wird dem KDA mit seiner „hybride[n] Struktur zwischen Zivilgesellschaft, Wissenschaft und Politik“ (Kehl/Then 2012: 155) eine hohe fachliche Expertise wie auch eine normative Einflusskraft bescheinigt, wie sie sich etwa in der Weiterentwicklung der Altenheimstrukturen widerspiegelt.<sup>270</sup> Ergänzt werden diese Feldakteure durch spezifische Vereine und Interessenverbände, Vertreter unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen sowie der Aus-, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen für Mitarbeiter in der Altenpflege als auch durch Sachverständige aus der Praxis, die sich je nach Diskurs und ‚Streitobjekt‘ mehr oder weniger auf dem Feld einbringen.

Daneben spielen mit großem Einfluss politisch-rechtliche bzw. -administrative Akteure auf dem stationären Altenpflegefeld mit. D. h. dass anders als in der allgemeinen Theorie strategischer Handlungsfelder nicht nur von externen staatlichen Handlungsfeldern ausgegangen wird, sondern spezifische staatliche Akteure als Mitglieder des Untersuchungsfeldes gelten, indem sie mit den bereits genannten Feldangehörigen nicht nur das zentrale Interessensobjekt teilen, sondern zugleich mit ihnen um Ausgestaltungsvarianten des Feldes kämpfen. Zu diesen Akteuren zählen zunächst die Gesetzgebungsinstanzen von Bund und Ländern, wobei über die bundesgesetzlich geregelte Pflegeversicherung die zentralen Gestaltungsspielräume

---

„Auch hier finden sich – insbesondere bei den kleinen und mittelständischen Unternehmen – viele Organisationen, deren Wirtschaftsbetrieb auf Kostendeckung ausgerichtet ist“ (Heinze/Schneiders/Grohs 2011: 97). Neben den Zielen, welche die Wohlfahrtsverbände mit solchen Ausgründungen verfolgen, wie bspw. die Verlagerung von Haftungspflichten auf eine untere Einheit, gehen auch nicht-intendierte Effekte einher. Mit der gewonnenen Verantwortung fordern die Einrichtungen etwa vermehrt ein, finanzielle und organisatorische Entscheidungen eigenständig zu fällen, was für die Verbände Machtverluste bedeutet (vgl. Strünc 2000: 81).

<sup>270</sup> Zur Wirkungsgeschichte des KDA vgl. Gohde (2012).

von Leistungsangebot, -umsetzung und -kontrolle stationärer Pflege bestimmt sind.<sup>271</sup> Entsprechend ihrer Verantwortung, eine angemessene Versorgungsinfrastruktur zu gewährleisten, regeln die Bundesländer daneben die grundlegende Planung und Förderung der Pflegeeinrichtungen in ihrem Landesrecht. Die Umsetzungsaufgabe übertragen sie dabei häufig auf die Kommunen, die damit gleichzeitig die Rollen als Planer, Prüfer (z. T. Heimaufsicht) und Kostenträger (Hilfe zur Pflege) sowie in geringem Umfang als Dienstleistungsträger übernehmen. Gleichzeitig wirken die Kommunen bei der Festsetzung der Angebotspreise mit, indem sie diese mit den pflege anbietenden Dienstleistern sowie den Pflegekassen verhandeln. Letztgenannte als weitere Kostenträger im Feld sind beauftragt die Versorgung ihrer Versicherten sicherzustellen. Hierfür schließen die Pflegekassen Versorgungsverträge mit Einrichtungen ab und fungieren als beratende Instanz für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen.<sup>272</sup> Als letzte wichtige politisch-administrative Akteure sind Kontrollorgane wie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die Heimaufsichten zu nennen, deren Arbeit dem Ziel dient, die Qualitätssicherung von Pflege- und Betreuungsleistungen zu gewährleisten. Der MDK ist zudem für die Begutachtungsverfahren der Pflegebedürftigen zuständig (vgl. auch Kap. I. 2. sowie Brandenburg/Bode/Werner 2014; Klie 2013).<sup>273</sup>

Je nach den spezifischen Sachverhalten, um die gerungen wird, können sich nicht nur die Machtpositionen der Mitspieler verschieben, sondern auch die beteiligten Akteure divergieren. So werden bei unterschiedlichen Themen beispielsweise verschiedene Politikfelder berührt oder bringen sich verschiedene wissenschaftliche Sachverständige und Praktiker in einen Diskurs ein (aus politikwissenschaftlicher Perspektive für die Pflegepolitik vgl. Bönker 2008). Ein solcher spezifischer Sachverhalt stellt die Auseinandersetzung um eine kultursensible Altenpflege bzw. interkulturelle Öffnung stationärer Altenpflegeeinrichtungen dar, die im Folgenden näher betrachtet werden soll.

## 2.1 Entstehungsgeschichte

Der erste Anstoß für Auseinandersetzungen um eine interkulturelle Öffnung von Pflegeheimen ist in der Umwelt des stationären Altenpflegefeldes zu verorten. Verstärkt seit Anfang der 1980er Jahre plädierten – von der gesellschaftlichen und politischen Mehrheit kaum vernommen – engagierte Praktiker aus der Migrationssozialarbeit für eine gleichberechtigte Partizipation von Migranten an Sozialen Diensten und die Abkehr von „schlecht ausgestatteten Sonderdiensten“ (Gaitanides 2004a: 4). Wichtige politische und wissenschaftliche Wegbeglei-

<sup>271</sup> Während die Pflegesicherung zum Aufgabengebiet des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zählt, obliegt dem Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) die Zuständigkeit für den Altenpflegeberuf.

<sup>272</sup> Zu den detaillierten Kompetenzaufgaben der Pflegekassen, der Positionierung der Krankenkassen auf dem Pflegefeld sowie der organisatorischen Verbindung beider Kassenformen vgl. Strüncik (2000: 76-80).

<sup>273</sup> Den bisherigen Ausführungen zufolge können stationäre Altenpflegeeinrichtungen – ganz im Sinne von Baier und Schmitz (2012) (vgl. Kap. II. 2.) – als organisationale Akteure gefasst werden; auch weil sie seit der Marktöffnung des Pflegefeldes durch die Einführung der GPV in einem zunehmenden Konkurrenzverhältnis und Wettbewerb untereinander stehen, verstärkt auch freigemeinnützige Einrichtungen von den Verbänden gelöst als eigenständige Träger auftreten, die Häuser in den Pflegesatzverhandlungen den Umfang eines wesentlichen Teils ihrer Ressourcen eigenmächtig aushandeln und sie etwa infolge ihrer Benotung als Ergebnis der Qualitätsbegutachtungsverfahren in der Öffentlichkeit als selbstbestimmte Akteure wahrgenommen werden.

ter dieser Diskussion um eine Öffnung von Regeldiensten gegenüber Nutzern mit Migrationshintergrund waren der erste ‚Ausländerbeauftragte der Bundesregierung‘ (Beauftragter zur Förderung der Integration der ausländischen Arbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen) Kühn (1979)<sup>274</sup> sowie die Sozialforscher Tiedt (1985)<sup>275</sup> bzw. Nestmann und Tiedt (1988)<sup>276</sup> durch ihre Gutachten zur Sozialberatung für Ausländer in Deutschland. Zentraler Akteur, der die Auseinandersetzung um eine interkulturelle Öffnung auch in Altenhilfe und -pflege weiter vorantrieb, blieb jedoch bis weit in die 1990er Jahre hinein die professionelle Migrationssozialarbeit.<sup>277</sup> Eine wichtige Rolle als Förderer nahm dabei die Robert-Bosch-Stiftung ein, mit deren Mitteln nicht nur viele Praxisprojekte, sondern auch die Konzeptentwicklung unterstützt wurde (Gaitanides 2004a: 4). Aus einem Kooperationsprojekt mit der kirchlichen Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart entstand so auch der Sammelband „Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste“ (Barwig/Hinz-Rommel 1995) mit den prominenten „Empfehlungen“ des Referenten für Ausländerarbeit der Diakonie Württemberg Hinz-Rommel (1995b).

Die Praxis von Altenhilfe und -pflege zeigten sich zunächst wenig interessiert an Ideen einer interkulturellen Anpassung ihrer Angebote. Exemplarisch sei hierfür auf eine Totalerhebung Dortmunder Altenhilfeeinrichtungen hingewiesen, in der Anfang der 1990er Jahre Fachkräfte befragt wurden, „ob sie sich eine Versorgung älterer Einwanderer durch ihre Institution vorstellen könnten“ (Hielen 1998b: 46). Dabei kristallisierten sich drei zentrale Antwortmuster heraus: 1. Aufgrund einer biographieorientierten und individuumsbasierten Betreuung einerseits sowie gleichen Krankheits- bzw. Alterssymptomaten von Senioren unterschiedlicher Nationalitäten andererseits wäre die Pflege älterer Migranten in den eigenen Einrichtungen zweifellos möglich. 2. Die Integration der seit mehreren Jahrzehnten in Deutschland lebenden älteren Einwanderer sowie deren Deutschkenntnisse lassen eine Versorgung in deutschen Altenhilfeeinrichtungen zu. 3. Dem entgegen betonte eine dritte Gruppe die fehlende Integrationsfähigkeit sowie mangelnde deutsche Sprachkenntnisse der Senioren mit (türkischem) Mig-

---

<sup>274</sup> In seinem Memorandum *Stand und Weiterentwicklung der Integration der ausländischen Arbeitnehmer und ihrer Familien in der Bundesrepublik Deutschland* bekundet Kühn entgegen der zu dieser Zeit politisch wie gesellschaftlich verbreiteten Vorstellungen, dass die Mehrheit der zugewanderten Personen auf Dauer in der Bundesrepublik leben werde. Auch deshalb sei es geboten, die bisher als „Provisorium“ (Kühn 1979: 12) ausgestaltete Integration zu überwinden. Neben Empfehlungen zu einer integrativen Weiterentwicklung von Staatsangehörigkeits- und kommunalem Wahlrecht sowie einem Ausbau von Beratungsangeboten sprach sich der Beauftragte der Bundesregierung diesbezüglich auch für eine Neuausrichtung sozialer Dienste aus. Er vertrat die Ansicht, dass sich auf integrative Hilfen „in keinem Falle die traditionellen deutschen Maßstäbe ohne weiteres übertragen“ (ebd.: 49) ließen.

<sup>275</sup> So fordert Tiedt (1985: 139) in seiner Studie zur *Sozialberatung für Ausländer* im Auftrag des nordrhein-westfälischen Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales bspw. die „Umstrukturierung und Qualifizierung vorhandener Fachdienste zur besseren adäquaten Versorgung ausländischen Klientels“ als auch den „Aufbau neuer Fachdienste, die sich aufgrund einer quantitativen und qualitativen nationalspezifischen Bedarfslage ausschließlich ausländischen Klientels zuwenden“ sollten mit der Einschränkung, dass Letzteres „sicher nur für Ballungszentren“ gelte.

<sup>276</sup> Nestmann und Tiedt (1988: 135) empfehlen in ihrem Endbericht zur *Repräsentativuntersuchung Sozialberatung für Ausländer* nicht nur eine breite Wissenserweiterung zu Lebens- und Problemlagen der ausländischen Bevölkerung „für die programmatische Neuorientierung ihrer Versorgung“, die Integration der nachkommenden Migrantengenerationen in die Angebote der Regelversorgung sowie die Schaffung bspw. von Stabstellen „zur Durchsetzung von ausländischen Klienteninteressen innerhalb und außerhalb der institutionalisierten Versorgung“, sondern auch die Weiterentwicklung der Dienste im Hinblick auf „multikulturelle Problemlagen und -lösungen“.

<sup>277</sup> Sowie lange in diesem Bereich tätige Wissenschaftler z. B. Gaitanides (1993).

rationshintergrund. Die Verantwortung für Hilfe und Pflege im Alter müsse die Migrantenbevölkerung daher selbst tragen. Nach Hielen (ebd.) ist „[d]as Resultat dieser Antworten [...] in allen Fällen identisch: In der Altenhilfe muß nichts verändert werden!“<sup>278</sup> Befürworter interkultureller Öffnungsprozesse begründeten diese ablehnende Haltung auf der einen Seite mit einem Wissensdefizit der Fachkräfte über besondere Bedarfslagen älterer Immigranten (vgl. Kap. I. 3.2), die selbst auf gut integrierte ausländische Senioren zutreffen könnten (vgl. Hielen 1998b: 46), womit den Pflegekräften als relevant definiertes kulturelles Kapital abgesprochen wurde. Auf der anderen Seite wurde Praktikern in unterschiedlichen sozialen Dienstleistungsfeldern verschiedenartige Ängste z. B. vor Mehrarbeit oder der Infragestellung vorhandener Kompetenzen und Handlungsroutinen zugeschrieben (vgl. Gaitanides 1996: 45).

Auch politisch hielt sich die Unterstützung sozialer Öffnungsprozesse in Altenhilfe und -pflege aus mehreren Gründen zunächst zurück. Zu einer Zeit, in der die deutsche Wiedervereinigung und deren Folgen im Vordergrund standen, und in einem gesellschaftspolitischen Klima, in dem die Existenz einer Einwanderungsgesellschaft mehrheitlich nicht anerkannt und einer potenziellen weiteren Zuwanderung mit großer Ablehnung begegnet wurde, galt die gesamtpolitische Aufmerksamkeit in erster Linie der einheimischen Bevölkerung (vgl. Filsinger 2002: 7 ff.). Die sogenannte Ausländerpolitik dieser Zeit war wie in den Jahrzehnten zuvor vorrangig auf restriktive Maßnahmen konzentriert, wie das am 1. Januar 1991 in Kraft tretende neue ‚Ausländergesetz‘ (Gesetz über die Einreise und den Aufenthalt von Ausländern im Bundesgebiet) zum Ausdruck brachte. Durch die Brille einer zur gleichen Zeit primär ökonomisch orientierten Ausländerpolitik mussten ältere Migranten zudem als eine unattraktive Gruppe angesehen werden (vgl. Schieren 1982: 137). Nach Auffassung oppositioneller Bundestagsabgeordneter galten sie für die Bundesregierung „im September 1992 [als] keine marktfähige Spezies“ (BT-Drs. 12/4009: 2; vgl. auch Der Spiegel 1992: 90). Darüber hinaus schien ein politisches Engagement zur interkulturellen Neuausrichtung des Altenhilfesektors nicht nur aufgrund der mutmaßlichen Rückkehrorientierung ehemaliger Arbeitsmigranten im Alter (vgl. Kap. I. 1.2) unangebracht, sondern auch weil davon ausgegangen wurde, dass jene altgewordenen Migranten, die seit Jahrzehnten in Deutschland lebten, weitgehend integriert seien.<sup>279</sup> Schließlich wirkte sich auch die geringe quantitative Bedeutung älterer und alter Migranten nachteilig auf ihre politische Relevanz aus, wie die Ablehnung eines Forschungsantrags zum Thema Alter und Migration durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales Mitte der 1980er Jahre veranschaulicht (vgl. Dietzel-Papakyriakou 2012: 437).

<sup>278</sup> Ebenso weisen Holz et al. (1994: 75 f.) in ihrer Frankfurter Analyse nach, dass das Gros der Mitarbeiter Veränderungen in Strukturen und Prozessen der Altenpflege im Sinne einer interkulturellen Öffnung für nicht notwendig oder realisierbar erachten. Verschiedene Wissenschaftler warnten zudem vor einer Klientelisierung älterer Migranten durch Altenhilfe und -pflege (vgl. Koch-Straube 1991: 104; Leser 1995: 161).

<sup>279</sup> So betonte etwa der parlamentarische Staatssekretär des Bundesarbeitsministeriums Höpfinger (vgl. BT-StenBer 11/124: 9123) 1989 in seiner Antwort auf die Frage des SPD-Abgeordneten Glotz nach Problemlagen älterer türkischer Arbeitsmigranten den hohen Integrationsgrad dieser Gruppe. „Schon ihre längere Aufenthaltsdauer rechtfertigt [...] die Annahme, daß auch und gerade sie sich immer besser in der deutschen Gesellschaft zurechtfinden. Es ist daher – bei anhaltenden Integrationsbemühungen – zu erwarten, daß sie im Alter keinen gravierenden besonderen Problemen gegenüberstehen werden, zumal sie – wie deutsche Arbeitnehmer – Kranken- und Rentenversicherungsschutz genießen“.

Nachdem die durch Bundesfamilienministerin Lehr einberufene Sachverständigenkommission für den ersten Altenbericht der Bundesregierung eine Expertise zum Thema „Ältere ausländische Menschen in der Bundesrepublik Deutschland“ (Dietzel-Papakyriakou 1991a) in Auftrag gab, wurde dem Themenfeld Alter und Migration schrittweise politische Aufmerksamkeit zuteil. Dabei vertrat die Bundesregierung Anfang der 1990er Jahre die Auffassung, dass eine Politik für ältere Migranten vorrangig zum Ziel haben müsse, „die Selbsthilfekräfte ausländischer Familien zu stärken, und die Bereitschaft der zweiten Generation zur Hilfe und Pflege der Eltern zu unterstützen“ (BT-Drs. 12/5796: 42 f.). Sie schloss jedoch auch nicht aus, dass der „Ausbau bestehender oder de[r] Aufbau neuer Angebote und Dienste notwendig“ (ebd.: 43) werden könnte. Daneben unterstützte die dritte Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Ausländer Schmalz-Jacobsen (1995) die bereits genannten Empfehlungen zu einer interkulturellen Öffnung sozialer Dienste, wie sie im Verbundprojekt der Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart und der Robert-Bosch-Stiftung erarbeitet worden waren. Von einer breiten politischen Resonanz migrationsspezifischer Alters- und Pflegefragen kann Mitte der 1990er Jahre jedoch noch keine Rede sein.

Während die Debatte um eine interkulturelle Öffnung sozialer Dienste, auch in Altenhilfe und -pflege, bis zu dieser Zeit vor allem durch Einzelpersonen sowohl aus der Migrationssozialarbeit, den Wohlfahrtsverbänden, der Politik als auch der Wissenschaft – vor allem der Gerontologie und Sozialen Arbeit und weniger der Migrationsforschung (ähnlich Dietzel-Papakyriakou 2012: 439 f.) – geführt und angeschoben wurde, gewinnt sie seit Ende der 1990er Jahre in der Breite zunehmend Beachtung. Wichtig für diese Entwicklung scheint, dass sich mächtige Akteure unterschiedlicher Wirkungskreise in immer stärkerem Ausmaß Migrationsfragen im Allgemeinen und der Idee interkultureller Öffnung von Angeboten und Organisationen im Besonderen zuwandten. Auf bundespolitischer Ebene ist dafür zunächst der rot-grüne Politikwechsel ein wesentlicher Markstein, welcher der Migrations- und Integrationspolitik zu einem weit größeren Gewicht verhalf, als es der vorherigen Ausländerpolitik zukam. Zentrale Kennzeichen, die diese Entwicklung veranschaulichen, sind die Anerkennung Deutschlands als Einwanderungsland, die ‚Green-Card-Regelung‘, die zwischen 2000 und 2004 eine begrenzte Zuwanderung von Fachkräften aus der IT-Branche förderte, die Reform des Staatsangehörigkeitsrechts, die Erarbeitung des ‚Zuwanderungsgesetzes‘ (Gesetz zur Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung und zur Regelung des Aufenthalts und der Integration von Unionsbürgern und Ausländern) und die Neufassung des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge mit zusätzlichen integrationspolitischen Aufgaben (vgl. Gaitanides 2004a: 5; Stauf/de Paz Martínez 2011: 7 f.; Weizsäcker 2005: 190 f.). Im Zuge der Etablierung des Zuwanderungsgesetzes hielt das Bundesinnenministerium zudem die Migrationserstberatungsstellen dazu an, interkulturelle Öffnungsprozesse in den Angeboten der sozialen Regelversorgung zu unterstützen (vgl. Eppenstein/Kiesel 2008: 54). Im Hinblick auf die Altenpflege sorgte die 2003 in Kraft getretene neue bundeseinheitliche Ausbildungs- und Prüfungsordnung für den Altenpflegeberuf für eine gesetzliche Verankerung interkultureller Lerninhalte, deren Realisierung durch das 2005 vom BMFSFJ (2005b) herausgebrachte „Handbuch für eine kultursensible Altenpflegeausbildung“ unterstützt werden sollte.

Daneben verpflichteten sich die ersten großen Wohlfahrtsverbände einer interkulturellen Öffnung ihrer Verbands- und Dienstleistungsstrukturen. Der AWO wurde in diesem Diskurs häufig eine Vorreiterrolle zugeschrieben (vgl. z. B. für Berlin John/Caemmerer 2001: 26). Während sie bereits Mitte der 1990er Jahre Leitsätze zur Antidiskriminierung verabschiedete, forderte der Verband auf seiner Bundesversammlung im Jahr 2000 alle seine Einrichtungen auf, eine interkulturelle Öffnung in Angriff zu nehmen (vgl. Forster 2004; Schubert/Herz 2008: 268). Es folgte die Schaffung einer Referentenstelle Interkulturelle Altenhilfe (2001) sowie einer weiteren für Interkulturelle Jugendhilfe im darauffolgenden Jahr (vgl. Baric-Büdel 2002b: 3). Der Caritasverband stellte 2001 seinen Mitgliedern ein Papier zur Diskussion, das die „Grundsätze, Ziele und Eckpunkte für die interkulturelle Öffnung der Caritas“ (Der Geschäftsführende Vorstand des DCV 2001: 38; vgl. auch Vorhoff 2004: 36) beinhaltete. Als zwei wesentliche Streitpunkte zum Diskussionspapier entpuppten sich Fragen um das katholische Selbstverständnis des Verbandes sowie um die Einstellung von Mitarbeitern anderen Glaubens und anderer Weltanschauung (vgl. Serio 2004). In einer Handreichung zur interkulturellen Öffnung, die die Caritas 2006 veröffentlichte, schloss sie die Diskussion um letzteren Aspekt noch aus, verwies jedoch auf ein laufendes verbandsinternes Projekt, das sich dieser Frage stellte (vgl. DCV 2006: 6). Erste Forderungen nach einer interkulturellen Öffnung sowie der Förderung interkultureller Kompetenzen seiner Mitarbeiter wurden im DRK bereits in den 1990er Jahren laut (vgl. DRK 2007: 33). Im Jahr 2003 folgte das im Landesverband Hessen durchgeführte Modellprojekt „Migrationsbeauftragte(r)“, das durch die Besetzung der Stelle einer Migrationsbeauftragten sicherstellen sollte, dass „das Thema Migration auf allen Ebenen und in allen Bereichen bei allen Entscheidungen berücksichtigt wird“ (Dietrich/Knoche/Tischler 2004: 215). Auf einer Konferenz in Eisenach beschloss der Verband im Jahr 2004 darüber hinaus Leitthesen einer „Interkulturellen Öffnung im DRK“ (DRK 2006: 21 ff.), welche in der Rahmenkonzeption *Das Deutsche Rote Kreuz – nicht nur für Deutsche* (2007) aufgingen. In seinem Konzeptpapier „Agenda für eine rationale Zuwanderungs- und Integrationspolitik“ befürwortete auch der Paritätische Wohlfahrtsverband (2001: 13) im Jahr 2001 eine „interkulturelle Öffnung der Regeldienste“ und unterstrich dies noch einmal im Jahr 2006 in einem Eckpunktepapier zur Weiterentwicklung von Migrations- und Integrationspolitik (vgl. Handschuck/Schröder 2012: 87 f.). Auch der Deutsche Verein sprach sich früh für die Entwicklung differenzierter Angebote für ältere Migranten – wenn auch nicht dezidiert unter dem Begriff einer interkulturellen Öffnung – aus, wobei „nicht primär an die Entwicklung zusätzlicher Programme, sondern an die fachliche und konzeptionelle Weiterentwicklung vorhandener Hilfen, Dienste und Einrichtungen gedacht“ (Deutscher Verein 1998: 133) wurde.

Einen weiteren Beitrag zur Verstetigung der Themen Alter und Migration sowie kultursensible Ausgestaltung sozialer Dienste leistete zudem die wachsende Anzahl von Praxisprojekten in unterschiedlichen Bereichen der Altenhilfe und -pflege sowie der kommunalen Alten- und Integrationsarbeit, auf die im Detail später eingegangen wird (vgl. Kap. IV. 2.3). Sie trugen gemeinsam mit den vermehrten Tagungen von Forschungseinrichtungen und Wohlfahrtsverbänden sowie den wissenschaftlichen Veröffentlichungen zum Thema (vgl. Kap. I.) – auch in

Verbundprojekten zwischen Forschung und freier Wohlfahrt (vgl. z. B. Olbermann/Dietzel-Papakyriakou 1995) – sowohl innerhalb des Praxisfeldes als auch in Politik und Öffentlichkeit zur Sensibilisierung für den Diskurs bei. Eine zentrale Rolle kommt dabei dem überregionalen *Arbeitskreis „Charta für eine kultursensible Altenpflege“* zu, der Ende 1999 gegründet wurde und 2002 in Kooperation mit dem KDA das Memorandum und die Handreichung für eine kultursensible Altenhilfe/-pflege veröffentlichte. In einer deutschlandweiten Kampagne mit weiteren Aktionen in Österreich und der Schweiz, die der weiteren Bekanntmachung und Werbung für die Ideen des Memorandums dienten, konnte diese ‚Koalition von Herausforderern‘ in den Jahren 2004 und 2005 unter dem Motto *Aufeinander zugehen – voneinander lernen* in über 300 Veranstaltungen zahlreiche Träger, Einrichtungen und politische Verantwortungsträger erreichen. Im Anschluss daran gründete der Arbeitskreis das bis heute bestehende Forum für eine kultursensible Altenhilfe als „freier Zusammenschluss von Verbänden, MigrantInnen-Organisationen und Institutionen aus den Arbeitsfeldern der Altenhilfe und Migrationsarbeit sowie angrenzender Tätigkeitsfelder“ (Baric-Büdel/Zanier/Wagner 2009: o. S.) mit dem zentralen Ziel die in Memorandum und Handbuch verfassten Ideen zu verbreiten, umzusetzen und weiterzuentwickeln (vgl. auch AChA/KDA 2002; DRK/FkA 2008). Interdisziplinäre Kooperationen wie in diesem Beispiel müssen als ein wesentliches Merkmal für die vorangeschrittenen Auseinandersetzungen um Fragen einer interkulturellen Öffnung der Altenarbeit und -pflege herausgestellt werden und zwar sowohl innerhalb eines Subfeldes wie der Wissenschaft als auch zwischen verschiedenen Unterfeldern wie Wissenschaft, Praxis oder Verbandsarbeit.

Dass Forderungen nach einer kultursensiblen Ausgestaltung von Altenhilfe- und Altenpflegeangeboten sowie einer interkulturellen Öffnung ihrer Regeldienste ab der zweiten Hälfte der 2000er Jahre schließlich als etabliert gelten können, lassen folgende Entwicklungen nachvollziehen: Nachdem einige Bundesländer, wie Nordrhein-Westfalen (2003) und Rheinland-Pfalz (2005), in ihren Landespflegegesetzen bereits die Berücksichtigung „besondere[r] Belange pflegebedürftiger Migrantinnen und Migranten“ (§ 1 Abs. 1 PfG NW) bzw. „kulturspezifische[r] Bedürfnisse[] von pflegebedürftigen Menschen“ (§ 1 Abs. 2 LPflegeASG) verankert hatten, folgte mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (2008) eine Angleichung auch der bundesweiten Pflegeversicherung. Seitdem heißt es in § 1 Abs. 4a SGB XI – ähnlich dem rheinlandpfälzischem Wortlaut – in Form einer ‚weichen‘ Soll-Regelung, dass „den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen Pflege nach Möglichkeit Rechnung getragen werden [soll]“.<sup>280</sup> Bereits ein Jahr zuvor hatten sich die Länder sowie die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände im Nationalen Integrationsplan (NIP) für eine Förderung kultursensibler Altenarbeit und -pflege innerhalb ihrer Verantwortungsbereiche ausgesprochen und sich mit Bund, Gewerkschaften, Wirtschaftsvertretern und anderen Akteuren zu interkulturellen Öffnungsmaßnahmen in einer Vielzahl von Arbeitsfeldern und Organisationen verpflichtet (z. B. der Verwaltung, des Gesundheitssystems, sozialer Dienste in Kinder-, Jugend-

---

<sup>280</sup> Ähnlich fordert die *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen* seit 2005 ein, dass deren „kulturellen und religiösen Gewohnheiten und Bedürfnisse [...] so weit wie möglich berücksichtigt werden [sollen]“ (DZA 2005: 17). Die Charta folgt Empfehlungen des Expertenkreises *Runder Tisch Pflege*, der von den Bundesministerien für Familien und Gesundheit einberufen zwischen 2003 und 2005 tagte.

und Familienarbeit, von Kultureinrichtungen, des organisierten Sports, der Altenhilfe u. v. m.).<sup>281</sup> Der NIP verdeutlicht, dass eine interkulturelle Öffnung von Einrichtungen zur bundespolitischen Programmatik und wichtigen Integrationsmaßnahme aufgestiegen ist (vgl. Bundesregierung 2007; Lima-Curvello 2009: 247). Für das Altenhilfesystem sei sie laut dem Dezernenten für Soziales und Jugend der Stadt Frankfurt am Main (2006: 70) zudem ein „zentrales Zukunftsthema“. Bade (2010b: 63) sieht daneben in der Veranstaltung *Deutschland sagt Danke*, zu der Bundeskanzlerin Merkel im Oktober 2008 Arbeitsmigranten der ersten Generation in das Bundeskanzleramt eingeladen und sich für deren Beitrag für das Land bedankt hatte, eine lang überfällige Anerkennung dieser Menschen, die einen Großteil der Gruppen älterer Migranten repräsentieren (vgl. *Einleitung*).

Der Nationale Aktionsplan Integration (NAP-I) (2011) führt die im NIP vorgenommene Ausrichtung fort und strebt darüber hinaus nach einer höheren Verbindlichkeit der Ansätze, indem Entwicklungsergebnisse mittels klar definierter Ziele messbar werden und eine Abkehr von Modellprojekten zugunsten von Regelangeboten verfolgt wird. „Integration ist eine Daueraufgabe, die nachhaltig und strukturell angegangen werden muss. [...] Daher legt die Bundesregierung im NAP-I einen besonderen Schwerpunkt auf Maßnahmen, die Strukturen verändern“ (Bundesregierung 2011: 8). Gesetzlich gestützt werde dies zugleich durch das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG), das laut Lüders (2012), Leiterin der Antidiskriminierungsstelle des Bundes, nicht nur Schutz verspricht, sondern auch die Förderung positiver Maßnahmen enthält. Vor dem Hintergrund einer wachsenden Anzahl älterer Migranten wurde für den NAP-I zudem erstmals ein eigenständiges Dialogforum *Gesundheit und Pflege* eingerichtet. 2015 machte sich die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration diesen Bereich zum Schwerpunktthema (BZgA 2015b: 37). Mit Berlin (2010) und Nordrhein-Westfalen (2012) haben darüber hinaus die ersten Bundesländer eigene Landesintegrationsgesetze verabschiedet (vgl. Weiss/Alan 2016), in denen die interkulturelle Öffnung von verantworteten Einrichtungen bzw. einem breiten Spektrum von bestehenden Organisationen und Gesellschaftsbereichen zum Ziel erhoben wurde.

Ebenso setzten die Wohlfahrtsverbände ihre interkulturellen Öffnungspolitiken seit der zweiten Hälfte der 2000er Jahre fort oder zogen mit ersten Konzepten nach. Zögerlicher als andere Verbände fand das Diakonische Werk zum Thema interkulturelle Öffnung. Bedeutung erfuhr es im Gesamtverband merklich 2007, als sich die Diakonie im NIP in verschiedenen Teilprojekten dazu verpflichtete, einen Beitrag zur interkulturellen Öffnung ihrer Dienste zu leisten und im Zuge dessen ein Positionspapier veröffentlichte (vgl. Diakonie 2008). Wo nötig sei der Verband auch dazu bereit, Mitarbeiter anderer Glaubensrichtungen zu beschäftigen (ebd.: 7). Wenige Jahre später resümiert Becker (2011: 59), dass auch die Diakonie nun vermehrt „um eine interkulturelle Orientierung ihres Denkens und Handelns“ bemüht sei und „die

---

<sup>281</sup> Sowohl der NIP als auch die Einführung von Integrationsgipfel und Islamkonferenz (2006) u. a. weisen auf die Verstärkung einer bundespolitischen Migrations- und Integrationspolitik unter Anerkennung der bestehenden Einwanderungsgesellschaft hin, die in ihrer Bedeutung für die voranschreitende Verankerung interkultureller Öffnungsdiskurse nicht unterschätzt werden kann (vgl. auch Knoche 2011: 16; Handschuck/Schröer 2012: 18). Die gewachsene Einbeziehung von Migrantengruppen in solcherlei politische Maßnahmen wird dabei häufig als Fortschritt bewertet (vgl. Vink 2013: 139).

Notwendigkeit einer interkulturellen Öffnung auf allen Ebenen ihrer Arbeit“ erkenne. Dennoch gelte es weiterhin über die Möglichkeit, Mitarbeiter ohne Angehörigkeit zu einer ACK-Kirche einzustellen, zu diskutieren sowie die vielen vorhandenen Einzelmaßnahmen einer Evaluation zu unterziehen und die Erfahrungen in einem Gesamtkonzept zu verankern (vgl. ebd.; Lipsch 2014: 176).

Im Jahr 2009 ernennt das Präsidium des Deutschen Roten Kreuzes eine interkulturelle Öffnung des Verbandes zu einer Kernaufgabe seiner Arbeit für die kommenden Jahre (DRK 2011: 3). Ein Projekt, das die verstärkten Bemühungen um Kultursensibilität des Verbandes verdeutlichen soll, stellt das bundesweite Qualifizierungsangebot „IKÖ-Manager/in in der Sozialwirtschaft“ dar. Neben der Schulung von interkulturellen Handlungs- und Managementkompetenzen der eigenen Führungs- und Leitungskräfte strebte die Qualifizierungsmaßnahme zugleich die Initialisierung erster interkultureller (Öffnungs-)Projekte auf den regionalen Ebenen an, die Bestandteil der Fortbildungsveranstaltungen wurden (vgl. DRK 2013: 70-73; Eggeling 2011).<sup>282</sup> 2011 bemerkt Diekelmann (2011: 15), dass auch in der Caritas interkulturelle Öffnung „Fahrt aufgenommen“ hat. Für die Einrichtungen und Dienste der Diözese Köln beschreibt er etwa, dass nun nicht mehr grundsätzlich über interkulturelle Öffnungsprozesse in den einzelnen Organisationen der Caritas vor Ort diskutiert werde, sondern darüber in welcher Form dieser Weiterentwicklungsprozess vonstattengehen soll. Für die bis dato zögerlich verlaufenden Entwicklungsschritte sieht Diekelmann auch die Zuordnung der Koordinierungsaufgabe auf den Fachbereich Integration und Migration verantwortlich, dem „in der Vergangenheit eher geringere fachliche Relevanz, geschweige denn kollegiale Autorität zugeschrieben wurde[]“ (ebd.: 16). Aber auch die innerverbandliche Auseinandersetzung mit Fragen einer interkulturellen Öffnung, die sich primär auf die Frage der Einstellung nichtkatholischer Mitarbeiter fokussierte, wirkte hemmend.<sup>283</sup>

Die AWO (2008) veröffentlichte 2008 ihre feldspezifische Rahmenkonzeption „Interkulturelle Öffnung (IKÖ) der ambulanten und stationären Angebote für ältere Menschen“ und betont erneut im Jahr 2013 die große Bedeutung, die sie Kultursensibilität in der Praxis von Altenhilfe und -pflege und damit auch in der Aus- und Weiterbildung von Altenpflegekräften zuschreibt. Dabei formulierte sie diese jedoch in veränderter Weise aus. So seien kultursensible Konzepte nicht nur „im traditionellen Verständnis auf (alte) Menschen mit Migrationshintergrund zu richten [sic!] sondern als grundlegendes, verstehendes Konzept, das das Individuum mit und in seiner Besonderheit in den Blick nimmt. Dies gilt u.a. für ältere Personen mit

---

<sup>282</sup> Insgesamt stelle die kultursensible Gestaltung von Aus- und Fortbildung im DRK eine Schlüsselaufgabe dar, wobei etwa eine kultursensible Überarbeitung aller Lehr- und Lernmaterialien eingeleitet wurde (vgl. DRK 2013: 3; Karakas 2011: 14). Zunehmend sei das DRK auch dazu übergegangen Broschüren und Werbematerialien mehrsprachig zu gestalten, fremdsprachige Medien als Plattform zu nutzen und vermehrt Rotes Kreuz und Roten Halbmond zu verbinden. Eine eigene Webseite ([www.drk-ikoe.de](http://www.drk-ikoe.de)) informiert zudem über die interkulturelle Öffnung im Verband, stellt Materialien bereit und möchte den Austausch zum Thema fördern (vgl. Knoche et al. 2014: 399-403).

<sup>283</sup> 2015 beschreibt die Caritas die Beschäftigung muslimischer Mitarbeiter als „zweifellos möglich“ und sieht darin einen Beitrag ihrer interkulturellen und -religiösen Öffnung (DIK 2015: 98). Grenzen einer Einstellung muslimischer Beschäftigter bestünden jedoch weiterhin bei Leitungspositionen sowie in Arbeitsbereichen, „die von Fragen nach dem Sinn des Lebens, von Leid, Schuld, Not und Sterblichkeit geprägt sind“ wie bspw. „Dienste der Schwangerschaftsberatung sowie der Ehe-, Familien- und Lebensberatung“ (ebd.: 119f.).

gleichgeschlechtlicher oder gegengeschlechtlicher Orientierung ebenso wie für ältere Menschen mit Behinderung und ohne. Diesen Konzepten sollte der Grundgedanke der Inklusion immanent sein“ (AWO 2013: 167). Ein Jahr zuvor hatte der Paritätische Gesamtverband seine *Leitlinien zur Interkulturellen Öffnung* veröffentlicht (Der Paritätische 2012a). Ihnen liegt das Verständnis von interkultureller Öffnung als eines Prozesses zugrunde, der „die strukturelle Ebene (Leitbild, Konzept, Personalpolitik etc.), die fachliche Ebene (Wissen, Weiterbildung, Methoden etc.) und die persönliche Ebene (Haltungen, Werte etc.) [umfasst]“ (ebd.: 1). Das Papier soll dabei „das interkulturelle Profil des Paritätischen [...] schärfen sowie eine stärkere Verlässlichkeit der interkulturellen Arbeit im Verband [...] leisten“ (ebd.: 2). Eine Zusammenstellung erster Erfahrungen interkultureller Arbeit und Öffnung seiner Mitgliedsorganisationen wurden im gleichen Jahr in der Broschüre *Wir leben Vielfalt! Wege zur Interkulturellen Öffnung* zusammengefasst (Der Paritätische 2012b).<sup>284</sup> Nach seiner Aussprache für eine Öffnung von Altenhilfe- und Altenpflegeangeboten gegenüber älteren Migranten aus dem Jahr 1998 zielte auch der Deutsche Verein (2011: 61) mit seinen Empfehlungen „zur besseren Teilhabe älterer Menschen mit Migrationshintergrund“ erneut im Jahr 2011 darauf ab, „die Akteure auf Bundes- und Länderebene für die Belange der alten Menschen mit Zuwanderungsgeschichte [...] [zu] sensibilisieren“. Dabei sprach sich der Deutsche Verein (2011: 71) ähnlich wie die AWO zwei Jahre später für eine „interkulturelle Öffnung und Ausrichtung der Regelversorgung im Sinne einer inklusiven Gesellschaft“ aus.

Den wachsenden Forderungen nach interkulturellen Öffnungsbemühungen sozialer Dienste wird jedoch in Praxis, Verbandsarbeit und Wissenschaft auch kritisch begegnet. Während die in interkulturellen Öffnungskonzepten vorgehaltenen Ziele und Handlungsempfehlungen zu häufig abstrakt und lückenhaft blieben (vgl. z. B. Borchardt 2009: 167; Busch 2014: 70), neige der ihnen inhärente Kulturbegriff dazu, zu Generalisierungen und Kulturalisierungen des Gegenübers beizutragen, Abgrenzungen zwischen Mehr- und Minderheiten zu zementieren und Menschen mit Migrationshintergrund einerseits zu Opfern und andererseits noch in dritter Generation zu Fremden oder Anderen zu stilisieren (vgl. z. B. Freise 2013: 270 f.; Lima Curvello 2009: 258; Marschke 2014: 88; Polat 2011: 229). Nicht nur Konzepte, die auf handbuchartige Beschreibungen von Gruppencharakteristika setzen, treffen dabei auf Kritik (vgl. Domenig 2001: 143 ff.; Schmidt 2000: 42; Ullrich 2002: 192), sondern auch interkulturelle Fortbildungen, Kulturfeste und ähnliche Veranstaltungen, die den Anspruch erheben sich „für mehr Toleranz und das friedliche Zusammenleben in der Migrationsgesellschaft ein[z]u-

<sup>284</sup> Diese Darstellung interkultureller Öffnungsaussprachen großer deutscher Wohlfahrtsverbände sollte veranschaulichen, dass Fragen der interkulturellen Öffnung schrittweise in die verbandsinterne Politik vorgedrungen sind und zu Selbstverpflichtungen der Verbände sowie ihrer Dienste und Einrichtungen geführt haben. Nicht beschrieben werden konnte dabei die Konzeptarbeit der gemeinnützigen Träger vor Ort, in den Kommunen, Kreisen oder auf Landesebene, die teils durch die bundesverbandlichen Diskussionen um eine interkulturelle Öffnung von Altenhilfe und -pflege angeregt, teils schon zuvor initialisiert worden war. Auch aufgrund der Selbstständigkeit vieler regionaler Verbände und Einrichtungen muss jedoch von einer grundsätzlichen Vielfalt vorhersehender interkultureller Öffnungsprogrammatiken ausgegangen werden (vgl. z. B. für die Caritas Hellmanns 2014: 164 f.). Wenig ist dagegen zur Positionierung der Zentralwohlfahrtsstelle der Juden zu einer interkulturellen Öffnung ihres Verbandes bzw. ihrer Dienste und Einrichtungen bekannt. Gleichwohl zählt Benjamin Bloch, Direktor des Verbandes, zu den ersten Unterzeichnern des *Memorandums für eine kultursensible Altenhilfe* und wurde das Altenzentrum der Jüdischen Gemeinde Frankfurt am Main als *Bundesmodell für transkulturelle Pflege* prämiert (vgl. Bassewitz 2006).

setzen]“ (Hasenjürgen 2013: 30). Denn auch sie würden „stillschweigend“ (ebd.) zur Verfestigung von kulturell gefassten Differenzmarkierungen beitragen. Daneben steht der Vorwurf gegenüber Vertretern interkultureller Öffnungsforderungen im Raum, ihren eigenen Ansprüchen nicht gerecht zu werden. Sinnbildlich hierfür stehe die interkulturelle Sozialwissenschaft von Sozialarbeit und -pädagogik, die „mehrheitsgesellschaftlich geprägt, monokulturell habitualisiert [sei] und [...] in diskriminierender – einseitig verortender und trennender – Weise von oben herab [agiere]“ (Kordes/Polat 2006: 206). Für andere Autoren wird in den Debatten um eine interkulturelle Öffnung von Altenhilfe und -pflege zudem der Migrationsstatus älterer Migranten überbetont. Für Fassmann (2012: 382 f.) sind ältere Migranten mehrheitlich mit jenen Problemlagen konfrontiert, mit denen auch Senioren ohne Migrationshintergrund zu kämpfen hätten. Weil darüber hinaus der Migrationsstatus begünstigt durch lange Aufenthaltszeiten an Bedeutung verliere, gelte es vielmehr den sozioökonomischen Lebensbedingungen älterer Migranten Beachtung zu schenken.<sup>285</sup> In ähnlicher Weise geht Zeman (2012: 463) davon aus, dass ältere Migranten in Zukunft vermehrt transkulturell orientiert sein und ethnisch-kulturelle Unterschiede in ihrem Belang zurückgehen werden. Dies werde zur Folge haben, dass auch die Relevanz interkultureller Öffnungsprozesse schwinden werde.

## 2.2 Triebkräfte

Fragt man nach den Beweggründen, welche die Verfechter einer interkulturellen Öffnung sozialer Dienste antreiben, bzw. nach den Argumenten, die sie für diese Programmatik ins Feld führen, zeigt sich über die Jahre hinweg sowohl eine Ausweitung als auch eine veränderte Gewichtung der Argumentationsmuster. In der Anfangszeit des aufkommenden Diskurses lässt sich noch ein klarer Schwerpunkt der Begründungsmuster attestieren, der als *sozialpolitischer Auftrag* gefasst werden kann. Befürworter aus den Wohlfahrtsverbänden sowie Wissenschaftler mit häufig großer Nähe zur Sozialarbeitspraxis begründeten die von ihnen vertretene selbstverständliche Zuständigkeit des deutschen Sozialsystems für ältere Ausländer<sup>286</sup> sowie das Anrecht der Migrantenbevölkerung auf eine angemessene Pflege und Betreuung mit den Gleichheits- und Sozialstaatsgeboten des deutschen Grundgesetzes. Um deren Leistungsansprüche zu untermauern verwiesen viele Sprecher zugleich auf die Sozialbeiträge, welche die Migranten im Laufe ihres Arbeitslebens gleich den deutschen Arbeitnehmern geleistet hätten (vgl. Gaitanides 1996: 42 f.; Hielen 1998a: 100; Hinz-Rommel 1995a: 9, 1996: 24; Scheib 1998: 42). Folglich würde ein Engagement zur Öffnung sozialer Dienste „nur ausgleichen, was die Immigranten bisher zur Finanzierung des Sozialstaats beigetragen haben“ (Gaitanides 1993: 20). An diesen Argumenten anknüpfend wird eine interkulturelle Orientie-

---

<sup>285</sup> Dass auch in der Altenpflegepraxis grundsätzlich kein einheitliches Meinungsbild darüber besteht, ob Senioren mit Migrationshintergrund andere Bedürfnisse oder Bedarfslagen aufweisen als einheimische Ältere, ob nicht individuelle Wünsche – unabhängig vom Migrationsstatus des einzelnen Pflegebedürftigen – als ausschlaggebend erfahren werden müssen oder ob mit der Betreuung und Pflege älterer Migranten andere Arbeitsanforderungen für die Fachkräfte verbunden sind, darauf verweisen divergenter Einschätzungen von Fachkräften in unterschiedlichen Veröffentlichungen (vgl. z. B. Baric-Büdel 2001: 75; Bäurle 2004; Hielen 2000: 35; Kollak 2003: 53 f.; Landeshauptstadt Wiesbaden 2009: 20).

<sup>286</sup> Auch in Abgrenzung zu der Ansicht, die ethnischen Gemeinschaften tragen die Verantwortung für eine Versorgung ihrer älteren Gruppenmitglieder.

nung dann auch als „sozialpolitische Haltung“ (Handschuck/Schröer 2002: 512) definiert und eine interkulturelle Öffnung sozialer Dienste – wie es bspw. die AWO vertritt – als „ein sozialpolitischer Gestaltungsauftrag in der Einwanderungsgesellschaft“ (Barth 2006: 10) verstanden. Bis heute wird dieses „sozialpolitische[] Muß“ (Hinz-Rommel 1995a: 9) auch mit einer Schuldigkeit der Bundesrepublik gegenüber den ehemaligen Arbeitsmigranten in Zusammenhang gestellt, die in den ersten Nachkriegsjahrzehnten einen bedeutenden Beitrag zum Wiederaufbau Deutschlands und schließlich dem ökonomischen Wohlstand seiner Bürger geleistet hätten (vgl. Baric-Büdel 2004: o. S.; Kruse 2008: 57; Lücke 2015).

In immer stärkerem Maße konzentriert sich dieser Argumentationsstrang seit den 2000er Jahren auf Prinzipien von (*Chancen-*)*Gleichheit* und *sozialer Gerechtigkeit*. Die Autoren treten für interkulturelle Öffnungsprozesse ein, indem sie sie als die Verwirklichung diskriminierungsfreier Angebote, gleichberechtigter Zugänge zu sozialen Diensten und einer faktischen Versorgungsgerechtigkeit für alle Gesellschaftsmitglieder beschreiben. Dass es im Verantwortungsbereich sozialer Dienstleistungsanbieter liegt, die Teilhaberechte von Menschen mit Migrationshintergrund, die damit einhergehen, zu stärken, sei auch mit dem sozialstaatlichen Auftrag sozialer Einrichtungen zu erklären (vgl. Domenig 2007: 342; Gaitanides 2004a: 9, 2011: 204; Handschuck/Schröer 2002: 515; Khan-Zvorničanin 2009: 27; Rommelspacher 2004; Zanier 2015: 11). Dieses „Gleichstellungspostulat“, das Filsinger (2006: 14) als „Kern“ der Interkulturellen Öffnungs-Programmatik beschreibt, fand sodann auch Eingang in zahlreichen Definitionsversuchen (vgl. Kap. I. 3.2) als auch Konzeptpapieren einer interkulturellen Öffnung etwa der großen Wohlfahrtsverbände. Während die Diakonie bspw. eine interkulturelle Orientierung als „Grundhaltung“ versteht, „die unterschiedliche kulturelle und religiöse Orientierung als gleichberechtigt anerkennt“, stützt sich der Öffnungsanspruch des DRK (2007: 4) auf die Verpflichtung, Menschenwürde, gesellschaftliche Teilhabe und Chancengleichheit für alle Menschen zu schützen. Daraus folgt für den Verband das Ziel, „die Bedingungen für eine umfassende und gleichberechtigte Partizipation von Menschen mit Migrationshintergrund in allen gesellschaftlichen Bereichen herzustellen [...] als Klienten oder Kunden, als Mitarbeiter und Führungskräfte, als Bürger, als Menschen und Träger von Menschenrechten“ (Seiters 2011: 2).

Neben dem normativen Anspruch verbinden viele Autoren mit den Prinzipien von Gleichbehandlung und Gerechtigkeit auch die Erwartung nach einer praktischen Rechtsverwirklichung: ob nun in Bezug auf europäische Verträge und zwischenstaatliche Anwerbeverträge, in denen sich Deutschland nach Gaitanides (1993: 20) „zur sozialen Gleichstellung verpflichtet [hat]“, in Bezug auf allgemeine freiheitlich-demokratische sowie menschenrechtliche Grundsätze oder auf konkrete Regelungen des AGG und der zugrundeliegenden europäischen antidiskriminierungs- und gleichstellungspolitischen Richtlinien (vgl. Griese/Marburger 2012: 17 ff.).

Anders als dieser vermehrt auf allgemeine, gleiche Menschenrechte fußende Argumentationsstrang knüpft ein weiteres Motivbündel stärker an Spezifika ethnisch, kultureller Minderheiten sowie Unterschiedlichkeiten gesellschaftlicher Gruppen an. Aus dieser Perspektive sind interkulturelle Öffnungsprozesse sozialer Dienste dafür gedacht, zur gesellschaftlichen *Aner-*

*kennung von Vielfalt und Integration*<sup>287</sup> von Menschen mit Migrationshintergrund in die Mehrheitsgesellschaft beizutragen. Diesbezüglich sprach sich bereits in den 1990er Jahren die AWO dafür aus, von den bisherigen einseitigen Integrationsanforderungen an Migranten abzurücken und einen neuen „gleichberechtigten interkulturellen Dialog“ (Wölk 1997: 30) zu etablieren.<sup>288</sup> In diesem Zusammenhang sei auch auf die vehemente Kritik von Befürwortern interkultureller Öffnung an ‚Eindeutschungsprozessen‘ älterer Migranten in Einrichtungen der deutschen Altenhilfe verwiesen, wie das Beispiel einer afghanischen Frau verdeutlicht, die innerhalb kürzester Zeit in einem Altenheim nicht nur ihres traditionellen Gewandes, sondern auch ihres hennaroten langen Haares entledigt worden wäre: „Nach einem Monat [...] trage [sie] ein geblühtes Nachthemd und die Haare seien nicht mehr gefärbt, sondern grau und zu einem kurzen Dauerwellenhaarschnitt geändert“ (Hielen 1996: 91).

Wie auch die Forderung des DRK die Bevorzugung nichtdeutscher Muttersprachen von Klienten zu respektieren und auf einen „Integrations-Missionarismus‘ bei alten Menschen aus anderen Ländern“ (Wölk 1997: 30) zu verzichten, zielt solcherlei Kritik auf die Abkehr (einseitiger) assimilatorischer Anpassungsleistungen von Minderheitsangehörigen an mehrheitsgesellschaftliche ‚Standards‘ ab. Vielmehr seien soziale Pluralität und Differenzen anzuerkennen und wertzuschätzen und gesellschaftliche Vielfalt aktiv zu gestalten (vgl. z. B. Seifers 2011; Schröder 2009: 204 ff.; Simon-Hohm 2004: 22). Im Pflegekontext könnte sich dies etwa darin ausdrücken, „Sensibilität gegenüber unterschiedlichen Hygienebedürfnissen, Tabus, Schamgrenzen, Höflichkeitsregeln oder Formen der Schmerzäußerung zu entwickeln und diese Differenzen im Pflegealltag zu berücksichtigen“ (Kohls 2012: 39). Den Fürsprechern einer interkulturellen Öffnung, verstanden als Anerkennungsauftrag und nachholende Integration, ist das Programm schließlich Gebot und Antwort auf die deutsche Einwanderungsrealität zugleich, deren Existenz für einige Beobachter zu lange ignoriert worden ist (vgl. z. B. ACKA/KDA 2002: 10; Treber 2005: 120).

---

<sup>287</sup> Integration steht für einen, trotz seiner Unschärfe und Vielschichtigkeit, sowohl in der wissenschaftlichen als auch alltäglichen Kommunikation etablierten Begriff, der im Hinblick auf migrationsspezifische Fragen die Einbindung sozialer Minderheitengruppen in die Mehrheitsgesellschaft zu fassen versucht (vgl. Fassmann 2006; Reinprecht/Weiss 2011). Dem wissenschaftlich-analytischen Verständnis nach kann dabei zwischen Integration als Prozess und Integration als Zustand unterschieden werden. Während der erste Aspekt einen schrittweisen Mitgliedschaftserwerb von Zugewanderten und ihren Nachkommen in relevanten gesellschaftlichen Teilsystemen wie z. B. den Arbeits-, Bildungs- und Wohnungsmärkten beschreibt, begreift die zweite Lesart Integration als die erreichte Mitgliedschaft dieser Personen in Kernfeldern der Gesellschaft oder als eine „volle Teilhabe und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben der Aufnahmegesellschaft“ (Heckmann 2015: 79). Über diese strukturelle Komponente hinaus differenzieren soziale, kulturelle und identifikative Dimensionen den Integrationsbegriff weiter aus und benennen zusätzliche Faktoren wie bspw. interethnische Kontakte, Spracherwerb und gesellschaftliche Zugehörigkeitsgefühle, die seitens der Minderheitenangehörigen Auskunft über deren individuelle gesellschaftliche Einbindung geben (vgl. ebd.: 72 f.). Dabei erweist sich der Integrationsbegriff nicht nur in politischen Debatten als stark normativ besetzt. Dies spiegelt sich ebenso in öffentlichen Diskussionen um den Erfolg oder Misserfolg von Integration (vgl. z. B. Heckmann 2016) wie auch in einem Spannungsfeld unterschiedlicher Erwartungshaltungen wider, das sich zwischen Forderungen nach einem wechselseitigen Integrationsprozess von Mehr- und Minderheitsgesellschaft und Ansprüchen nach einseitigen Anpassungsleistungen von Migrantinnen und Migranten bewegt (vgl. Rauer/Schmidtke 2001; Riegel 2009).

<sup>288</sup> Auch aufgrund dieser neuen Programmatik erfuhr die AWO den bereits erwähnten breiten Zuspruch als Vorreiter interkultureller Bemühungen (vgl. Lüking 1994: 268).

Die gerechtigkeitspolitische Herleitung interkultureller Entwicklungsanforderungen blieb jedoch nicht frei von Kritik. Als fachliche „Sackgasse“ bewertet sie etwa Lima Curvello (2009: 255):

„Die Ziele, die in diesem diskursiven Feld für die interkulturelle Öffnung postuliert werden, bewegen sich auf einer moralischen Ebene, bleiben abstrakt und finden nicht den Weg aus der Logik eines wohlfahrtsstaatlichen Gleichstellungspostulats zurück zu den konkreten Aufgaben öffentlicher Institutionen im Kontext der spezifischen Ausprägung der Einwanderungsgesellschaft, wie wir sie in Deutschland und Europa vorfinden.“

Zum Teil als Alternative, zum Teil aber auch als Ergänzung der sozial-, gerechtigkeits- und integrationspolitischen Motive gewann nach der Jahrtausendwende eine Ableitung interkultureller Öffnung an Bedeutung, die sich als *Professionalisierungs-* und *Qualitätsargument* beschreiben lässt. Diese reiht sich in eine verbreitete Erwartung an soziale Dienste und Berufsgruppen ein, auf neue, an sie gestellte Anforderungen stets mit Qualitätsentwicklungsmaßnahmen zu reagieren, mit der zugleich Hoffnungen verbunden werden, den Professionalisierungsgrad der jeweiligen Disziplin oder Einrichtung zu steigern (vgl. Rommelspacher 2004; Wagner 2007: 7).

Daran anschließend werden interkulturelle Personal- und Organisationsstrategien vermehrt als Bestandteil des Qualitätsmanagements einer Einrichtung bzw. als Beitrag zur organisationalen Qualitätsentwicklung und -sicherung beschrieben oder versucht, Merkmale interkultureller Öffnungsprozesse als Qualitätsstandards zu definieren. So nahm etwa die AWO 2008 interkulturelle Öffnung in ihr Qualitätsmanagementkonzept auf (vgl. z. B. ACkA/KDA 2002: 44; BMFI 2012: 329; bfw/RISP 2003: 99; DIK 2015: 76; Handschuck/Schröer 2004: 25 f.; Hinz-Rommel 2000b: 154). Während auf der einen Seite mancher Autor interkulturelle Öffnung damit „zum Qualitätskriterium von sozialarbeiterischem und sozialpflegerischem Handeln in der modernen Gesellschaft“ (Treber 2005: 120) schlechthin stilisiert, werden ausbleibende Öffnungsstrategien gegenüber den Gruppen älterer Migrant\*innen auf der anderen Seite dann als Qualitätsmängel scharf kritisiert (vgl. Steinhoff/Wrobel 2004: 218). Um das Qualitätsversprechen einer interkulturellen Öffnung jedoch einhalten zu können, müssten Qualitätskriterien noch entwickelt und Zertifikate für kultursensible Organisationen – auch als Anreiz für Einrichtungen sich interkulturell zu öffnen – eingeführt werden (vgl. z. B. Baric-Büdel/Barth 2011: 48; Lima Curvello 2009: 258; Zeman 2002: 94).

Um daneben den Beitrag einer interkulturellen Öffnung zur Fachlichkeit sozialer Dienstleistungen zu untermauern, wird die Programmatik verstärkt mit solchen Ansätzen verknüpft, die als etabliert gelten können wie z. B. die Sozialraum- (vgl. z. B. Straßburger 2008: 150) oder die Lebensweltorientierung (vgl. z. B. Zeman 2002: 19) oder eine individuelle, biographiegestützte Pflege (vgl. z. B. ACkA/KDA 2002: 26), denen das Ziel einer (zielgruppen-)differenzierten und bedürfnisorientierten Ausgestaltung sozialer Dienstleistungen zugrunde liegt. Ein weiteres Beispiel aus dem Kontext der Wohlfahrtsverbände macht deutlich, dass das Argument wachsender Kompetenz und Professionalität durch interkulturelle Öffnungsprozesse in der Altenpflege (vgl. auch Zanier 2015: 11) mittlerweile eine bedeutende Stellung eingenommen hat: So greifen in der intensiven Diskussion um die Öffnung diakonischer Dienste gegenüber nicht-christlichen oder -religiösen Mitarbeitern Kirchenleitung und Vorstand des

ehemaligen Diakonischen Werks in Hessen und Nassau in ihrer Aussprache für die Notwendigkeit einer interkulturellen Öffnung gerade auf diese Begründung zurück, wenn sie interkulturelle und -religiöse Teams als Möglichkeit beschreiben, die eigene Professionalität zu befördern (vgl. Lewicki 2015: 127 f.).

Mit den qualitätsorientierten Erklärungsmustern eng verknüpft hat sich zudem eine vermehrt *ökonomische Argumentation* für interkulturelle Öffnungsbedarfe herausgeschält. Im Fokus steht dabei erstens das Prinzip einer konsequenten Ausrichtung an Interessen der Kunden – Ullrich (2002: 190) nennt es „Kundenbewusstsein“ –, die die Ausgestaltung der Dienstleistungen leiten müsse, und zugleich dem Interesse folge, neue Kunden zu gewinnen. Auf einen Punkt bringt dies Wagner (2007: 7): „Der Mehrwert interkultureller Öffnungsprozesse liegt zum einen in der Chance zur Weiterentwicklung der Qualität der Einrichtung im Sinne der Kundenorientierung. [...] Zudem bietet interkulturelle Öffnung den Einrichtungen die Möglichkeit, neue Kunden/innen zu erreichen“ (vgl. auch Dietrich/Knoche/Tischler 2004: 214; ZQP 2012: 3 f.). Zweitens versprechen sich Befürworter von interkulturellen Öffnungsprozessen einen finanziellen Nutzen. Nicht nur könnten Organisationen mit Einsparungen rechnen, die durch eine effektivere Nutzung vorhandener ‚Ressourcen‘, bspw. von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund, sowie durch passgenauere und damit erfolgsversprechende Behandlung und Versorgung erreicht werden könnten (vgl. z. B. Wagner 2007: 7). Sondern ein interkulturelles Profil wird auch als „Vorteil beim Wettbewerb um die immer knapper werdenden Mittel“ (Gaitanides 2006: 24) und als „wichtige Grundlage für [...] Finanzierungsverhandlungen“ (ACKA/KDA 2002: 94) bewertet. Drittens wird erwartet, dass im Wettbewerb mit anderen Dienstleistungsanbietern das Aushängeschild interkulturelle Öffnung als Plus konkurrenzsteigernd wirken werde (vgl. z. B. Baric-Büdel/Zanier/Wagner 2009: o. S.; Behrens 2011: 60).

Dadurch wird kultursensible Pflege bzw. eine interkulturelle Öffnung von Altenpflegeeinrichtungen verstärkt als „Geschäftsfeld“ (Habermann 2011: 136) verhandelt und als „Zukunftsbranche“ (Weber 2013: 36) beworben. Verbunden werden die auf ökonomische Beweggründe fußenden Konzeptdiskussionen dann auch häufig mit Handlungsansätzen sozialmanagerialen Trends wie des Case- bzw. Care-Managements und Neuen Steuerungsmodellen (vgl. z. B. Handschuck/Schröder 2004: 24; Zeman 2005: 65) oder vornehmlich betriebswirtschaftlicher Tradition wie des Diversity Managements<sup>289</sup> (vgl. z. B. Schröder 2009).

---

<sup>289</sup> Das aus den USA stammende und im Human-Ressources-Management wurzelnde Personal- und Organisationsentwicklungsprogramm Diversity Management wird teilweise als Ansatz verstanden, der sich gegenüber Konzepten interkultureller Öffnung durch seine Ganzheitlichkeit hervorhebt, schließt er nicht nur ethnische Minderheiten, sondern auch soziale Gruppen, die bspw. aufgrund ihres Geschlechts, ihrer sexuellen oder religiösen Orientierung oder einer körperlichen Beeinträchtigung Benachteiligung erfahren, in das Konzept mit ein (vgl. Domenig 2007: 344; Fröse 2006: 169 ff.; Schröder 2006: 60 f., 2009: 209). Wie die interkulturelle Öffnung erweist sich auch das Diversity Management als ein Ansatz, dem vielfältige Definitionen und Verständnisse zugrunde liegen. Die zentrale Gemeinsamkeit verschiedener Diversity Management-Ansätze markiert eine Perspektive, die Vielfalt nicht als problematisch beurteilt, sondern als Ressource – als „produktiven Faktor für den Unternehmenserfolg“ (Schröder 2007: 23) – anerkennt und zugleich den Schwerpunkt auf die Gemeinsamkeiten anstelle die Differenzen zwischen verschiedenen sozialen Gruppen legt (vgl. Aschenbrenner-Wellmann 2009: 212; Domenig 2007: 345; Schröder 2006: 61). Dabei zielt Diversity Management „auf die Transformation von einer homogenen zu einer heterogenen Organisationskultur, in der Menschen in ihrer Vielfalt und Unterschiedlichkeit berücksichtigt und gefördert werden“ (Aschenbrenner-Wellmann 2009: 218), wodurch sowohl auf ge-

Schließlich reiht sich seit einigen Jahren ein weiterer Beweggrund in das Argumentationsbündel für interkulturelle Öffnungsprozesse von Altenpflegeeinrichtungen ein, dass in den 1990er Jahren stärker noch als Ausschlussgrund formuliert wurde. Während bspw. die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Ausländer (1994: 16) Mitte der 1990er Jahre noch kritisierte, dass die Offenheit des Pflegesektors gegenüber ausländischen Fachkräften weniger dem Streben nach einer interkulturellen Öffnung als vielmehr dem Mangel an deutschem Fachpersonal geschuldet sei, wird eine interkulturelle Öffnung heute in zunehmendem Maße mit der *Bekämpfung des Pflege(fach)kräftemangels* beworben. Nicht nur fügt sich dieses Argument immer häufiger neben dem Anspruch ein, Versorgungsgerechtigkeit und -gleichheit für Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund herzustellen (vgl. z. B. Bundesregierung 2011), sondern es scheint auch immer häufiger Vorrang vor anderen Begründungsmustern zu erfahren. Dies deutet sich z. B. im Vorwort des Kurzdossiers ‚Migration und Pflege‘ der Reihe ‚focus Migration‘ an, in dem die Relevanz des Diskursfeldes an erster Stelle von dem bestehenden Pflegekräftemangel und den politischen Bemühungen in der Anwerbung um ausländisches Personal und erst im Anschluss daran von dem wachsenden Anteil älterer und pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund abgeleitet wird. Unverkennbar ist die Fokusverschiebung dagegen bspw. im Angebot der Fachstelle Interkulturelle Öffnung in Trägerschaft des AWO Kreisverbandes Jena-Weimar „VielfältiCare - Interkulturelle Qualitätsentwicklung in der Altenhilfe“, das mit dem Titel beworben wird: „Interkulturelle Öffnungsprozesse in der Altenhilfe initiieren und begleiten [...] Dem Fachkräftemangel entgegenwirken“ (AWO o. J.). Erster Vorteil, der im Projektflyer durch eine interkulturelle Öffnung als „gewinnbringende Veränderungsstrategie“ versprochen wird, ist dann auch die Bekämpfung des Fachkräftemangels.<sup>290</sup> In diese Begründung reiht sich dann auch die Vorstellung einer interkulturellen Öffnung von Organisationen als Beitrag zur Etablierung einer Willkommenskultur ein, die im Wesentlichen als strategische Antwort auf demographische Veränderungen und einen gestiegenen Fachkräftebedarf begriffen wird (vgl. Merx/Ruster/Szukitsch 2016). Zusammenfassend lassen sich die Begründungsmuster für eine kultursensible Altenpflege und eine interkulturelle Öffnung von Altenpflegeeinrichtungen heute als ausdifferenzierter beschreiben, als es auf die Diskussionen in den Anfangsjahren in der Breite zutraf. Das heißt nicht, dass auch schon in den 1990er Jahren einige Autoren eine interkulturelle Ausrichtung sozialer Dienstleistungen als Beitrag zur (Weiter-)Qualifizierung der Angebote verstanden hätten, wie Hammer (1994: 123), der sich aus kultursensiblen Differenzierungsschüben in der

---

sellschaftliche Erwartungen reagiert als auch ein wirtschaftlicher Vorteil bezweckt wird (vgl. z. B. Hand-schuck/Schröder 2002: 516). Über den vorrangig betriebswirtschaftlichen Kontext hinaus werden Diversity Management-Konzepte zunehmend auch in öffentlichen und gemeinnützigen Institutionen aufgegriffen. So gehöre das Programm in öffentlichen Verwaltungen längst zum guten Ton (vgl. Lüders 2012). Die Gegenüberstellung von Ansätzen interkultureller Öffnung und Diversity Management fällt in der Literatur schließlich vielfältig aus. Während die Einen die Gemeinsamkeiten beider Konzeptströmungen hervorheben, bevorzugen Andere das Diversity Management, da dessen Programme der Vielfalt moderner Gesellschaften weit besser gerecht würden, als es Konzepte interkultureller Öffnung vermögen. Wieder Andere kritisieren die betriebswirtschaftliche Ausrichtung des Diversity Managements oder dessen vornehmlich postulativen Charakter (vgl. z. B. Habermann et al. 2013: 46; Lima Curvello 2009: 256; Schröder 2009: 209; Simon-Hohm 2004: 29).

<sup>290</sup> Vor den Möglichkeiten der „Imageförderung“, der „Entlastung der Mitarbeitenden“ sowie einer stärkeren „Kundenorientierung“.

Altenhilfe „große Innovationschancen“ versprach oder Geiger (1998: 176), die eine interkulturelle Öffnung als Qualitätsstandard „moderner Dienstleister“ beschrieb. Auch begründeten schon einige Autoren der Anfangsjahre interkulturelle Anpassungen von Einrichtungen aus einer ökonomischen Logik als „Marketing-Plus“ (Hinz-Rommel 1995a: 9) oder Konkurrenzvorteil (vgl. Habermann 1998: 162). An Gewicht und Verbreitung gewannen die Professionalisierungs-, Qualitäts-, und Wirtschaftlichkeitsargumente, die sich in die grundlegenden Entwicklungstendenzen des Feldes einreihen (vgl. Kap. IV. 2.), jedoch vor allem seit den 2000er Jahren. Dabei kommt es bis heute in den allermeisten Fällen zu einer Vermischung unterschiedlicher Argumentationsstränge von (mensenrechtlichen) Gerechtigkeitsnormativen auf der einen und technisch-ökonomischen Rationalisierungsüberlegungen auf der anderen Seite. Demnach wird z. B. pflegewissenschaftlich argumentiert, dass die mit einer kultursensiblen Pflege einhergehende individuelle Pflege „nicht nur in menschlich ethnischer Hinsicht gefordert ist, sondern auch zu einer kostengünstigeren Versorgung beiträgt“ (Schilder 2012: 220); oder eine interkulturelle Öffnung ebenso als idealistischer wie als egoistischer Prozess eines Verbandes beschrieben wird, indem es auch darum geht, das ein Verband etwas für sich gewinnen kann (vgl. Karakas 2011: 15).<sup>291</sup> Begleitet wird dies zudem durch ein „doppelte[s] interkulturelle[s] (Um-)Denken“ (Hagemann/Vaudt 2012: 65) nicht nur von Einrichtungen, sondern auch von diskursteilnehmenden Nicht-Praktikern (z. B. (Interessen-)Verbänden), als dass sowohl (potenzielle) Klienten als auch Mitarbeiter mit Migrationshintergrund als Zielgruppe in den Diskurs integriert werden.

### 2.3 Umsetzungsschritte

Eine vielfältige Landschaft an Projekten und Initiativen, die sich als praktische Umsetzungen von Forderungen nach einer interkulturellen Öffnung bzw. kultursensiblen Altenhilfe und -pflege verstehen, haben insbesondere in den Anfangsjahren des Diskurses zu der schrittweisen Etablierung einer interkulturellen Öffnungs-Norm beigetragen, worauf bereits zuvor hingedeutet worden ist (vgl. Kap. IV. 2.1). Gleichzeitig spiegelt ihre Ausbreitung in den vergangenen Jahren wider, dass sich Erwartungen nach interkultureller bzw. kultursensibler Arbeit auf diesem Feld festsetzen konnten. Das Forum für kultursensible Altenhilfe stellt nach eigenen Aussagen vor allem „in den letzten fünf Jahren ein zunehmendes Interesse an der Thematik“ (Zanier 2015: 10) fest, wobei vor allem Beratungs-, Konzept- und Fortbildungsangebote wie auch der Austausch mit erfahrenen, interkulturell geöffneten Einrichtungen nachgefragt sei.

Zu Beginn der Diskussion stach besonders die offene Altenhilfe mit einer rasch wachsenden Palette kultursensibler bzw. -spezifischer Angebote hervor. So wurden seit Mitte der 1980er Jahre in ganz Deutschland zunächst Altenclubs und Seniorengruppen gegründet, die älteren Migrant\*innen vorrangig die Möglichkeit zum Austausch und einer gemeinschaftlichen Freizeit-

---

<sup>291</sup> Für Khan-Zvorničanin (2016) muss die Argumentations- und Deutungsstruktur um das Narrativ einer interkulturellen Öffnung dagegen als rein ökonomisch verstanden werden. Zwar identifiziert auch sie Gleichstellungsgesichtspunkte oder Professionalisierungsargumente innerhalb des Diskurses, legt diese aber vielmehr als Platzhalter ökonomischer Ziele wie Kundenorientierung und Effizienzsteigerung aus.

gestaltung boten,<sup>292</sup> bevor sich stärker beratend ausgerichtete Angebote anschlossen. Daneben wurden Informationsreihen und -veranstaltungen ins Leben gerufen, die einerseits Senioren mit Migrationshintergrund über Altersfragen und bestehende soziale Dienstleistungen und andererseits Einrichtungen und Fachkräfte über die Arbeit mit älteren Migranten aufklärten. Gleichzeitig konnte ein stetig wachsendes Interesse des ambulanten Pflegesektors verfolgt werden, kultursensible Angebote bereitzustellen. Mitte der 2000er Jahre könne bereits von einem ausgeprägten „Markt kultursensibler ambulanter Dienste“ gesprochen werden, so das Diakonische Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz (2005: 17). Unter ihnen sind sowohl Anbieter zu finden, die sich auf einzelne sich ethnisch-kulturell oder sprachlich unterscheidende Klientengruppen spezialisiert haben als auch solche, die gruppenübergreifende kultursensible Leistungen offerieren. In einzelnen Projekten wurden zudem Kurse für pflegende Angehörige älterer Migranten ins Leben gerufen, die entweder in der Muttersprache einer Zielgruppe oder in stärkerer Ausrichtung auf spracharmes Bildmaterial durchgeführt werden.

Andere Bildungsangebote wenden sich an Mitarbeiter in Altenhilfe und -pflege, um sie interkulturell fortzubilden, an Aus-, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen, um sie für eine stärkere kultursensible Ausgestaltung der eigenen Angebote zu sensibilisieren, sowie an junge Migrantinnen und Migranten, um sie für Berufe in der Altenpflege zu gewinnen. Auch der MDK hat in ersten Schritten damit begonnen, sein Personal für die Begutachtung Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund weiterzubilden (vgl. Geisler 2012). Zur Verbesserung der Verständigung von Personal und Patienten bzw. Pflegebedürftigen wird deutschlandweit die Ausbildung und Vermittlung von Sprach- und Kulturmittlern für den Gesundheitsbereich – genau wie für das Sozial- und Bildungswesen – vorangetrieben (vgl. z. B. BZgA 2012: 48, 2013: 61; Groner 2012; Meyer/Steinke 2014), während die Johannes-Gutenberg-Universität Mainz 2013 den Masterstudienschwerpunkt *Fachdolmetschen in medizinischen, sozialen und behördlichen Einsatzbereichen* eingeführt hat (BZgA 2014: 66). Projekte wie *FaDA – Fachsprache Deutsch in der Altenpflege* fördern zudem Pflegekräfte sowohl mit als auch ohne Zuwanderungsgeschichte in der Verbesserung ihrer berufsbezogenen Deutschkenntnisse (vgl. Baric-Büdel 2012). Älteren Migranten und ihren Angehörigen stehen zur gleichen Zeit eine zunehmende Anzahl an mehrsprachigen Informationsmaterialien und zum Teil auch telefonische Angebote zur Verfügung. So bietet etwa die unabhängige Patientenberatung (UPD) seit 2011 ihre Beratungshotline auch in türkischer und russischer Sprache an (ZQP 2012: 3), während der Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe seinen Hausnotruf im Jahr 2013 um die Möglichkeit der türkischen Ansprache ergänzte (vgl. Birkenfeld 2013). Daneben streben die ersten Pflegestützpunkte eine interkulturelle Öffnung an, wie z. B. die *Initiative für kultursensible Pflegestützpunktarbeit – Empfehlungen und Arbeitshilfen* von Mitarbeitern mehrerer Pflegestützpunkte in Berlin deutlich macht (vgl. Orłowski 2013).

---

<sup>292</sup> Während ein Großteil der Angebote durch die Ausländersozialarbeit der Wohlfahrtsverbände initiiert wurde, bildeten sich andere Seniorentreffs durch das ehrenamtliche Engagement ausländischer Sozialarbeiter sowie mancherorts in Eigenregie älterer Migranten heraus. Dabei wurden Vereine der ersten Migrantengeneration durch die Alterung ihrer Mitglieder mitunter in Altenclubs umgewandelt (vgl. u. a. BT-Drs. 12/5796: 43; Scheffler 1996: 7; Schweppe 1994c: 28).

Während sich bereits in den 1990er Jahren auf lokaler Ebene diverse Arbeitsgruppen aus unterschiedlichen Akteuren gründeten, die sich den Bedarfslagen älterer Migranten vor Ort zuwendeten, fanden über die Jahre hinweg zunehmend auch Vertreter unterschiedlicher Einrichtungen, Träger und Verbände in Projekt-, Fachgruppen- und Vereinsstrukturen zusammen, um den gegenseitigen Erfahrungsaustausch in der Altenhilfe- und Altenpflegearbeit mit älteren Migranten zu verstetigen. Gleichzeitig wurden Projekte zur Konzeptentwicklung und Erarbeitung von Handreichungen zur kultursensiblen Pflege angestoßen und weitere Stellen geschaffen, die öffentlichen und sozialen Einrichtungen als Berater in Prozessen einer interkulturellen Öffnung zur Seite gestellt wurden. Prominente Vertreter sind etwa die 2002 gegründete, heute jedoch nicht mehr existierende Informations- und Kontaktstelle Migration (IkoM), die sich im Wesentlichen die Sammlung und Weitergabe bestehender Informationen und Erfahrungen in der Arbeit mit älteren Migranten zur Aufgabe gemacht hatte (vgl. BT-Drs. 15/5826: 92), oder das *Kompetenz Zentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe* in Berlin (kom•zen) (vgl. z. B. Gleich 2011). Daneben können Dienste, die sich interkulturell öffnen wollen, mittlerweile auf eine Vielzahl an Checklisten zurückgreifen, die ihnen den Prozess erleichtern sollen, auch wenn andere Diskursteilnehmer den Standpunkt vertreten, dass es keine allgemeingültigen Rezepturen interkultureller Öffnung gebe, sondern jede Einrichtung anhand grundlegender Empfehlungen ihren eigenen Weg beschreiten müsste (vgl. ACkA/KDA 2002: 45). In der Stadt Jena können Einrichtungen darüber hinaus das Gütesiegel „Interkulturell orientierte Einrichtung“ erlangen. Beraten und begleitet werden sie im Zertifizierungsprozess durch die *Fachstelle Interkulturelle Öffnung* in Trägerschaft des AWO Kreisverbandes Jena-Weimar e. V.

Entsprechend des an Gewicht gewonnenen Beweggrunds, eine interkulturelle Öffnung zugunsten der Sicherung des Pflegepersonals anzustoßen, sei noch auf solche Initiativen verwiesen, welche die Anwerbung ausländischer Hilfs- und Fachkräfte aus Gesundheitsberufen zum Ziel haben. Auf bundespolitischer Ebene sind hierfür in der jüngeren Vergangenheit vermehrt Pilotprojekte ins Leben gerufen worden. Im Hinblick auf die Altenpflege förderte das Bundeswirtschaftsministerium etwa eine verkürzte Altenpflegeausbildung für eine Gruppe vietnamesischer Krankenpflegekräfte, während der Arbeitgeberverband Pflege in Kooperation mit der Bundesagentur für Arbeit eine Initiative realisierte, um chinesische Krankenpfleger für die Arbeit in deutschen Pflegeheimen zu gewinnen. Zudem wurden Vermittlungsabsprachen bzgl. der Anwerbung von Krankenpflegefachkräften mit Serbien, Bosnien-Herzegowina, den Philippinen und Tunesien getroffen und im Rahmen innereuropäischer Projekte insbesondere spanische Pflegekräfte für eine Tätigkeit in Deutschland geworben. Mit der Kategorisierung der Altenpflege als Engpassberuf erfolgte darüber hinaus eine Öffnung des Pflegearbeitsmarktes für Fachkräfte mit qualifizierter Berufsausbildung aus Drittstaaten, mit denen keine Vermittlungsabsprachen bestehen. Daneben existieren (Kooperations-)Projekte einzelner Bundesländer oder Wohlfahrtsverbände zur Gewinnung ausländischer Pflegekräfte (vgl. Angenendt/Clemens/Merda 2014: 6; BMFSFJ 2015: 124-127). Die Diakonie (2014) hält zudem eine Handreichung für Einrichtungsträger parat, in der sie ihnen eine internationale Öffnung ihrer Personalpolitiken empfiehlt und praktische Hinweise für deren Realisierung gibt.

Schließlich sei nun detaillierter auf die stationären Erfahrungen verwiesen, Altenpflegeangebote interkulturell zu öffnen. Das erste stationäre Projekt, das zu großer Aufmerksamkeit in Fachkreisen interkultureller Altenhilfe und -pflege gelangte und bis heute ein beliebter Ansprechpartner in Fragen kultursensibler stationärer Altenpflege geblieben ist, ist das *Haus am Sandberg*, das Multikulturelle Seniorenzentrum des DRK Landesverband Nordrhein in Duisburg. Im Pilotprojekt *Ethnischer Schwerpunkt Altenhilfe – zur Konzipierung eines internationalen Altenheims* (1994-1997) ermöglichten die Planungen eines Altenheim-Neubaus unter wissenschaftlicher Begleitung erstmals die spezifische Ausrichtung eines Teils einer stationären Einrichtung an den Belangen türkischer Senioren in Deutschland – sowohl in konzeptioneller als auch baulicher Hinsicht. Zwei türkischstämmigen Mitarbeitern oblag zu Beginn des Projekts die Aufgabe angemessene Informationsbroschüren für die türkischstämmige Bevölkerung zu erarbeiten und zu vermitteln sowie als Ansprechpartner für die Zielgruppe zu fungieren. Neben der wesentlichen Arbeit, die stationäre Einrichtung für türkische Senioren attraktiv zu machen als auch die deutschen Heimbewohner auf die zukünftige interkulturelle Ausrichtung des Heims vorzubereiten, nahm sich das Projekt zur Aufgabe, das gegenwärtige bikulturelle Fachpersonal auch durch eigens entwickelte Fortbildungsmaßnahmen weiterzuqualifizieren sowie neue bikulturelle Fachkräfte für eine Ausbildung im Pflegesektor als auch die Mitarbeit im neuen Heim zu gewinnen. Bei allen Aufgaben spielte die Kooperation des Projekts mit Vertretern der türkischen Communities sowie mit der kommunalen Alten- sowie Migrationssozialarbeit eine entscheidende Rolle (vgl. Hielen 1998a: 101-109; Jenrich 1996, 1999).

Neben den mehrsprachigen Materialien, dem multikulturellen Pflegeteam und dessen spezifischer Fortbildung sowie den Kooperationen mit besagten Akteuren im Umfeld der Einrichtung sprächen mitunter ein Gebetsraum für Muslime, eine internationale Bibliothek, ein wöchentlich stattfindender mediterraner Markt, der insbesondere als Erinnerungsinsel für Demenzerkrankte gedacht ist, internationale Feste, eine spezifische räumliche Gestaltung, die Zusammenarbeit mit Moscheevereinen als auch ein sog. interkultureller Besuchsdienst für die interkulturelle Ausrichtung des Hauses, das sich von ihrer anfänglichen Konzentration auf türkischstämmige Pflegebedürftige bis heute gelöst hat. Neben viel Zuspruch musste sich das Haus am Sandberg in den Anfangsjahren jedoch auch den „Vorwurf der Kostenträger [gefallen lassen], mit dem Haus einen Bedarf zu wecken, der doch noch gar nicht vorhanden sei“ (Skodda 1999: 19). Während es bis 1999 tatsächlich auch „[n]ur durch intensive Öffentlichkeitsarbeit [...] gelungen [sei]“ (ebd.), dass rund zehn Prozent der Bewohner Migranten seien, belief sich der Anteil von Bewohnern mit Migrationshintergrund im Jahr 2012 auf 27 Prozent. Die Vorreiterrolle des Hauses in der interkulturellen Öffnung stationärer Pflegeangebote spiegeln auch die zahlreichen Besuchergruppen wider, die bis heute in die Einrichtung kommen (Gregull 2012).

Nach und nach wurden weitere Pflegeheime bekannt, die versuchten ihre Angebote interkulturell zu öffnen wie z. B. eine Pflegestation der Diakonie im Berliner Neukölln (vgl. Matzker 2003) und das Pflegezentrum der Caritas St. Marienhaus in Berlin-Kreuzberg (vgl. Grigoszat 2004, 2005) oder sich kultursensibel auf einzelne Gruppen auszurichten wie z. B. das Victor-

Gollancz-Haus des Frankfurter Verbandes für Alten- und Behindertenhilfe e. V. und das Haus der Altenpflege der Roten Kreuz Schwesternschaft Oranien e. V., die je eine Wohngruppe für muslimische Migranten einrichteten (vgl. Bundesgeschäftsstelle AKTIONCOURAGE 2006b: 18 f.; Bychowski 2006, 2007). Daneben wurden Angebote ins Leben gerufen, die sich auf spezielle Gruppen von älteren Migranten konzentrierten, wie das erste in Deutschland gegründete türkische Altenheim *Türk Huzur Evi* in Berlin, das aus einem Kooperationsprojekt eines großen privaten Pflegeheimbetreibers mit der Türkischen Gemeinde Berlin entstand (vgl. Jenrich/Krüper 2007; Otte 2009), die Wohngruppe *Nascha Kwartihra* für russischsprachige Pflegebedürftige und Demenzkranke in Köln, die unter Beteiligung verschiedener privater und freigemeinnütziger Organisationen aufgebaut wurde (vgl. Schneider 2007), oder eine Tagespflegeeinrichtung für türkische und arabische Migranten eines privaten Trägers in Berlin (vgl. DRK/FkA 2008: 83).<sup>293</sup> Zanier (2015: 10) weist zudem darauf hin, dass einige große Pflegeanbieter wie die Nürnberger AWO oder die Stuttgarter Caritas eine interkulturelle Öffnung ihrer Einrichtung als Querschnittsthema verankert haben, während andernorts Land oder Kommunen interkulturelle Öffnungsprozesse ansässiger Pflegeheime vorantreiben, wie dies etwa München mit der Rahmenkonzeption 2014-2020 zur interkulturellen Öffnung der stationären Langzeitpflege tut.

Die Vielfalt der interkulturellen Öffnungsversuche und kultursensiblen Angebote zeigt sich auch in Initiativen, die kombinierte Dienstleistungen offerieren, z. B. sowohl kultursensible Hauspflege als auch Pflegeplätze in interkulturellen Wohngemeinschaften anbieten (vgl. z. B. Springer 2011; Weber 2013: 36), interkulturelles Service-Wohnen, Tagespflege und eine Demenz-WG mit Stadtteilarbeit verbinden (vgl. IBA Hamburg GmbH 2014), oder in Projekten und Ideen, die sich speziell im Bereich des privaten und betreuten Wohnens an den Bedürfnisse älterer, teils pflegebedürftiger Migranten ausrichten, ethnienpezifische Wohnprojekte planen oder Überlegungen miteinbeziehen, die das Pendeln von Migranten im Alter berücksichtigen (vgl. z. B. Gregull 2012; maxq/RISP 2010: 28 f.; Özçelik 2012; Waltz 2010: 229-234; Zeman 2012: 456).

Anders als viele Einrichtungen, die ihr Angebot in den letzten Jahren auf eine kultursensible Pflege umstellten (weitere Beispiele vgl. z. B. Capanoglu/Hellbusch 2013: 30 f.; Schwemmer 2013), gab das erste türkische Altenheim in Deutschland im Jahr 2012 seine interkulturelle Orientierung auf zuerst türkischstämmige und später muslimische pflegebedürftige Senioren aufgrund einer zu geringen Nachfrage wieder auf und spezialisiert sich nun unter neuem Namen auf die Betreuung von Menschen mit Demenz und Abhängigkeitserkrankungen (vgl. Protschka 2012: 1425; Weber 2013: 35). Dabei sei noch darauf hingewiesen, dass ein Streitpunkt der die Debatten über die Ausgestaltung von interkultureller Öffnung und kultursensiblen Angeboten von Anfang an begleitete, sich um die Frage dreht, ob neben integrativen Angeboten auch solche spezialisierte, häufig als Insellösungen bezeichnete Dienste für spezifi-

---

<sup>293</sup> Darüber hinaus haben sich auch in der Hospizarbeit kultursensible Angebote entwickelt, wie etwa der interkulturelle Hospizverein e. V. *Dong Heng* (DRK/FkA 2008: 79). Der gemeinnützige Verein *MUSE – Muslimische Seelsorge e. V.* in Wiesbaden qualifiziert daneben ehrenamtliche Helfer als Seelsorger für pflegebedürftige Migrantinnen und Migranten und arbeitet dabei eng mit Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen vor Ort zusammen (vgl. Deutscher Verein 2011: 69 f.; MUSE 2014).

sche ethnische oder religiöse Gruppen sinnvoll sind. Während sich die Einen für eine primär ‚klassische‘ interkulturelle Öffnung der Regeldienste aussprechen, um der Vielfalt der Gruppe älterer Migranten gerecht zu werden (vgl. z. B. Deutscher Verein 2011: 68, 71), halten Andere die Entwicklung spezifischer Einrichtungen etwa für Muslime für denkbar oder sogar notwendig, zumindest solange bis eine grundsätzliche Kultursensibilität in den Regeleinrichtungen erreicht werden konnte (vgl. z. B. Celik 2013: 751; Zeman 2012: 462). Wiederum Andere halten in der Frage nach interkulturellen versus spezifischen Angeboten eine Entweder-Oder-Antwort für unangebracht, sondern sprechen sich für Lösungen aus, die an die jeweiligen regionalen Bedingungen ausgerichtet und wirtschaftlich überlegt sind. Schließlich müsse sich die Vielfalt der Gruppe älterer Migranten auch in einer vielfältigen Angebotsstruktur wiederfinden (vgl. z. B. Ertl 2012: 46; Kämmerer-Rütten 2011: 39 f.; Magistrat der Stadt Frankfurt am Main – Amt für multikulturelle Angelegenheiten 2013: 48).<sup>294</sup>

Die bisherigen Befunde interkultureller bzw. kultursensibler Angebote in der Altenpflege deuten nun darauf hin, dass es in der ambulanten Pflege vorrangig privat-gewerbliche Träger sind, die kultursensible Angebote vorhalten, während dies im stationären Bereich mehrheitlich auf Einrichtungen zutrifft, die sich in Trägerschaft eines der großen Wohlfahrtsverbände befinden (vgl. auch Baric-Büdel/Barth 2011: 44). Einzelne Projekte finden zudem in Kooperation mit Migrantenselbstorganisationen (MSOs) statt (z. B. die Wohngruppe *Nascha Kwartihra*). Insgesamt existieren aber nur wenige Veröffentlichungen, die über das Engagement von MSOs zu Fragen von Alter und Pflege informieren (vgl. z. B. Alpbek 2008; Halm/Sauer 2015; Yilmaz 2014), wenn auch Reinprecht (2011: 41) darauf hinweist, dass (zumindest) türkischstämmige Ältere zunehmend auf Angebote von ethnischen oder religiösen Organisationen zurückgreifen können. Eine Studie im Auftrag der Deutschen Islam Konferenz (DIK) ergab, dass soziale Dienstleistungen der in der DIK vertretenen religiösen Dachverbände und ihrer Gemeinden sich vorrangig auf Kinder und Jugendliche beziehen, während die fast ausschließlich auf ehrenamtlicher Basis organisierten Angebote für Ältere vor allem im Bereich offener Seniorenarbeit liegen. Als zentrale Barriere für den Ausbau des sozialen Dienstleistungsangebots für Senioren erweisen sich dabei die eingeschränkten Möglichkeiten hauptamtliche Mitarbeiter zu beschäftigen (vgl. Halm/Sauer 2015: 105 f.). Auch die Teilstudie von Ruddat (2014) zur kultursensiblen Altenhilfe und -pflege kommt zu dem Schluss, dass die Mehrheit kultursensibler Angebote auf das Engagement etablierter Akteure, wie z. B. von Mitgliedern der Wohlfahrtsverbände gründet, während neue Feldakteure wie MSOs oder spe-

<sup>294</sup> Nachdem 2007 das Türk Huzur Evi eröffnet worden war, stellten der Generalsekretär der Türkischen Gemeinde in Berlin Celal Altun und die stellvertretende Direktorin der Stiftung Zentrum für Türkeistudien Gülay Kizilocak ihre Argumente für und gegen spezifische Altenpflegeeinrichtungen für türkischstämmige Senioren in der Fachzeitschrift *Altenpflege* vor. Ihre Aussagen spiegeln den Diskurs über die interkulturelle Öffnung in Form von Inselfösungen weitgehend wider. Während sich Altun für spezifische Pflegeangebote dieser Art aussprach und dabei auf die Berücksichtigung kultureller Bedarfslagen als Voraussetzung einer ganzheitlichen Pflege sowie auf die bereits in Deutschland vielfach vorhandene kulturelle religiöse – katholische, evangelische und jüdische – Ausgestaltung von Pflegeangeboten verwies, werde nach Auffassung Kizilocaks durch ethnienspezifische Einrichtungen die gesellschaftliche Teilung zwischen Migranten und Nichtmigranten weiterverangetrieben. Sie appelliert dagegen für einen integrativen interkulturellen Ansatz der Altenpflege in Deutschland, auf dessen Weg die Einrichtung ethnischer Schwerpunkte, d. h. ethnisch-kulturell oder religiös spezialisierte Wohngruppen innerhalb bestehender Pflegeheime, jedoch ein wesentlicher Entwicklungsschritt darstellen kann (vgl. Altun/Kizilocak 2007).

zifische Initiativen seltener zu den Initiatoren zählen (vgl. auch Grohs/Schneiders/Heinze 2014: 135).

Für ein Gesamtbild, inwieweit die deutsche stationäre Altenpflege interkulturell geöffnet bzw. kultursensibel ausgerichtet ist, fehle es bisher an belastbaren Daten (vgl. Zanier 2015: 10). Tatsächlich ist neben vereinzelt qualitativen Untersuchungen interkulturell ausgerichteter stationärer Altenpflegeeinrichtungen bis heute auch die Anzahl quantitativer Erhebungen überschaubar geblieben (vgl. Kap. I. *Schlussbemerkungen*). Ihre Ergebnisse seien zudem nur eingeschränkt aussagekräftig, weil sie einerseits auf regionale Gegebenheiten begrenzt blieben und andererseits auf Selbsteinschätzungen der Einrichtungen gründeten (vgl. Zanier 2015: 10). Ohne auf Details spezifischer Dienstleistungen für Senioren mit Migrationshintergrund einzugehen, verwies z. B. die Studie zu „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ auf sechs Prozent der befragten stationären Einrichtungen in Deutschland, die „spezielle Beschäftigungs- und Betreuungsangebote für diesen Personenkreis“ (BMG 2011b: 118) anboten. 12 Prozent der Einrichtungen verfügten zudem über religiöse – ebenso nicht näher spezifizierete – Angebote für Muslime.<sup>295</sup> In einer auf Frankfurt am Main begrenzten standardisierten Befragung gaben 20 von 48 befragten ambulanten und stationären Einrichtungen an, spezifische Angebote für ältere Migranten bereitzustellen. 44 Prozent sind beratende und unterstützende Angebote, 29 Prozent können als Freizeitangebote und 25 Prozent als Dienstleistungen im Bereich der Pflege und Betreuung – 11 von 17 Angebote als vollstationäre Dienstleistungen sowie 6 im Bereich der Kurzzeitpflege – beschrieben werden (Barg et al. 2013: 46 ff.). Daneben sagten stationäre Dienste in einer auf Baden-Württemberg begrenzten Studie aus, zu 52 Prozent über Pflege- und Betreuungskonzepte mit kultursensiblen Gesichtspunkten zu verfügen und in rund 18 Prozent der Fälle den Mitarbeitern spezifische auf interkulturelle Kompetenzen ausgerichtete Fortbildungen anzubieten. Etwas weniger als ein Viertel der Einrichtungen unterhält zudem Kooperationen mit Migrantenselbstorganisationen, während insgesamt vier Prozent der stationären Dienste mehrsprachige Informationsmaterialien besitzen (Gladis/Kowoll/Schröder 2014: 33 f.).<sup>296</sup>

Fasst man die Einschätzungen unterschiedlicher Autoren zusammen, sind interkulturelle Öffnungsprozesse deutlich häufiger im ambulanten als im stationären Altenpflegebereich anzutreffen. Kultursensible Angebote in stationären Einrichtungen stellten vielmehr eine Ausnahme dar. Gleichzeitig kann in beiden Sektoren häufig ein rein punktuell wie auch pragmatisches Vorgehen beobachtet werden, das sich entweder in der Realisierung von Einzelmaßnahmen oder in der Orientierung auf einzelne ethnisch-kulturelle, nationale oder sprachliche Gruppen ausdrückt – was wie bemerkt nicht einheitlich als (angemessene) Strategie im Sinne einer interkulturellen Öffnung verstanden wird – und zwar insbesondere dort, z. B. in Ballungsgebieten, wo ein Nachfragedruck durch einen großen Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund erlebt wird (vgl. BMFI 2010: 313; Deutscher Verein 2011: 71; Gregull 2012:

---

<sup>295</sup> Von den ambulanten Diensten gaben 7 Prozent an, spezifische Dienstleistungen für Migranten anzubieten (BMG 2011b: 83).

<sup>296</sup> Die befragten ambulanten Dienste weisen bei den beiden zuerst genannten „interkulturellen Aspekten“ der Studie ähnliche Werte auf, verfügen jedoch deutlich häufiger über mehrsprachiges Material (rd. 13 %) und seltener über Kontakte zu Migrantenselbstorganisationen (rd. 18 %) (Gladis/Kowoll/Schröder 2014: 33 f.).

57; Zanier 2015: 10). Dementsprechend weit ist auch die Kritik an einer bisher noch unzureichenden kultursensiblen Ausrichtung stationärer Altenpflegeangebote verbreitet. Zwar könnten interkulturelle Orientierung und Öffnung als verbreitete Agenda in der Altenpflege gelten, praktische Umsetzungen blieben jedoch entweder aus oder auf (Modell-)Projektstatus stehen, ohne eine nachhaltige Wirkung auf die Strukturen des Altenpflegesystems zu erzielen (vgl. z. B. Liederbach 2011; Olbermann 2013a: 3; Orfeld/Sellinghoff 2013: 36),<sup>297</sup> wodurch zumeist von einer reinen „Nebenherversorgung“ (Schilder 2012: 218) älterer Migranten ausgegangen werden muss. Das bedeutet zugleich aber nicht, dass das Etikett einer interkulturellen Öffnung nicht inflationär Verwendung fände. So wird auch immer wieder von Einrichtungen berichtet, die mit interkulturellen oder kultursensiblen Angeboten werben würden, ohne „auf konkrete konzeptionelle Grundlagen aufzubauen“ (Kämmerer-Rütten 2011: 37; vgl. auch Hahn 2011: 74; Heberger 2014: 292). Gaitanides, der in verschiedenen früheren Veröffentlichungen (2001b: 56, 2004a: 13, 2004b: 36) auf dieses Phänomen hingewiesen hat, bezeichnet solche Erscheinungen oberflächlicher Veränderungen als Etikettenschwindel, kosmetische Anpassungen oder – wie im Britischen – tokenism.<sup>298</sup>

Die Erklärungen, welche für die geringen Umsetzungserfahrungen kultursensibler Altenpflege angeführt werden, ähneln sich über die vergangenen Jahrzehnte stark. Dabei stechen insbesondere folgende Begründungen heraus. Einerseits sei eine geringe Realisierung interkultureller Öffnung in der Altenpflege darauf zurückzuführen, dass vor allem stationäre Einrichtungen keinen (spezifischen) Bedarf respektive eine (ausreichende) Nachfrage von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund wahrnehmen, was eine interkulturelle Ausrichtung der Angebote rechtfertigen würde (vgl. z. B. HMFAS 1998a: 34; Liederbach 2011; Zeman 2003: 3). Andererseits hinderte eine angespannte Ressourcenausstattung viele Einrichtungen daran, Prozesse einer interkulturellen Öffnung einzuleiten (vgl. z. B. Baric-Büdel/Zanier/Wagner 2009; Gerling 1998: 131). Daneben wird die konfessionelle Ausrichtung vieler Dienste als Hemmnis angesehen, die es diesen Einrichtungen erschwerten sich auf der eigenen Mitarbeiterebene interkulturell zu öffnen (vgl. Fischer 2007: 47; Gaitanides 2004a: 12).<sup>299</sup> Zanier (2015: 11) geht in ihrer Bewertung so weit, dass das Thema „Alter und Migration“ politisch

<sup>297</sup> Ähnlich stellt sich die Situation innerhalb des Deutschen Roten Kreuzes dar, welches eine verbandsweite Befragung zur Beurteilung und Umsetzung interkultureller Öffnungsmaßnahmen durchgeführt hat. Die Befunde zeigen, dass die Relevanz interkultureller Arbeit und Weiterentwicklungsprozesse als hoch eingeschätzt wird, auf vielen Ebenen des Verbandes hätten sich jedoch noch keine nachhaltigen strukturellen Veränderungen ergeben oder würden nur unsystematisch ausgeführt. Vor allem in seinen örtlichen Strukturen repräsentiere sich das DRK noch zumeist als klassisch deutscher Verein (DRK 2011: 3, 2013: 24; Karakas 2011: 13).

<sup>298</sup> Häufig wird dabei ein Beispiel einer Altenhilfeeinrichtung angeführt, die im Versuch ihre eigenen Angebote interkulturell zu öffnen, zwar einen türkischsprachigen Flyer veröffentlichte, jedoch keine weiteren Umstrukturierungen unternahm. Zudem müsse der Flyer mehr als ein Verschließen als eine Öffnung des Dienstes gegenüber türkischsprachigen Senioren gewertet werden, wenn man beachte, dass die Informationsbroschüre im Vergleich zu derjenigen für deutschsprachige Klienten auf schlechterem Papier gedruckt sei und die im deutschen Flyer noch vorhandene Begrüßungsformel ‚Herzlich Willkommen‘ in der türkischen Broschüre fehlte (vgl. z. B. Khan-Zvorničanin 2009: 27).

<sup>299</sup> Andere Erklärungen einer geringen interkulturellen Öffnung sozialer Dienste im Allgemeinen und Einrichtungen der Altenpflege im Besonderen lauten, dass es an konkreten Handlungsanleitungen fehle, Unsicherheit darüber besteht, ob sich das Engagement einer interkulturellen Öffnung für eine Einrichtung lohnt, Ängste vor Mehrarbeit vorherrschten oder Führungs- und Leitungskräfte zu selten interkulturell qualifiziert seien (vgl. Baric-Büdel/Zanier/Wagner 2009; Hielen 2000: 34; Straßburger 2009: 231; Zanier 2015: 10).

wie praktisch auf dem Status einer „Randaufgabe“ verharrt und „immer noch keine Lobby“ gefunden hätte. Filsinger (2002: 20) erwartete bereits Anfang der 2000er Jahre, dass sich ein Wandel sozialer Dienste im Sinne einer interkulturellen Öffnung nur „in kleinen Schritten und in einer längeren zeitlichen Perspektive“ einstellen werde, was er sowohl auf die zögerliche und schwankende Integrationspolitik als auch die „Robustheit des deutschen Institutionensystems“ und die traditionelle Wohlfahrtsstruktur zurückführte.

Diese Begründungen gilt es aus einer feldspezifischen Perspektive näher zu betrachten, wobei auch ein Blick zurück auf die Kenntnisse, die über die Erfahrungen einer kultursensiblen Ausgestaltung von Altenhilfe- und Altenpflegeangebote in anderen Ländern bereits gewonnen worden sind, hilfreich erscheint. Wird zunächst das Argument beleuchtet, dass in der Praxis (spezifische) Bedarfe nach professioneller Pflege und Betreuung durch ältere Migranten ausschließlich in geringem Umfang erfasst oder als solche anerkannt werden, ist die eingangs beschriebene Vorstellung in Erinnerung zu rufen (vgl. Kap. I. 1.3), dass ähnlich wie in Schweden in Deutschland häufig das Bild vorherrscht, die Mehrheit aller Migranten würde – eingebettet in ein Großfamiliendasein – über starke familiärer Unterstützungsnetzwerke verfügen. Wird eine solche Vorstellung von Pflegeanbietern geteilt, trägt sie mit Sicherheit dazu bei, eine niedrige Nachfrage nach professionellen Dienstleistungen durch Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund anzunehmen. Diese Meinung wird sich bestätigen, wenn eine aktive Nachfrage nach Pflegeplätzen durch diese Gruppen ausbleibt und den verantwortlichen Akteuren zur gleichen Zeit mögliche Zugangsbarrieren von (älteren) Migranten zu den Regelangeboten nicht bewusst sind. Wie die bereits zuvor erwähnte international vergleichende PRIAE-Studie verdeutlicht (vgl. Kap. III. *Schlussbemerkungen*), waren deutsche Fach- und Leitungskräfte aus dem Sozial- und Gesundheitswesen Mitte der 2000er Jahre tatsächlich in geringerem Maße davon überzeugt, dass ältere Migranten Hürden zu ihren Diensten und Angeboten als auch spezifische Bedarfe und Probleme besitzen, als dies bspw. für Professionelle aus Großbritannien der Fall war (rd. 60% im Vergleich zu über 80%). Der Vergleich ist für das vorliegende Argument insofern interessant, als dass Großbritannien über eine insgesamt stärker ausgeprägte kultursensible Altenhilfe- und Altenpfelandschaft verfügt, als dies auf Deutschland zutrifft,<sup>300</sup> und somit unter der Bedingung, dass britische Professionelle bereits zu einem früheren Zeitpunkt in größerem Maße die Wahrnehmung oder Überzeugung teilten, dass älterer Migranten ein Klientel mit spezifischen Bedarfen und Bedürfnissen darstellen, was unter deutschen Akteuren auf dem Altenpflegefeld bis heute als Mangel kritisiert wird. Das Bewusstsein und die Anerkennung eines vorhandenen als auch spezifischen Bedarfs von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund müssen jedoch als eine wichtige Voraussetzung auf dem deutschen Altenpflegefeld dafür gelten, kultursensible Angebote zu realisieren. Einerseits, weil es gerade zum bestimmenden Interesse bzw. kollektiven Anspruch der Feldakteure zählt, bedürfnisorientierte bzw. bedarfsgerechte Pflegeangebote vorzuhalten; andererseits, weil Pflegeanbieter im Zuge der Vermarktlichung des Pflegesektors zunehmend Zwän-

---

<sup>300</sup> Bereits Anfang der 2000er Jahre belegt Gerling (2003a) in einer Fallstudie zur offenen Altenhilfe, dass mehr Dienste in Großbritannien auf ältere Minderheitenangehörige ausgerichtet sind, als dies auf die deutsche Situation zutrifft. Die Rechercheergebnisse der vorliegenden Studie legen nahe, dass dieses Ergebnis auch auf den Altenpflegesektor übertragen werden kann.

gen einer ökonomischen Handlungsorientierung unterworfen sind. Aus finanziellen Überlegungen der Angebotsgestaltung heraus werden verantwortliche Akteure ebenso zunächst von der Existenz eines (spezifischen) Bedarfs überzeugt sein müssen, um entsprechende organisatorische Voraussetzungen zu schaffen.

Die Beurteilung der Bedarfslagen älterer Migranten nach professioneller Pflege durch die Pflegepraktiker kann jedoch nicht als alleinige Erklärung eines gering ausgeprägten kultursensiblen Pflegeangebots in Deutschland gelten, gerade wenn berücksichtigt wird, dass mit rund 60 Prozent auch viele deutsche Professionelle (bereits) Mitte der 2000er Jahre, ältere Migranten als ein Klientel mit spezifischen Bedarfen betrachteten.<sup>301</sup> Eine weitere Erklärung setzt an den zuvor beschriebenen Feldmerkmalen an, mit denen Pflegeheime konfrontiert sind. So sind sie durch die Einführung der GPV und deren andauerndem Reformprozess, der eingangs bereits umrissen wurde, vor die Aufgabe gestellt, zur gleichen Zeit hohe medizinische-pflegerische Standards sowie wachsende Qualitätsanforderungen zu erfüllen, wirtschaftlich zu arbeiten (mitunter auch Gewinne zu erzielen) und sich auf dem konkurrierenden Pflegemarkt gegenüber Mitbewerbern zu behaupten (vgl. Kap. I. 2. und IV. 2.). Die Vielzahl der politisch-rechtlichen wie öffentlichen Erwartungen, die gegenüber den Diensten erhoben werden, scheinen bei einer gleichzeitig angespannten Finanzlage vieler Pflegeheime (vgl. Kap. ebd.) nur schwer realisierbar. Dementsprechend gilt – wie von manchem Autor vertreten – die Forderung nach Kultursensibilität in der Praxis auch entweder als eine unter vielen nicht umsetzbaren Erwartungen – auch wegen knapper zur Verfügung stehender Ressourcen (vgl. oben) – oder als ein Postulat, das hinter als dringender bewerteten Veränderungsanforderungen zurücktreten muss (vgl. Jakubeit 2005: 240; Kollak 2002).

Diese marginale Stellung, die einer kultursensiblen Altenpflegegestaltung in der Praxis demnach zukommt, findet ihre Entsprechung ebenso in ihrer rechtlichen Verankerung wie in den Richtlinien zur Qualitätsprüfung. Während die GPV die Realisierung kultursensibler Pflegebedürfnisse ausschließlich „nach Möglichkeit“ vorschreibt (vgl. Kap. IV. 2.1), findet sie sich in den Prüfanleitungen des MDK für stationäre Einrichtungen alleine in einem Bewertungskriterium für die soziale Betreuung, das zudem in der Regel nur nach seinem konzeptionellen Vorliegen geprüft wird.<sup>302</sup> Die Forderung der BAGFW (2013: 13), die mit einer kultursensiblen Pflege einhergehenden Aufgaben als Bestandteil der abrechnungsfähigen Leistungen der GPV zu definieren, bringt nicht nur den Bedarf nach einer finanziellen, sondern folglich auch rechtlichen Aufwertung der Forderung stärkerer Kultursensibilität im Feld zum Ausdruck.

<sup>301</sup> Und es zudem wahrscheinlich scheint, dass in den letzten Jahren eine weitere Sensibilisierung für Bedürfnisse pflegebedürftiger Migranten erfolgt ist, indem mitunter verschiedene Akteure verstärkt für eine interkulturelle Öffnung in der Altenpflege geworben haben, eine kultursensible Altenpflege in die Ausbildungscurricula aufgenommen und Konzepte für Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen entworfen worden sind (vgl. z. B. Angelovski 2012; Kollak/Friebe 2002; Zacharak 2005; Zalucki 2003; Zielke-Nadkarni 2003b), auch wenn die Integration des Themas in die Bildungspraxis laut Jäger (2010: 4) nur langsam vorangeht und der Stellenwert in den Ausbildungscurricula der Bundesländer stark variiert (vgl. Tezcan-Güntekin/Breckenamp/Razum 2015: 19 f.).

<sup>302</sup> Demnach ist die Frage „Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Bewohnergruppen und deren Bedürfnisse ausgerichtet?“ von den Gutachtern mit „Ja“ zu beantworten, wenn eine konzeptionelle Verankerung „zielgruppenspezifische[r] Angebote für besondere Personengruppen (z.B. kultur-, religions-, geschlechts-, altersspezifisch)“ vorliegt, wie die Ausfüllanleitung erläutert. Allein wenn „Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzend das Pflegepersonal und die Bewohner befragt“ (MDS 2014: 90).

Laut BAGFW (ebd.) sei zwar die Bereitschaft zur kultursensiblen Ausgestaltung ambulanter und stationärer Dienste weit verbreitet, es fehle aber an einer notwendigen „Anerkennung durch den Gesetzgeber“.<sup>303</sup>

Eine mögliche Erklärung dieses schwachen rechtlichen Status kultursensibler Pflege und damit interkultureller Öffnungsbemühungen von Altenpflegeeinrichtungen als praktische Konsequenz liegt in ihrer spezifischen Einordnung im politischen Gefüge in Deutschland. Während die interkulturelle Ausrichtung niederländischer Pflegeangebote beispielsweise vornehmlich im Aufgabengebiet des gesundheitspolitischen Ressorts angesiedelt ist, werden Diskussionen um kultursensible und interkulturell geöffnete bzw. verschlossene soziale Dienste in Deutschland mehrheitlich im integrationspolitischen Kontext geführt und damit in einem lange vernachlässigten und bis heute stiefmütterlich behandelten Politbereich. Seit Jahren fordert bspw. der Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration, die Integrationspolitik einem kompetenzstarken Ministerium zuzuordnen, um ihre gesamtgesellschaftliche Relevanz zu bekräftigen und ihre Durchsetzungskraft zu stärken. Bis heute hat sich an der Ressortzuordnung zu dem stark von sicherheitspolitischen Interessen geleiteten Bundesinnenministerium jedoch nichts geändert (SVR 2014: 17). Daneben werden die im Nationalen Aktionsplan Integration festgeschriebenen (bundes-)politischen Aussprachen auch für eine interkulturelle Öffnung sozialer Dienste als reine Symbolpolitik kritisiert. Der NAP-I enthalte eine Vielzahl von oft geäußerten, aber bisher nicht realisierten Ansprüchen, die zur Integration und besseren Teilhabe von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland beitragen sollen. Kritisiert wird dabei auch, dass der Anspruch, zu einer integrativen Regelversorgung – anstelle von Modellprojekten – zu gelangen (vgl. Kap. IV. 2.1), bereits durch die Vielzahl im NAP-I aufgezählten befristeten Initiativen verwässert worden sei und es zudem in vielen Fällen an der strukturellen Förderung bzw. Sicherstellung der festgelegten Ziele fehlt (vgl. BAGFW 2012; MiGAZIN 2012; Schweitzer 2012; Vink 2013: 139). Darüber hinaus stellen für den Bund bereits das Anerkennungsgesetz (vgl. Kap. I. 2.) sowie verschiedene Projekte zur Weiterqualifizierung ausländischer Pflegekräfte und zur beruflichen Ausbildung von Bleibeberechtigten und Geflüchteten in Kranken- und Altenpflege umfassende Maßnahmen dar, um den Zugang zu Einrichtungen und Leistungen der Pflege zu verbessern, d. h. auch Sprachbarrieren abzubauen und eine interkulturelle Öffnung voranzutreiben, wie der Zwischenbericht des Dialogforums *Gesundheit und Pflege* verdeutlicht (vgl. BMG 2013).<sup>304</sup> Gleichzeitig scheint auch die nur schwerfällig angelaufene Antidiskriminierungspolitik in Deutschland hemmend zu wirken, vergleicht man sie mit Erfahrungen, die aus Großbritannien oder den USA bekannt sind, wo insbesondere auch antidiskriminierungspolitische Entwicklungen und Richtlinien einer kultursensiblen Altenhilfe und Altenpflege Auftrieb bzw. älteren Minderheitenangehörigen Aufmerksamkeit verschafften (vgl. Kap. III. 3.). Obwohl von zivilgesellschaftlichen Akteuren auch in Deutschland jahrelang auf eine umfassendere gesetzliche

<sup>303</sup> Auf einer Tagung der Friedrich-Ebert-Stiftung (2015: 14) zur „Gesundheitsversorgung und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft“ wurde „eine Art ‚IKÖ-BAFÖG‘ von staatlicher Seite“ ins Gespräch gebracht.

<sup>304</sup> Auch werden die Erkenntnisse zur Versorgungssituation von pflegebedürftigen Migranten aus der Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ als ausreichend bewertet und „kein Bedarf für eine vertiefende Studie gesehen“ (BMG 2013: 3). Zu den überschaubaren Aussagen der Studie s. oben.

Verankerung des Diskriminierungsschutzes über die im Grundrecht verankerten Rechte hinaus gedrungen wurde, wurde dies erst „über den Umweg der europäischen Gesetzgebung [...] möglich“ (Lewicki 2014: 22). Das dann auch nur mühsam erreichte Ergebnis deutscher Rechtegleichung – das AGG – steht jedoch in der Kritik der Europäischen Kommission lediglich eingeschränkt europarechtskonform zu sein. Ein zentraler Kritikpunkt – nicht nur von Seiten der EU (vgl. Lewicki 2015) – stellt die sog. ‚Kirchenklausel‘ dar, die eine unterschiedliche Behandlung hinsichtlich religiöser und weltanschaulicher Orientierung durch kirchliche Arbeitgeber in einem umfangreichen Ermessensspielraum als zulässig erklärt. Zwar sehen auch die europäischen Richtlinien Ausnahmeregelungen für Religionsgemeinschaften vor, begrenzen diese jedoch auf leitende Stellen mit Verkündigungsauftrag.<sup>305</sup> Die besonderen Einschränkungen des AGG sind für die Ausgestaltung kultursensibler, interkulturell geöffneter Altenpflegeeinrichtungen auch deshalb von Relevanz, da konfessionelle Träger trotz voranschreitender Gewichtsverschiebungen bis heute einen umfassenden Anteil insbesondere stationärer Dienstleistungen offerieren (vgl. Frerk 2012: 165; Lewicki 2015: 124).<sup>306</sup> Dies schließt an die genannte Begründung einer geringen interkulturellen Öffnung des Altenpflegefeldes aufgrund der konfessionellen Personalpolitik zweier bedeutender Träger an. Bis heute stelle etwa – anders als von offizieller Seite vertreten (vgl. Kap. IV. 2.1) – die Beschäftigung muslimischer Fachkräfte eine Hürde im DCV dar, auch wenn der Verband 2011 erstmals explizit Personen mit Migrationshintergrund in Stellenausschreibungen angesprochen und eine Untersuchung zur Anstellungspraxis innerhalb der Caritasorganisationen gezeigt habe, dass bereits zahlreiche positive Erfahrungen mit andersgläubigen und nicht getauften Mitarbeitern gemacht wurden (vgl. Diekelmann 2011; Hellmanns 2014: 165).<sup>307</sup> Ein Entwurf, der im Anschluss an diese Analyse die Einstellung nicht-katholischer Mitarbeiter – wenn auch nicht in Leitungspositionen – befürwortete, erfuhr jedoch keine ausreichende Zustimmung (Hellmanns 2014: 166).

Darüber hinaus ist anzunehmen, dass sich auch die Position von Migranten selbst sowie von ihnen getragenen Organisationen und Vereinen bisher nachteilig auf eine interkulturelle Öffnung des Altenpflegesystems ausgewirkt haben. Während es vielen ehrenamtlich tätigen Mig-

<sup>305</sup> Dass der Diskriminierungsschutz in Großbritannien einen deutlich höheren Stellenwert besitzt, als dies für Deutschland der Fall ist, zeigt sich nicht nur in der längeren Tradition einer bestehenden Antidiskriminierungspolitik (vgl. Kap. III. 3.), sondern bspw. auch darin, dass kirchliche Ausnahmeregelungen in britischem Recht stärkere Einschränkungen erfahren, der *Equalities and Human Rights Commission (EHRC)* über ein mächtigeres Mandat verfügt als die *Antidiskriminierungsstelle des Bundes (ADS)*, alle öffentlichen Stellen zu aktiven Gleichstellungsstrategien verpflichtet sind oder Fälle rassistische Polizeiarbeit einer intensiveren Aufarbeitung unterzogen werden, als dies in Deutschland üblich ist (vgl. Lewicki 2014: 24 ff.). Das AGG scheint zudem wenig Veränderungsdruck auf Arbeitgeber auszuüben (vgl. Raasch/Rastetter 2010).

<sup>306</sup> Neben der kritischen Beurteilung, welche die regierende Bundespolitik für ihre Antidiskriminierungspolitik bis heute erfährt (vgl. z. B. Karangwa 2015; Kollender 2015), wird auch die Glaubwürdigkeit der beiden Großkirchen in Deutschland durch ihre vehemente Einflussnahme auf das AGG und die konfessionelle Personalpolitik kirchlicher Einrichtungen vielseitig infrage gestellt, stehe sie doch in eklatantem Widerspruch zu ihren Rollen als Verfechter sozialer Gerechtigkeit (vgl. Mittmann 2015) und Fürsprecher von Migranten und sozial Benachteiligten (vgl. Lewicki 2015: 122), wofür etwa die kirchliche Einführung des Tages des ausländischen Mitbürgers Mitte der 1970er Jahre (heute Interkulturelle Wochen) oder auch das Engagement im Bereich des ‚Kirchenasyls‘ steht (vgl. Thränhardt 2016: 156; Thränhardt/Winterhagen 2012: 199).

<sup>307</sup> Zur Diskussion um die gesetzlichen Ausnahmeregelungen bei Einstellungspraxen von Kirchen und kirchlichen Verbänden vgl. Schulte (2010).

rantenselbstorganisationen an strukturellen Mitteln fehlt und auch öffentliche Förderungen gering ausfallen, um eigene Projekte (in Altenhilfe und -pflege) langfristig zu realisieren, sind zur gleichen Zeit Kooperationsstrukturen zwischen MSOs und mehrheitsgesellschaftlichen Einrichtungen erst selten vorhanden. Das ist sowohl auf die gegenseitige Unkenntnis vieler Akteure als auch die häufig mangelnde Akzeptanz von MSOs als gleichberechtigte Kooperationspartner zurückzuführen, auch weil ihnen Professionalität und Zuverlässigkeit abgesprochen wird (vgl. BMFSFJ 2011: 35; Latorre/Zitzelsberger 2011; Soll-Paschen/Fournier 2011: 231). Zwar erfahren MSOs nach jahrelanger „Missachtung bzw. ihrer misstrauischen Beobachtung“ (Pries 2013: 7) zunehmend Aufmerksamkeit, von einer umfassenden gesellschaftlichen Akzeptanz kann jedoch bis heute nicht gesprochen werden. Eine andere Stellung nehmen MSOs in Großbritannien oder den Niederlanden ein, wo sie etwa durch finanzielle Förderung unterstützt eigenethnische Altenhilfe- und Altenpflegeangebote aufgebaut haben oder an kooperativen Projekten zur kultursensiblen Ausgestaltung von Altenpflegedienstleistungen regelmäßig partizipativ eingebunden sind (vgl. Kap. III. 3.). Dementgegen scheinen sich in Deutschland mitunter auch Seniorenverbände in einer Öffnung gegenüber älteren Migranten bzw. Migrantenorganisationen schwer zu tun. Bemerkt man etwa, dass erstmals zum 10. Seniorentag der BAGSO im Jahr 2012 einige Veranstaltungen angeboten wurden, die „gezielt ältere Migrantinnen und Migranten [...] ansprachen“ (BAGSO 2012: 14), und nur zwei der über einhundert Mitgliedsorganisationen der BAGSO MSOs sind (Mitglied seit 2014 bzw. 2015).<sup>308</sup>

Indem auf dem Feld stationärer Altenpflege vor allem auch die freie Wohlfahrt eine bedeutende Position einnimmt, lässt sich im Hinblick auf die (Interessen-)Vertretung älterer Migranten auch nach der Entwicklung einer von ethnisch-kulturellen oder religiösen Minderheiten verbandlich organisierten Wohlfahrtspflege fragen. Neben der etablierten Zentralwohlfahrtsstelle der deutschen Juden wird seit mehreren Jahren die Gründung eines muslimischen Wohlfahrtsverbandes diskutiert. Auch im Rahmen des Schwerpunktthemas *Wohlfahrtspflege als Thema der gesellschaftlichen Teilhabe* der Deutschen Islamkonferenz (Legislaturperiode 2013-2017) wurde diese Frage erörtert. Während sich die Mitgliedsverbände der BAGFW offen gegenüber muslimischen Nutzern und Mitarbeitern präsentieren (vgl. DIK 2015), stellen verschiedene Praktiker und Wissenschaftler – wie bereits anklang – gerade auf der Mitarbei-

---

<sup>308</sup> Zwar hat die BAGSO sich nach eigener Aussage bereits „beim Deutschen Seniorentag 1994 in Wiesbaden solidarisch mit älteren Ausländern erklärt“ (BAGSO 2003: 25) und in einem Positionspapier 2003 ihr Engagement für die Einbeziehung älterer Migranten in Altenarbeit und -politik erneut bekräftigt (ebd.: 24 f.), im Laufe der 2000er Jahre schien das Aufgabenfeld in Ausnahme einzelner Veranstaltungen (vgl. z. B. Tippelmann 2006) oder des Schwerpunktthemas der BAGSO-Nachrichten „Engagiert in der 2. Heimat“ (2008) jedoch weiterhin eine nachrangige Stellung eingenommen zu haben. Im Jahr 2009 unterzeichnete der Geschäftsführer Klumpp (2009) das *Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe* und wiederholte die Forderung an Seniorenverbände sich stärker für die soziale Einbindung älterer Migranten zu engagieren: „Wir müssen unsere Angebote für ältere Migranten attraktiv machen, um sie für ein Mitwirken zu gewinnen. Und wir müssen auf allen Ebenen verstärkt Kontakte zu Migrantenorganisationen suchen und durch gemeinsame Erklärungen, Veranstaltungen und Projekte dafür sorgen, dass mehr miteinander statt übereinander gesprochen wird“. In den vergangenen Jahren scheint dieser Aufgabenbereich in der BAGSO an Bedeutung gewonnen zu haben, worauf sowohl eine zunehmende Thematisierung in den BAGSO-Nachrichten, die verstärkte Berücksichtigung älterer Migranten in Positionspapieren als auch die Beteiligung der BAGSO am Projekt *Nasch Dom* zur Verbesserung der Versorgung russischsprachiger Demenzerkrankter (2013-2015) gemeinsam mit dem Kultur- und Integrationszentrum PHOENIX in Köln hinweisen (vgl. BZgA 2013: 59).

terebene eine umfassende Öffnung jedoch infrage (vgl. z. B. Schwager 2014). Die bisher begrenzte Realisierung einer interkulturellen Öffnung mehrheitsgesellschaftlicher sozialer Dienste spricht laut den Befürwortern eines muslimischen Wohlfahrtsverbandes ebenso für dessen Einrichtung wie der Wunsch vieler Muslime nach religiös ausgerichteten sozialen Angeboten und der strukturellen und finanziellen Absicherung, der auf ehrenamtlicher Basis oder in Förderprogrammen verharrenden bisherigen Dienstleistungen. Ein solcher Verband wäre zudem ein Zeichen von „Gleichberechtigung und Chancengleichheit in Deutschland“ (vgl. Raissi 2015).<sup>309</sup> Während über einen muslimischen Wohlfahrtsverband bisher jedoch erst debattiert wird, gründeten elf Migrant\*innenverbände im Rahmen des zweiten deutschen Diversity-Tages am 03. Juni 2014 den *Verband für interkulturelle Wohlfahrtspflege, Empowerment und Diversity*. In dem dazu veröffentlichten Positionspapier heißt es: „Unser Verband für interkulturelle Wohlfahrtspflege versteht sich nicht nur als bloße Ergänzung bestehender Angebote, sondern auch als innovative Kraft für soziale Dienstleistungen in der Einwanderungsgesellschaft“ (VIW 2014: 1). Als zentrale Ziele definiert der Verband „Diversitykompetenz im Bereich der Wohlfahrtspflege zu erhöhen und das ehrenamtliche Potential in den Minderheitengruppen durch Empowerment sichtbar und wirkungsvoll zu machen“ (ebd.). Abhängig von den „zur Verfügung stehenden Ressourcen und der Kooperationsbereitschaft etablierter Organisationen“ (ebd.) plant der VIW zukünftig eigene bundesweite Verbandsstrukturen aufzubauen und an den Aktivitäten der deutschen Wohlfahrtspflege zu partizipieren. Welchen Beitrag der Verband für eine Weiterentwicklung des Altenpflegefeldes hinsichtlich der Bedarfe älterer Migrant\*innen leisten kann, bleibt abzuwarten. Bis zum Abschluss dieser Studie ist über sein Wirken kaum etwas bekannt.

Neben der randständigen Stellung von Migrant\*inselfstorganisationen und der mehrheitlich erst in Diskussion oder Aufbau befindlichen, eigenständigen wohlfahrtsverbandlichen Vertretung müssen auch die sonstigen Möglichkeiten von (älteren) Migrant\*innen als gering eingestuft werden, ihre Interessen öffentlich zu artikulieren, eine Problematik, die auch in der schweizerischen Diskussion um die kultursensible Ausgestaltung von Altenhilfe- und Altenpflegeangeboten thematisiert wird. Dieser Barriere liegen ebenso das eingeschränkte Wahlrecht für Ausländer in Deutschland (vgl. Hanewinkel/Oltmer 2015: 12 f.), die strukturelle Schwäche von Ausländer- und Integrationsbeiräten (vgl. Vicente 2011; Zeman 2003: 3), die – auch im europäischen Vergleich – unterdurchschnittliche Repräsentation der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in deutschen Parlamenten (vgl. Bade 2010a: 12; Markowis 2016; Schönwälder 2010) wie auch älterer Migrant\*innen in Seniorenvertretungen (vgl. Hahn 2013: 108) zugrunde, wodurch die Mitwirkungschancen an den politischen Willensbildungs- und Entscheidungsprozessen vieler Migrant\*innen begrenzt werden. Auch darüber hinaus sind die gesellschaft-

<sup>309</sup> Dass bisher kein muslimischer Verband in der Freien Wohlfahrtspflege vertreten ist, sei ebenso auf Faktoren zurückzuführen, welche die nichtmuslimische Mehrheitsgesellschaft als auch die muslimischen Bevölkerungsgruppen betreffen (vgl. dazu ausführlich Ceylan/Kiefer 2016: 2-7). Jüngste Entwicklungen wie die Einführung islamischen Religionsunterrichts und islamischer Studiengänge in einzelnen Bundesländern bzw. an einzelnen Universitäten, die Gründung eines islamischen Studienwerks sowie abgeschlossene oder in Verhandlung befindliche Staatsverträge zwischen einzelnen Bundesländern und muslimischen Gemeinschaften werden jedoch als günstige Ausgangsbedingungen für eine zukünftige Realisierung eines muslimischen Wohlfahrtsverbandes bewertet (ebd.: 7 f.).

lichen Rahmenbedingungen, unter denen Diskussionen um eine interkulturelle Öffnung von Altenpflegeeinrichtungen stattfinden, von sozialen Schließungsprozessen geprägt, die ihren Ausdruck etwa in Diskriminierungserfahrungen (vgl. SVR 2014: 23 f.) oder in Vorstellungen finden, die Menschen mit Migrationshintergrund eine vollständige gesellschaftliche Zugehörigkeit absprechen (vgl. Heckmann 2016: 228).<sup>310</sup> Parallele „Tendenzen der Öffnung und der Schließung“ (Hanewinkel/Oltmer 2015: 15) spiegeln sich zudem in ambivalenten Migrationsdebatten wider, die zwischen Einwilligung und Ablehnung von Zuwanderung schwanken. Während entsprechend einer stark arbeitsmarktbezogenen und Wirtschaftlichkeitsinteressen folgenden Einwanderungspolitik die Zuwanderung von Hochqualifizierten bzw. Arbeitskräften in nachgefragten Arbeitsmarktsegmenten in den vergangenen Jahren öffentlich stärker als Potenzial verhandelt wird, finden gleichzeitig migrationsabwehrende Diskussionen um osteuropäische ‚Armutszuwanderer‘ und weltweite ‚Wirtschaftsflüchtlinge‘ statt (vgl. Hanewinkel/Oltmer 2015; Höhne et al. 2014: 2). In diesem Kontext, der sich auch in den politischen Reformen der vergangenen Jahre widerspiegelt (vgl. Hanewinkel/Oltmer 2015; Vink 2013: 136), dürfte es eine Gruppe, die sich wie pflegebedürftige ältere Migranten nicht in die vorherrschende arbeitsmarktökonomische Nutzenorientierung im Hinblick auf Migranten einpasst, tatsächlich schwer haben, eine starke gesellschaftliche Lobby – wie sie von Zanier vermisst wird (s. o.) – für sich zu gewinnen.

Gleichzeitig zeichnet sich eine Tendenz ab, Integration wieder stärker als eine Aufgabe gesellschaftlicher Minderheiten zu betrachten. Nieke (2011: 651 f.) spricht unter Berücksichtigung einer wachsenden Missbilligung des Multikulturalismusgedankens seit den Terroranschlägen vom 11. September 2001 in den USA und den darauf folgenden erstarkten Leitkultur-Debatten in Deutschland von einem verbreiteten Neo-Assimilationismus. Dieser fordert die „Ausrichtung des Verhaltens von Individuen und Kollektiven an institutionalisierten sozialen Erwartungen. Angenommen wird dabei, daß darüber das Ausmaß des Zugangs zu den wichtigen sozialen Ressourcen der Lebensführung – wie Arbeit, Einkommen, Bildung oder Gesundheit – vermittelt ist“ (vgl. Bade/Bommes 2004: 9). Dies schließt mit ein, dass ethnisch-kulturelle Belange in der Folge als Angelegenheiten des Privaten gelten (vgl. Otto/Schrödter 2006: 6), was einer Erwartungshaltung entspricht, die Ansprüchen nach einer interkulturellen Öffnung von Regeleinrichtungen zugunsten von Bedarfen und Bedürfnissen gesellschaftlicher Minderheiten entgegensteht.<sup>311</sup>

---

<sup>310</sup> Trotz des reformierten Staatsangehörigkeitsrechts, welches das Abstammungsprinzip (*ius sanguinis*) durch das Territorialprinzip (*ius soli*) ergänzte, lebe in Deutschland bis heute das „traditionelle Verständnis fort und bestärkt noch immer die einheimische Bevölkerung in ihrem Exklusivitätsbewusstsein“ (Stauf/de Paz Martínez 2011: 7). Darüber hinaus entscheiden zumeist weniger formale Merkmale wie die Staatsangehörigkeit, als vielmehr Erscheinungsbild und Habitus über die Anerkennung als Mitglied oder als dazugehörig (vgl. ebd.: 8).

<sup>311</sup> Was auch eine Erklärung für geringe Erfahrungen kultursensibler Altenpflege in Frankreich sein könnte, wo speziell hinsichtlich der Religionsausübung der Bürger republikanische Neutralität das leitende Prinzip darstellt. Im Gegensatz hierzu waren Debatten in den Niederlanden lange Zeit davon geprägt, insbesondere älteren Migranten keine Anpassungsanforderungen an mehrheitsgesellschaftliche Rahmenbedingungen abverlangen zu können, was sowohl die Ausgestaltung kultursensibler Altenhilfe- und Altenpflegeangebote beförderte als auch die Bereitstellung eines kostenlosen Dolmetscherdienstes im Gesundheitswesen über viele Jahre ermöglichte (vgl. Kap. III. 3.).

Dass kaum ein Handlungsfeld Diskussionen um eine interkulturelle Öffnung heute noch auspart (vgl. Marschke 2014: 86) – z. B. im Gesundheits- und Krankenhauswesen (vgl. z. B. Behrens 2011; Peters et al. 2014), in der öffentlichen Verwaltung (vgl. z. B. Grünhage-Monetti 2006; imap 2013) oder der Polizei (vgl. z. B. Abou-Taam 2014; Lautmann 2010) –, macht deutlich, dass eine interkulturelle Öffnung von Organisationen hierzulande zu einem institutionalisierten allgemeinen Leitbild aufgestiegen ist: Gegenwärtig wird kaum noch über das ‚Ob‘, sondern vielmehr über das ‚Wie‘ einer interkulturellen Öffnung gewetteifert. Mit dem von Fligstein und McAdam (2012a: 69) verwendeten Bild kann die verbreitete Erwartung nach einer interkulturellen Ausrichtung sozialer Dienste wie auch öffentlicher und privater Einrichtungen in ganz unterschiedlichen gesellschaftlichen Feldern als ein Stein begriffen werden, der in ein ruhiges Gewässer geworfen Wellen in alle Richtungen ausbreitet. Für das Feld der stationären Altenpflege konnte dabei gezeigt werden, dass mit dem (normativen) Anspruch jedoch nicht zugleich eine ausgeprägte praktische Verwirklichung einhergehen muss. Wie die feldspezifische Perspektive erhellen konnte, können Robustheit (vgl. Filsinger 2002: 20) oder Schwerfälligkeit (Hahn 2011: 74) der Einrichtungen bzw. des Systems jedoch keine (alleinigen) Erklärungsfaktoren hierfür sein. Vielmehr verdeutlicht das Beziehungsgefüge, innerhalb dem das interkulturelle Öffnungsparadigma bzw. der Anspruch nach kultursensibler Altenpflege verhandelt werden, dass die Forderungen auf vergleichsweise machtarmeren ‚Schultern‘ getragen werden: sowohl in schwachen Politikbereichen, durch eine eingeschränkte rechtliche Verankerung als auch eine marginale Position der primären Zielgruppe von älteren Migrant\*innen, die sich auch in der gesellschaftlichen Stellung der Migrant\*innenbevölkerung insgesamt und ihren Selbstorganisationen sowie in Migrations- und Integrationsdebatten widerspiegelt. Hinzu kommen die konfligierenden habituellen Interessenlagen konfessioneller Wohlfahrtsverbände in ihren interkulturellen Öffnungspraktiken gegenüber Klient\*innen auf der einen und Mitarbeiter\*innen auf der anderen Seite.

### **3. ... ein quantitativer Zugang**

Nachdem sich dem Untersuchungsfeld bis hierhin literatur- und dokumentengestützt genähert wurde, kommen in den folgenden Kapiteln nun erstmals Vertreter von stationären Altenpflegeheimen repräsentiert durch die 670 Proband\*innen, die sich an der Online-Erhebung im Frühsommer 2014 beteiligt haben, selbst zu Wort. Das erste Kapitel (3.1) widmet sich dabei der Vorstellung der Untersuchungsgruppe nach relevanten Einrichtungsmerkmalen, wobei zugleich ihre Berührungspunkte mit interkulturellen Öffnungsdiskussionen dargestellt werden. Daran anschließend werden die Beweggründe, welche Pflegeheime dazu antreiben, sich interkulturell zu öffnen, veranschaulicht sowie die Motive aufgezeigt, die für andere Einrichtungen gegen eine Auseinandersetzung oder Umsetzung einer interkulturellen Öffnung sprechen (3.2). Das letzte Kapitel (3.3) klärt schließlich darüber auf, was interkulturell geöffnete Organisationen unter dieser konzeptionellen Ausrichtung verstehen, d. h. welche Maßnahmen sie in dieser organisationalen Weiterentwicklung ergreifen oder zukünftig umsetzen möchten. Dabei werden auch der Fortschritt sowie Schwierigkeiten, welche die Einrichtungen innerhalb des Öffnungsprozesses erleben, aufgezeigt. Abschließend wird noch danach gefragt, welche

Planungen jene Einrichtungen, die sich bis zum Zeitpunkt der Befragung keiner interkulturellen Öffnung verschrieben haben, im Hinblick auf dieses Konzept verfolgen, und welche grundsätzlichen Einstellungen die Probanden hinsichtlich genereller Aussagen zum Pflegebedarf und der Versorgung älterer Migranten besitzen.

### 3.1 Beschreibung der Untersuchungsgruppe

Die an der Umfrage beteiligten Pflegeheime stammen aus dem gesamten Bundesgebiet (N=581).<sup>312</sup> Die meisten Häuser haben ihren Sitz in Nordrhein-Westfalen (118) gefolgt von Baden-Württemberg (86) sowie Bayern und Niedersachsen (80). Dagegen sind nur wenige Einrichtungen aus dem Saarland (5), aus Bremen (7) und Thüringen (9) in der Stichprobe vertreten. Die Betrachtung der länderspezifischen Anteile der Pflegeheime verdeutlicht jedoch, dass die samplespezifische Verteilung annäherungsweise jene aus der Grundgesamtheit repräsentiert. Gleichzeitig fällt jedoch auf, dass insbesondere in jenen Bundesländern – mit Ausnahme Berlins und des Saarlandes – eine leicht höhere Beteiligungsrate zu verzeichnen ist, die im Bundesvergleich über einen mittleren oder hohen Anteil von Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund verfügen. Umgekehrt ist für jene Regionen mit einem geringen Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund der Fall (vgl. Tab. 15 im Anhang). Dies entspricht der Erwartung, dass eine Befragung zur pflegerischen Versorgung von älteren Migrantinnen und Migranten insbesondere in Regionen auf Interesse stößt, in denen mehr Menschen mit Migrationshintergrund leben. Darüber hinaus ist zu vermuten, dass der auffälligste Ausreißer im Sinne einer Überrepräsentation Hessen (10,0% im Sample gegenüber 6,3% in der Grundgesamtheit) darauf zurückzuführen ist, dass die Studie an einer hessischen Universität durchgeführt worden ist.

Wie bereits zuvor beschrieben wurde (vgl. Kap. IV. 1.2) setzt sich die Stichprobe daneben aus 52 Prozent freigemeinnützig, 39 Prozent privat und 9 Prozent öffentlich getragenen Pflegeheimen zusammen (N = 572).<sup>313</sup> Die freigemeinnützigen Einrichtungen können weiter nach ihrer Verbandszugehörigkeit beschrieben werden (N = 292). Während über die Hälfte dieser Häuser einem der beiden großen christlich-konfessionellen Träger angehört (Caritas rd. 21%; Diakonie rd. 34%), verteilen sich die übrigen Einrichtungen zu je rund 12 Prozent auf die AWO und den Paritätischen Wohlfahrtsverband sowie zu rund 9 Prozent auf das DRK. 7,5 Prozent der Befragten gaben einen sonstigen Verband und rund 5 Prozent „weiß nicht“ an.<sup>314</sup>

---

<sup>312</sup> Aufgrund von vorzeitigen Abbrüchen in der Beantwortung des Fragebogens, die Fragebogenstrukturierung mittels Filterfragen sowie die Nichtbeantwortung von Einzelfragen ergibt sich für jedes Item eine spezifische Fallzahl (N), die in der folgenden Ergebnisdarstellung berücksichtigt wird.

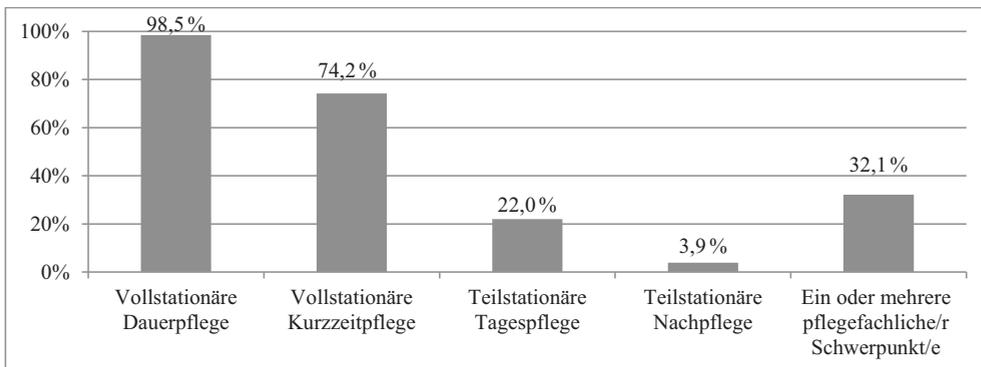
<sup>313</sup> Während diese Zahlen, jene Fälle repräsentieren, die eindeutig einer Trägerschaft nach dieser Dreiteilung zugeordnet werden konnten, gaben andere Befragte eine „sonstige Trägerschaft“ (N = 10) oder „weiß nicht“ (N=6) an (N=584). Während ein Teil der sonstigen Antworten, z. B. „Diakonie“ einer freigemeinnützigen Trägerschaft zugeordnet werden konnten, war dies bei Einrichtungen, die sich z. B. als „eingetragener Verein“ beschrieben, nicht eindeutig möglich.

<sup>314</sup> Neben fünf Häusern, die keinem Verband zugehörig sind, zählen zu den sonstigen Verbänden vor allem Mitglieder der Dachorganisationen z. B. Landesverbände von Caritas und Diakonie sowie der Arbeiter-Samariter-Bund als Mitglied des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes oder weitere Verbände wie die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWKG) oder die Johanniter.

Auch auf die Größe der Einrichtungen wurde bereits eingegangen (vgl. Kap. IV. 1.2). Dahingehend kann ergänzt werden, dass sich die Anzahl der angebotenen Pflegeplätze zwischen fünf und knapp unter 1.000 bewegt, wobei eine Mehrheit von etwa Vierfünftel der Einrichtungen über 50 Plätze bereitstellt. Gleichzeitig sind es jedoch nur acht Einrichtungen, die mehr als 300 Pflegeplätze anbieten (N = 580). Durchschnittlich halten die Einrichtungen 89 Pflegeplätze vor (Median = 80). Aus der Anzahl der zur Verfügung stehenden sowie der Anzahl der belegten Pflegeplätze konnten darüber hinaus aktuelle Belegungsquoten der Einrichtungen berechnet werden (N = 557). Während knapp die Hälfte der Heime (46%) zum Zeitpunkt der Befragung voll belegt war, verwiesen weitere 43,3 Prozent der Einrichtungen auf eine Auslastung ihrer angebotenen Pflegeplätze zwischen 90 und 99 Prozent.<sup>315</sup> Die durchschnittliche Belegungsquote hinsichtlich der voll- als auch teilstationären Plätze beträgt schließlich 96 Prozent (Median = 99%).<sup>316</sup>

Als pflegerisches Dienstleistungsangebot wird von fast allen Einrichtungen (98,5%) vollstationäre Dauerpflege offeriert (N = 592). Daneben stellen zusätzlich rund drei Viertel der Dienste vollstationäre Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung (74,2%), 22 Prozent haben die Möglichkeit teilstationärer Tagespflege zu leisten und eine Minderheit von 3,9 Prozent bietet teilstationäre Nachtpflege an. Zudem orientiert sich bei etwa einem Drittel der Einrichtungen (32,1%) das Pflegeangebot an einem oder mehreren pflegfachlichen Schwerpunkten, wie etwa einer gerontopsychiatrischen Versorgung (vgl. Abb. 2).

**Abbildung 2: Pflegespezifisches Dienstleistungsangebot**



Quelle: Eigene Darstellung.

<sup>315</sup> Auffällig ist eine Einrichtung, die zum Zeitpunkt der Befragung keine Bewohner besitzt. Im abschließenden Kommentarfeld informiert der Untersuchungsteilnehmer jedoch darüber, dass seine Einrichtung in Kürze schließen wird und bereits alle früheren Bewohner in andere Einrichtungen umgezogen sind. Zwei weitere Einrichtungen stehen ins Auge, da sie eine Übersichtlichkeit der angebotenen Pflegeplätze in ihrer Einrichtung zu verzeichnen haben. Wie in einem qualitativen Interview berichtet wurde, nehmen Pflegeheime insbesondere dann Pflegebedürftige auch über die bestehenden Kapazitäten hinaus auf, wenn es sich dabei um einen ‚Notfall‘ handelt und abzusehen ist, dass in naher Zukunft ein Pflegeplatz im Haus zur Verfügung stehen wird. Gleichzeitig weist die Pflegestatistik darauf hin, dass hinsichtlich der Plätze in der Tagespflege auch deshalb häufig eine Auslastung über 100 Prozent festzustellen ist, da Pflegebedürftige teilweise nur an einzelnen Tagen in der Woche das Angebot in Anspruch nehmen (vgl. Statistisches Bundesamt 2015a).

<sup>316</sup> Da die Pflegestatistik zwischen Belegungsquoten der vollstationären Pflege (Ende 2013: 90,4%), der Tagespflege (136,3%) und der Nachtpflege (7,6%) unterscheidet, können die Daten an dieser Stelle nicht verglichen werden (vgl. Statistisches Bundesamt 2015a).

Die überwiegende Mehrheit der Befragten (95,4%) gab an, dass die vollstationäre Dauerpflege schließlich auch nach Anzahl der Pflegeplätze den Schwerpunkt der Pflegeangebote in ihrer Einrichtung darstellt (N=591).

Nachdem die an der Umfrage beteiligten Einrichtungen nun kurz nach ihrer regionalen Verortung, Größe und Trägerschaft sowie ihrem Pflegeangebot vorgestellt wurden, ist es für das Untersuchungsinteresse noch relevant zu betrachten, welche Berührung die Pflegeheime zum Zeitpunkt der Befragung mit Menschen mit Migrationshintergrund innerhalb ihrer Häuser erfahren haben.<sup>317</sup> Wie viele Personen mit Migrationshintergrund werden etwa in den Einrichtungen versorgt?<sup>318</sup> Dabei ist zwischen jenen Befragungsteilnehmern zu unterscheiden, die eine exakte Angabe machen konnten (N = 398) (im Folgenden Einrichtungen E), und jenen, die den Wert schätzten (N = 147) (folgend Einrichtungen S).<sup>319</sup> Insgesamt geben die Einrichtungen E häufiger an, keine Personen mit Migrationshintergrund zu versorgen (36,2%), als dies für die Einrichtungen S der Fall ist (4,8%). Beide Einrichtungsgruppen stimmen jedoch darüber ein, dass sie mehrheitlich zwischen einem und zehn Nutzern mit Migrationshintergrund betreuen (55,8% und 66,7%), wobei sie durchschnittlich von rund 4 bzw. 11 betreuten Migranten berichten (vgl. Tab. 16 im Anhang).<sup>320</sup>

Nachfolgende Tabelle (Tab. 8) gibt schließlich über die Anteile der Bewohner mit Migrationshintergrund Auskunft, die sie an der Gesamtbewohnerschaft der Einrichtungen haben. Neben den Werten, die für die beiden Einrichtungsgruppen E und S vorliegen, sind dieser Übersicht auch die Ergebnisse der Studie zu den „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ (BMG 2011b) enthalten.<sup>321</sup>

---

<sup>317</sup> Im Vorwort der Online-Erhebung wurden die Befragungsteilnehmer darüber informiert, dass die „in dieser Studie verwendeten Begriffe Migrant und Migrationshintergrund [...] weit gefasst [sind]. Sie schließen Ausländer/-innen, Zuwanderer/-innen, die nach 1949 nach Deutschland immigriert sind, deren Nachkommen sowie (Spät-)Aussiedler/-innen ein“.

<sup>318</sup> An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass bei Fragen, die für das Untersuchungsinteresse als wesentlich bewertet und in denen spezifische Zahlenwerte abgefragt wurden, der Fragebogen den Probanden ermöglichte, ihre Antwort danach zu unterscheiden, ob sie die Angabe „genau wissen“ oder ob sie sie „schätzen“. Gleichzeitig wurden jene Befragungsteilnehmer, die einen Schätzwert benannten, danach gefragt, wie sicher sie sich bzgl. ihrer Annahme sind.

<sup>319</sup> 46 Befragte wählten darüber hinaus die Antwortkategorie „weiß nicht“.

<sup>320</sup> Auf einer Skala von 1 („gar nicht sicher“) bis 6 („sehr sicher“) gaben knapp über 80 Prozent der befragten Einrichtungen S einen Wert zwischen 4 und 6 an (N = 147), was bedeutet, dass sie sich hinsichtlich ihrer Schätzung eher, recht oder sehr sicher sind (Mittelwert = 4,59; Median = 5).

<sup>321</sup> In dieser Studie zählen zu den Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund „alle, die eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzen, die selber nicht in Deutschland geboren sind oder die mindestens einen Elternteil haben, der nicht in Deutschland geboren ist“ (BMG 2011b: 60).

**Tabelle 8: Anteile der Bewohner mit Migrationshintergrund an allen Bewohnern**

	Einrichtungen E		Einrichtungen S		Einrichtungen E & S		BMG (2011)
	N	%	N	%	N	%	%
0	144	36,8	7	5,3	151	28,8	27
1-10	203	51,9	83	62,4	286	54,6	53
11-20	32	8,2	29	21,8	61	11,6	7
21-30	5	1,3	8	6,0	13	2,5	<sup>b)</sup>
31-40	4	1,0	4	3,0	8	1,5	-
41-50	1	0,3	1	0,8	2	0,4	-
51-60	0	0	1	0,8	1	0,2	-
61-70	1	0,3	0	0	1	0,2	-
71-80	0	0	0	0	0	0	-
81-90	0	0	0	0	0	0	-
91-100	1	0,3	0	0	1	0,2	-
Gesamtsumme	391	100	133	100	524	100	-
		%		%		%	
Mittelwert <sup>a)</sup>		4,34		9,55		5,66	6 / 9 <sup>c)</sup>
Median <sup>a)</sup>		2		6		3	-
Min <sup>a)</sup>		0		0		0	0
Max <sup>a)</sup>		98,00		51,00		98,00	-

<sup>a)</sup> Wert der nicht-kategorisierten Variable „Anteil an Bewohnern mit Migrationshintergrund“

<sup>b)</sup> Anteile über 20 Prozent werden nicht numerisch angegeben, sondern nur als „in wenigen Fällen genannt“ (BMG 2011: 132) beschrieben.

<sup>c)</sup> Während die Einrichtungsleitungen von durchschnittlich 6 Prozent Bewohnern mit Migrationshintergrund in ihren Heimen ausgehen, ergab eine bewohnerbezogene Befragung, die in der Regel mit den Bezugspflegekräften der Klienten durchgeführt wurden, einen durchschnittlich höheren Anteil von 9 Prozent (BMG 2011b).

Quelle: Eigene Darstellung (BMG 2011b).

Zunächst ist auffällig, dass sich die Einzelergebnisse beider Einrichtungsgruppen zum Teil deutlich von den Werten aus der BMG-Studie unterscheiden. Lässt man jedoch unbeachtet, ob die Befragten ihre Angaben exakt wussten oder geschätzt haben, nähern sich die Ergebnisse beider Studien an. Auch für die Untersuchungsteilnehmer der BMG-Erhebung kann angenommen werden, dass ein Teil der befragten Einrichtungsleitungen genaue Angaben zum Migrationsstatus ihrer Bewohnerschaft geben konnten und ein anderer Teil auf Schätzwerte zurückgegriffen hat, was die Zusammenlegung der Angaben von Einrichtungen E und S an dieser Stelle rechtfertigt. Während in der vorliegenden Erhebung folglich rund 29 Prozent der Einrichtungen keine Bewohner mit Migrationshintergrund aufweisen, trifft dies auf 27 Prozent der Pflegeheime in der BMG-Studie zu.<sup>322</sup> In der Mehrheit der Häuser (rd. 55 bzw. 53 %) beträgt der Anteil von Bewohnern mit Migrationshintergrund maximal zehn Prozent. Dass in

<sup>322</sup> Betrachtet man die Ergebnisse zudem danach, ob die Einrichtungen in einem alten oder neuen Bundesland ansässig sind, zeigt sich eine ähnliche Tendenz in beiden Studien. Während ein Viertel der Einrichtungen E und S in den alten Bundesländern keine Bewohner mit Migrationshintergrund aufweisen (N = 459), ist dies für etwas mehr als die Hälfte der Pflegeheime in den neuen Bundesländern der Fall (N = 59). In der BMG-Studie liegen diese Werte bei 24 bzw. 37 Prozent (BMG 2011b).

mehr Pflegeheimen dieser Online-Befragung zwischen elf und 20 Prozent der Bewohner Migranten sind, als dies auf die Häuser in der BMG-Studie zutrifft (rd. 12 gegenüber 7%), kann vermutlich darauf zurückgeführt werden, dass sich eher solche Einrichtungen an der hier vorgestellten Erhebung beteiligt haben, die Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund versorgen. In der Vergleichsstudie waren Fragen zum Migrationsstatus von Pflegebedürftigen nur ein Aspekt unter vielen.<sup>323</sup> Schließlich gehen die Einrichtungen E und S davon aus, dass der Anteil an Bewohnern mit Migrationshintergrund im Durchschnitt rund 6 Prozent entspricht. Damit stimmen sie mit den Einschätzungen der Heimleitungen in der BMG-Studie überein. Diese Daten sind insofern vergleichbar, als dass auch in der vorliegenden Studie der Fragebogen mehrheitlich von Einrichtungsleitungen (rd. 71 %) und Pflegedienstleistungen (rd. 19 %) ausgefüllt wurde. Nur in wenigen Fällen wurde die Beantwortung durch Beauftragte für interkulturelle Angelegenheiten (0,5 %) oder sonstige Mitarbeiter (9,5 %) übernommen (N=581). Pflegeheime in Deutschland erleben jedoch nicht nur, dass Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund in ihren Häusern wohnen, sondern erfahren auch, dass sich ihre Mitarbeiter nach Migrationsstatus unterscheiden. Die Einrichtungen, welche zur Anzahl ihrer Pflegekräfte mit Migrationshintergrund eine Angabe machten, konnten mehrheitlich (rd. 64%) exakte Werte angeben. Rund 27 Prozent der Befragten schätzen ihre Angabe, während rund neun Prozent dazu keine Antwort geben konnten (N=585). Auch im Hinblick auf ihr Pflegepersonal geben die Einrichtungen E häufiger als die Einrichtungen S an, keine Migranten als Pflegekräfte zu beschäftigen (rd. 12 % gegenüber rd. 4%). Gleichzeitig sind in den Einrichtungen S im Durchschnitt mehr als doppelt so viele Pflegekräfte mit Migrationshintergrund als in den Einrichtungen E beschäftigt (20 gegenüber 9 Personen) (vgl. Tab. 17 im Anhang).<sup>324</sup> Aussagekräftiger als die numerischen Werte sind jedoch die Anteile, welche Pflegekräfte mit Migrationshintergrund an der Pflegebelegschaft besitzen. Folgende Tabelle (Tab. 9) fasst die Ergebnisse hierzu unter Berücksichtigung der BMG-Studie zusammen.

---

<sup>323</sup> Während daneben in der vorliegenden Studie 7,8 Prozent der Einrichtungen die Frage nach der Anzahl von Bewohnern mit Migrationshintergrund mit „weiß nicht“ beantworteten, gaben in der Studie des BMG (2011b: 132) zehn Prozent der Einrichtungsleitungen an, den Anteil der betreuten Migranten nicht einschätzen zu können. Indem darüber hinaus Bewohner, bei denen der Migrationsstatus unsicher war, als Klienten ohne Migrationshintergrund gezählt wurden, schließen die Autoren der BMG-Studie nicht aus, dass der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund leicht unterschätzt sein kann (vgl. ebd.).

<sup>324</sup> Bei dieser Frage sind sich die Einrichtungen S im Hinblick auf ihre Schätzungen zu rund 87 Prozent eher, recht oder sehr sicher (N=158; Mittelwert=4,68; Median=5).

**Tabelle 9: Anteile der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund am Pflegepersonal**

	Einrichtungen E		Einrichtungen S		Einrichtungen E & S		BMG (2011)
	N	%	N	%	N	%	%
0	45	12,5	6	4,3	51	10,2	14
1-10	82	22,8	17	12,1	99	19,8	39
11-20	92	25,6	27	19,1	119	23,8	-
21-30	65	18,1	25	17,7	90	18,0	-
31-40	33	9,2	32	22,7	65	13,0	-
41-50	17	4,7	18	12,8	35	7,0	-
über 50	25	7,0	16	11,3	41	8,2	4
Gesamtsumme	359	100	141	100	500	100	-
		%		%		%	
Mittelwert <sup>a)</sup>		20,15		28,96		22,63	15/23 <sup>b)</sup>
Median <sup>a)</sup>		15		29		19	-
Min <sup>a)</sup>		0		0		0	0
Max <sup>a)</sup>		100,00		76,00		100,00	-

<sup>a)</sup> Wert der nicht-kategorisierten Variable „Anteil an Pflegekräften mit Migrationshintergrund“

<sup>b)</sup> Während die Einrichtungsleitungen von durchschnittlich 15 Prozent Pflegekräften mit Migrationshintergrund in ihren Heimen ausgehen, waren unter den befragten Pflegekräften bereits 23 Prozent Personen mit Migrationshintergrund vertreten (BMG 2011b).

Quelle: Eigene Darstellung (BMG 2011b).

Vergleicht man zunächst die beiden Einrichtungsgruppen E und S miteinander fällt auf, dass die Pflegeheime, deren Befragungsteilnehmer die Anzahl von Pflegekräften mit Migrationshintergrund schätzen, von einem durchschnittlich höheren Anteil an Migranten unter allen Pflegekräften von rund neun Prozentpunkten ausgehen als die Probanden aus den Heimen E. Trotzdem sind es fünf Häuser in der Einrichtungsgruppe E, die ausschließlich Pflegekräfte mit Migrationshintergrund beschäftigten, wobei in der kleinsten dieser Einrichtungen 5 und in der größten 70 Pflegekräfte tätig sind. Fasst man beide Einrichtungsgruppen zusammen sind durchschnittlich fast ein Viertel der pflegenden Mitarbeiter Migranten (rd. 23 %).<sup>325</sup> Zwar entspricht dieser Durchschnittswert auch dem Anteil der befragten Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in der BMG-Studie, jedoch gingen die in dieser Erhebung befragten Leitungs-kräfte von nur durchschnittlich 15 Prozent Migranten innerhalb des Pflegepersonals aus. Folgt man der Einschätzung der Autoren der BMG-Studie, dass Einrichtungsleitungen den Anteil der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund eher unterschätzen, ist davon auszugehen, dass im vorliegenden Sample Einrichtungen mit einem höheren Anteil an Beschäftigten mit Migrationshintergrund deutlich überrepräsentiert sind. Andererseits gehen, wie bereits zuvor in dieser

<sup>325</sup> Im Vergleich zwischen Pflegeheimen mit Sitz in den alten bzw. in den neuen Bundesländern zeigen sich in beiden Studien markante Unterschiede. Während in den westdeutschen Einrichtungen E und S der Anteil an Pflegekräften mit Migrationshintergrund durchschnittlich 25 Prozent beträgt, arbeiten in ostdeutschen Pflegeheimen durchschnittlich 6 Prozent Migranten in der Pflege. In der BMG-Studie liegen die Anteile bei 17 bzw. vier Prozent (BMG 2011b).

Arbeit beschrieben wurde (vgl. Kap. I. 2.), die Ergebnisse unterschiedlicher Veröffentlichungen hierzu weit auseinander.

Insgesamt weist die Online-Befragung stationärer Altenpflegeeinrichtungen in Deutschland darauf hin, dass in der Mehrheit aller Pflegeheime Personen mit Migrationshintergrund wohnen und/oder arbeiten. Dabei sind Migranten jedoch schon deutlich häufiger unter den Pflegekräften als unter den Bewohnern zu finden. Oder anders gesagt: Während nur jedes zehnte Heim kein Pflegepersonal mit Migrationshintergrund beschäftigt, sind es ca. dreimal so viele Häuser, die keine Bewohner mit Migrationshintergrund versorgen.<sup>326</sup> Auf Grundlage dieser Erkenntnisse über die Zugehörigkeit von Menschen mit Migrationshintergrund zu den Organisationen der stationären Pflege in Deutschland stellte sich die Frage, inwieweit interkulturelle Öffnungsbestrebungen als Antwort auf eine gesellschaftliche und feldspezifische Pluralisierung in diesen Häusern zu verzeichnen sind. Bevor auf die Verbreitung einer interkulturellen Öffnung eingegangen wird, soll jedoch zunächst der Kenntnisstand der Probanden und die organisationsinterne Auseinandersetzung im Hinblick auf diesen Ansatz untersucht werden.

Die erste Frage der Erhebung zielte darauf ab in Erfahrung zu bringen, wie weit Diskussionen um eine interkulturelle Öffnung von Altenpflegeeinrichtungen unter den Praktikern bekannt sind. Alle in die Auswertung integrierten 670 Probanden gaben hierzu eine Antwort ab, wobei drei Viertel von ihnen bejahten, dass ihnen Debatten um dieses Konzept bekannt sind. Vergleicht man die Einrichtungen nach ihrer Ost-West-Zugehörigkeit, zeigt sich, dass unter den Pflegeheimen, die in den alten Bundesländern ansässig sind, ein höherer Anteil Kenntnis darüber besitzt.<sup>327</sup> Zudem ist auch in solchen Regionen, in denen der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund durchschnittlich (zwischen 18 und 20 %) oder überdurchschnittlich hoch ist, das Wissen über interkulturelle Öffnungsdiskussionen verbreiteter (je rd. 84 %) als in Regionen mit unterdurchschnittlich vielen Bewohnern mit Migrationshintergrund (rd. 70 %). Ein ganz ähnliches Ergebnis zeigt sich im Zusammenhang mit der Trägerschaft. Haben freigemeinnützig und öffentlich getragene Häuser in mehr als 80 Prozent der Fälle Kenntnis über den Diskurs, gilt dies für etwas weniger als 70 Prozent der privaten Pflegeheime. Während es schließlich im Hinblick auf diese Frage nahezu keinen Unterschied macht, ob die Einrichtungen selbst Bewohner mit Migrationshintergrund versorgen oder nicht, sind Pflegeheimen, die Pflegekräfte mit Migrationshintergrund beschäftigen, Diskussionen um eine interkulturelle Öffnung deutlich häufiger geläufig (zu ca. 83 %) als in Häusern ohne pflegende Mitarbeiter mit Migrationshintergrund. In dieser Gruppe von Einrichtungen ist etwa die Hälfte der Häuser (51 %) über interkulturelle Öffnungsdiskussionen informiert.<sup>328</sup> Folgende Tabelle (Tab. 10)

---

<sup>326</sup> Lässt man außer Acht, ob die Angaben zu den Bewohnern oder Pflegekräften mit Migrationshintergrund exakt angegeben werden konnten oder geschätzt wurden, stehen beide Faktoren darüber hinaus in einem leicht positiven, strikt monotonen und signifikanten Zusammenhang (Kendalls tau-b = 0,306;  $p < 0,001$ ;  $N = 475$ ). Das bedeutet, dass je größer der Anteil der Bewohner mit Migrationshintergrund ist, desto größer ist tendenziell auch der Anteil von Migranten unter den Pflegekräften.

<sup>327</sup> Während Pflegeheimen in den alten Bundesländern interkulturelle Öffnungsdiskussionen zu 80 Prozent bekannt sind, ist dies für rund 64 Prozent der Häuser in den neuen Bundesländern der Fall.

<sup>328</sup> An dieser Stelle ebenso wie in den nachfolgenden Korrelationen wurde nicht berücksichtigt, ob die Befragten exakt wussten, ob Bewohner oder Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in ihren Einrichtungen wohnen bzw. tätig sind, oder ob sie ihre Antworten geschätzt haben. Jedoch weisen auch die Ergebnisse, die nach Einrichtungen E und S trennen, in die gleiche Richtung.

zeigt, dass die Zusammenhänge der meisten Variablen mit dem Kenntnisstand der Einrichtungen zu interkulturellen Öffnungsdiskussionen zwar signifikant sind, jedoch insgesamt nur als gering bewertet werden können. Dagegen besteht für die Existenz bzw. Nicht-Existenz von Bewohnern mit Migrationshintergrund kein signifikanter Zusammenhang.<sup>329</sup>

**Tabelle 10: Bivariate Korrelationen zwischen Kenntnis der Diskussion und verschiedenen Einrichtungsmerkmalen**

Variable	Zusammenhangsmaß	Wert	Näherungsweise Signifikanz <sup>330</sup>	N
Ost-West-Zugehörigkeit	Phi	0,124	p=0,003	581
Bevölkerung mit Migrationshintergrund vor Ort	Cramers V	0,172	p<0,001	554
Trägerschaft	Cramers V	0,192	p<0,001	572
Bewohner mit Migrationshintergrund	Phi	0,028	p>0,05	524
Pflegekräfte mit Migrationshintergrund	Phi	0,237	p<0,001	500

Quelle: Eigene Darstellung.

Jene 504 Befragten, die Kenntnis von den Diskussionen besitzen, wurden anschließend gefragt, ob sich ihre Einrichtungen „selbst – unabhängig von Umfang oder Umsetzung – mit Fragen um eine interkulturelle Öffnung beschäftigt“ haben. Während rund 60 Prozent von ihnen dies bejahten, antworteten ca. 37 Prozent, dass ihre Häuser sich nicht mit einer interkulturellen Öffnung auseinandergesetzt hätten. Etwa drei Prozent der Befragten wussten keine eindeutige Antwort auf diese Frage und gaben „weiß nicht“ an. Schließt man diese 17 Probanden zunächst aus der Untersuchung aus, zeigt sich folgendes Bild: Auf der einen Seite sind die Unterschiede zwischen Einrichtungen mit verschiedenen Merkmalen mit jenen Differenzen, die zuvor beschrieben wurden, stark vergleichbar, wenn die Zustimmungsraten auf die Frage nach einrichtungsinterner Beschäftigung mit einer interkulturellen Öffnung auch insgesamt geringer ausfallen. Demnach ist der Anteil der Pflegeheime, die eine Auseinandersetzung mit diesem Thema angestoßen haben, unter den Einrichtungen, die in Westdeutschland liegen, höher als unter den Häusern in den neuen Bundesländern. Gleiches gilt für Pflegeheime in Regionen, in denen im deutschlandweiten Vergleich überdurchschnittlich viele Migranten leben. Unter diesen Einrichtungen nehmen die zustimmenden Probanden einen Anteil von knapp über 70 Prozent ein. Daneben unterscheiden sich Häuser in Regionen mit einem unterdurchschnittlich oder durchschnittlich großen Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund nur noch mit 6 Prozentpunkten, wobei sich Pflegeheime in diesen beiden Gruppen zwischen rund 53 bzw. 59 Prozent mit interkulturellen Öffnungskonzepten befassen. Daneben wenden

<sup>329</sup> Eine Übersicht zu allen Korrelationen findet sich im Anhang (Tab. 18).

<sup>330</sup> Während ein p-Wert von < 0,001 ein hoch signifikantes Ergebnis beschreibt, drückt p > 0,05 aus, dass kein signifikantes Ergebnis vorliegt.

sich öffentliche Häuser innerhalb ihrer Gruppe häufiger als freigemeinnützige und private Einrichtungen dem Thema zu (rd. 68 gegenüber 65 und 58 %). Während die Zusammenhänge aller drei Einrichtungsmerkmale mit einer einrichtungsinternen Auseinandersetzung nur sehr gering ausfallen, ist die Korrelation bzgl. der Trägerschaft zudem nicht signifikant (vgl. Tab. 11).<sup>331</sup>

**Tabelle 11: Bivariate Korrelationen zwischen einrichtungsinterner Auseinandersetzung und verschiedenen Einrichtungsmerkmalen**

Variable	Zusammenhangsmaß	Wert	Näherungsweise Signifikanz	N
Ost-West-Zugehörigkeit	Phi	0,105	p=0,027	440
Bevölkerung mit Migrationshintergrund vor Ort	Cramers V	0,188	p=0,001	419
Trägerschaft	Cramers V	0,073	p>0,05	433
Bewohner mit Migrationshintergrund	Phi	0,279	p<0,001	399
Pflegekräfte mit Migrationshintergrund	Phi	0,164	p=0,001	387

Quelle: Eigene Darstellung

Auf der anderen Seite herrscht im Gegensatz zum Kenntnisstand interkultureller Öffnungsdiskussionen nun jedoch ein signifikanter, wenn auch geringer Zusammenhang zwischen der Versorgung von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund in einer Einrichtung und ihrer Beschäftigung mit diesem Organisationskonzept. Während sich Häuser, in denen Migranten wohnen, zu rund 71 Prozent mit einer interkulturellen Öffnung beschäftigten, trifft dies auf rund 40 Prozent der Häuser ohne Bewohner mit Migrationshintergrund zu. In die gleiche Richtung weist die, wenn auch schwächere Korrelation hinsichtlich der Beschäftigung von Pflegekräften mit Migrationshintergrund (rd. 66 gegenüber 32 %).<sup>332</sup>

Initiiert wurde die Thematisierung vorwiegend durch die Leitungsebene in den Einrichtungen (N = 297). Bei der Möglichkeit Mehrfachantworten zu geben, nannten 210 Befragte die Einrichtungsleitung und 119 Befragte die Pflegedienstleitung als Initiatoren der einrichtungsinternen Diskussion. Weniger häufig wurde sie auf die Initiative von Trägern (98), Pflegekräften (64), andere Einrichtungsmitarbeitern (38), Bewohnern (26), Angehörigen von Bewohnern (25) oder anderen Personen bzw. Institutionen (24) zurückgeführt.<sup>333</sup> Fünf Befragte

<sup>331</sup> Tendenziell zeigt sich zudem, dass je größer die Einrichtungen sind, desto eher wird intern über interkulturelle Öffnungskonzepte diskutiert. Jedoch ist auch dieser Zusammenhang nur mäßig (Cramers V = 0,209) und zusätzlich nicht signifikant (p > 0,05) (N = 440).

<sup>332</sup> Eine Übersicht zu allen Korrelationen findet sich im Anhang (Tab. 19).

<sup>333</sup> Zu den sonstigen Initiatoren zählen mitunter Kommunen (4), eine „islamische Gemeinschaft“, ein Seniorenbeirat, eine Studentin, ein „interkultureller Träger von außen“ sowie unterschiedliche einrichtungsinterne Akteure wie „Qualitätsmanagement, Personalabteilung“ oder der Sozialdienst. Teilweise wurde auf das Zusammenwirken mehrerer Akteure verwiesen und einmal darauf, dass eine Qualitätszertifizierungsmaßnahme die Auseinandersetzung angeregt hat.

wussten nicht, wer Diskussionen um eine interkulturelle Öffnung in ihrer Einrichtung eingeleitet hatte.

Daran anschließend gilt es zu untersuchen, wie viele der 300 Pflegeheime, die sich einrichtungsintern mit einer interkulturellen Öffnung auseinandergesetzt haben, in der Folge einen interkulturellen Öffnungsprozess angestoßen haben: Während dies auf knapp 62 Prozent zutrifft, folgte in rund 32 Prozent der Einrichtungen keine interkulturelle Öffnung. 6 Prozent beantworteten diese Frage zudem mit „weiß nicht“. Dabei interessiert auch im Hinblick auf die Realisierung einer interkulturellen Öffnung, unter Ausschluss der 18 Befragten, die keine Antwort hierzu geben konnten, ihr Zusammenhang zu verschiedenen Merkmalen der Häuser. Während unter den westlichen Pflegeheimen wiederum eine höhere Umsetzungsrate zu verzeichnen ist als unter den östlichen Einrichtungen, liegen die Anteile der Organisationen differenziert nach dem Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund vor Ort auf ähnlichem Niveau zwischen 61 und 70 Prozent. Hinsichtlich ihres Trägers sind es häufiger öffentliche Einrichtungen, die sich interkulturell öffnen, gefolgt von Pflegeheimen in privater und schließlich in freigemeinnütziger Trägerschaft (81,5 gegenüber 69,4 und 64,9%). Der einzige geringe Zusammenhang, der signifikant ist (vgl. Tab. 12), besteht zwischen einer interkulturellen Öffnung und dem Einrichtungsmerkmal, ob Bewohner mit Migrationshintergrund versorgt werden. Während jene Pflegeheime, in denen Migranten wohnen, überwiegend eine interkulturelle Öffnung angestoßen haben (rd. 74%), ist dies in rund 42 Prozent der Häuser ohne Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund der Fall. Werden die Einrichtungen noch danach unterschieden, ob sie Pflegekräfte mit Migrationshintergrund beschäftigen oder nicht, zeigt sich ein ähnlicher, wenn auch geringerer Unterschied. Der Zusammenhang ist jedoch auch für dieses Einrichtungsmerkmal nicht signifikant.<sup>334</sup>

**Tabelle 12: Bivariate Korrelationen zwischen Umsetzung einer interkulturellen Öffnung und verschiedenen Einrichtungsmerkmalen**

Variable	Zusammenhangsmaß	Wert	Näherungsweise Signifikanz	N
Ost-West-Zugehörigkeit	Phi	0,070	$p > 0,05$	262
Bevölkerung mit Migrationshintergrund vor Ort	Cramers V	0,063	$p > 0,05$	250
Trägerschaft	Cramers V	0,108	$p > 0,05$	260
Bewohner mit Migrationshintergrund	Phi	0,268	$p < 0,001$	242
Pflegekräfte mit Migrationshintergrund	Phi	0,064	$p > 0,05$	238

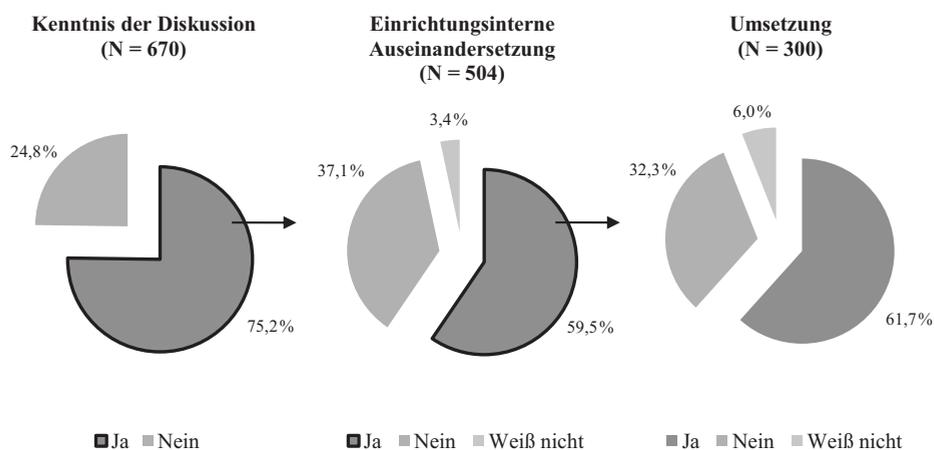
Quelle: Eigene Darstellung.

Nachfolgende Abbildung (Abb. 3) fasst die Ergebnisse der wesentlichen Eingangsfragen der Studie noch einmal zusammen. Sie zeigt, dass von den ca. 75 Prozent Befragten, denen Dis-

<sup>334</sup> Eine Übersicht zu allen Korrelationen findet sich im Anhang (Tab. 20).

kussionen um interkulturelle Öffnungsprozesse in der Altenpflege bekannt sind, sich etwa 60 Prozent innerhalb ihrer Organisation mit diesem Thema auseinandergesetzt haben. Aus dieser Gruppe wiederum haben rund 62 Prozent eine interkulturelle Öffnung ihres Hauses begonnen. Bezogen auf das gesamte Sample haben sich rund 45 Prozent der Pflegeheime mit Fragen zu einer interkulturellen Öffnung einrichtungsintern beschäftigt, während sich knapp 28 Prozent interkulturell öffnen.

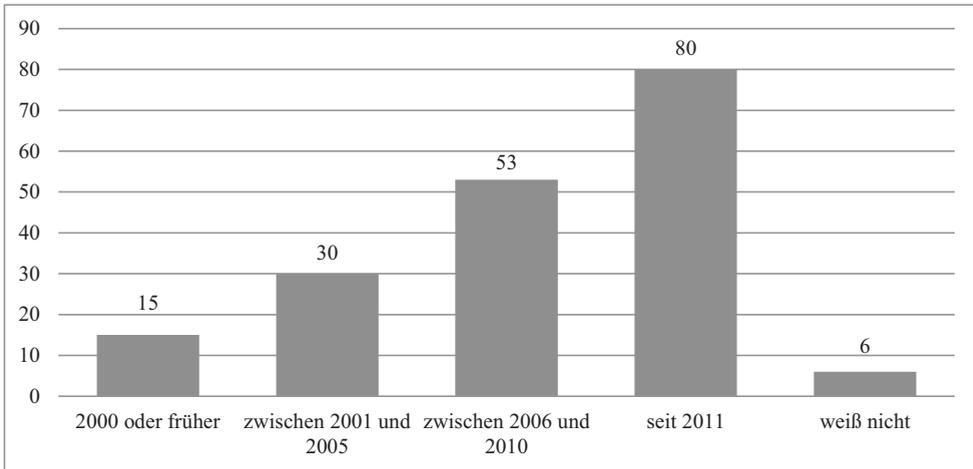
**Abbildung 3: Kenntnis, Auseinandersetzung und Umsetzung einer interkulturellen Öffnung**



Quelle: Eigene Darstellung.

Für einen Großteil der Pflegeheime stellt die eigene interkulturelle Öffnung dabei noch ein vergleichsweise junges Phänomen dar (rd. 44%). Sie datieren den Beginn des Prozesses zwischen die Jahre 2011 und 2014. Eine kleine Gruppe von 15 Einrichtungen gibt hingegen an, sich bereits seit dem Jahr 2000 oder früher interkulturell zu öffnen (N = 184) (vgl. Abb. 4). Von denjenigen Befragten, die ein exaktes Jahr bestimmen können, in dem ihr Haus eine interkulturelle Öffnung ins Leben gerufen hat, wird das Jahr 1990 als frühester Zeitraum benannt (Median=2010; N=158).

**Abbildung 4: Initiierung einer interkulturellen Öffnung nach Zeitraum (Anzahl der Einrichtungen)**



Quelle: Eigene Darstellung.

### 3.2 Triebkräfte

Entsprechend dem zentralen Untersuchungsinteresse dieser Studie wurden in der Online-Befragung auch die Triebkräfte einer interkulturellen Öffnung erhoben. Angeleitet durch den theoretisch-heuristischen Rahmen und erste Erkenntnisse der Studie wurden die Probanden, deren Einrichtungen sich interkulturell öffnen, danach gefragt, welche Gründe für ihre Entscheidung ausschlaggebend waren (vgl. Kap. IV. 3.2.1). Darüber hinaus wurden auch die Beweggründe jener Befragungsteilnehmer untersucht, die Kenntnis von interkulturellen Öffnungsdiskussionen hatten, deren Organisationen aber entweder keine eigene Auseinandersetzung mit diesem Thema vorgenommen oder deren Häuser trotz einer einrichtung-internen Thematisierung auf die eigene Umsetzung einer interkulturellen Öffnung verzichtet hatten (vgl. Kap. IV. 3.2.2). Alle in das Sample aufgenommenen Probanden beantworteten die ihnen zugeordnete Filterfrage.

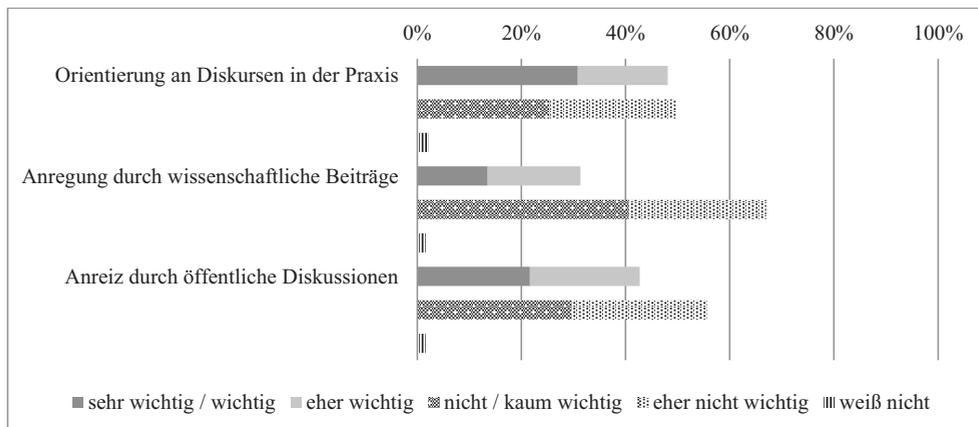
#### 3.2.1 Gründe für eine interkulturelle Öffnung

Um zu ermitteln, wodurch die 185 Pflegeheime dazu bewegt wurden, einen Prozess der interkulturellen Öffnung in die Wege zu leiten, wurden ihnen 17 Items zur Bewertung vorgelegt sowie die Möglichkeit gegeben, sonstige Gründe für ihren Entschluss anzugeben. Die Relevanz jedes einzelnen Motivs sollte mittels einer 6-stufigen Antwortskala zwischen „nicht wichtig“ (1) und „sehr wichtig“ (6) eingeordnet werden. Ebenso konnten die Probanden mit „weiß nicht“ antworten. Die Ergebnisse dieser Matrixfrage werden im Folgenden thematisch gebündelt vorgestellt.

Zunächst interessierte, inwieweit Auseinandersetzungen, die in Pflegepraxis, Wissenschaft und Öffentlichkeit geführt werden, Einfluss auf den Entscheidungsprozess der Pflegeheime

nahmen. Wie in der nachfolgenden Abbildung (Abb. 5) deutlich wird, gelten mehrheitlich weder Diskurse in der Praxis noch wissenschaftliche Beiträge oder öffentliche Diskussionen als wesentliche Momente des Anreizes, die eigene Organisation interkulturell zu öffnen. Am wichtigsten erweist sich innerhalb dieser Gruppe von Beweggründen die Orientierung an der Praxis. Während rund 31 Prozent der Befragten sie als einen sehr wichtigen oder wichtigen Grund bewerten, gilt sie für ca. 17 Prozent der Befragten noch als eher wichtig.<sup>335</sup>

**Abbildung 5: Gründe für eine interkulturelle Öffnung – Praxis, Wissenschaft, Öffentlichkeit**



Quelle: Eigene Darstellung.

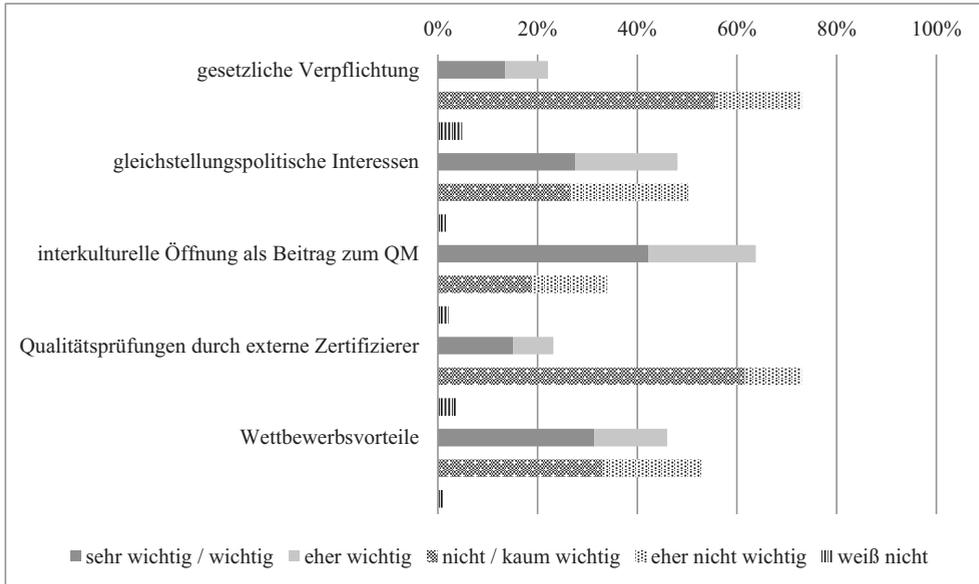
Wurden an dieser Stelle recht allgemein gehaltene Beweggründe zur Bewertung gestellt, sollte daran anschließend in Erfahrung gebracht werden, in welchem Umfang der Entschluss zu einer interkulturellen Öffnung auf schon präziseren rechtlichen, politischen oder technisch-ökonomischen Motiven fußt (vgl. Abb. 6). Dabei gingen die bis dahin dokumenten- und literaturgestützt gewonnenen Erkenntnisse, die eine interkulturelle Öffnung von Altenpflegeeinrichtungen als Gleichstellungs-, Qualitätsentwicklungs- oder Wettbewerbsmaßnahme befürworten, in die Befragung ein. Gleichzeitig wurde der Stellenwert einer gesetzlichen Verpflichtung, die von manchen Autoren etwa aus dem AGG abgeleitet wird (vgl. Kap. IV. 2.2), und die Relevanz von Qualitätszertifizierungsverfahren, die den Alltag vieler Pflegeeinrichtungen zunehmend prägen (vgl. Kap. IV. 2.), erfragt.

Diesbezüglich zeigt sich, dass eine interkulturelle Öffnung am seltensten als rechtliche Konsequenz gelten kann. Während etwas mehr als ein Fünftel der Befragten (rd. 22%) in einer gesetzlichen Verpflichtung einen – graduell verschieden – wichtigen Grund für ihre Öffnungsentscheidung sehen, ist für 73 Prozent der Probanden das Gegenteil der Fall. Vergleichbare Werte entfallen auf das Item „Qualitätsprüfungen durch externe Zertifizierer“ (rd. 23 und 73%). Gleichzeitig erfährt aber das Motiv, dass eine interkulturelle Öffnung als Beitrag zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement erachtet wird, innerhalb dieser Item-Gruppe die

<sup>335</sup> Eine Übersicht über alle Antworten sowie Median- und Modalwerte finden sich im Anhang (Tab. 21).

höchsten Zustimmungswerte. Für rund 42 Prozent der Pflegeheime ist darin ein sehr wichtiger oder wichtiger und für ca. 22 Prozent ein eher wichtiger Beweggrund für ihren Entschluss zur interkulturellen Weiterentwicklung der eigenen Einrichtung zu sehen. Daneben gelten gleichstellungspolitische Interessen und Wettbewerbsvorteile etwas häufiger als (eher) nicht wichtig (rd. 50 bzw. 53%), als dass sie als relevant bewertet werden (rd. 48 bzw. 46%).<sup>336</sup>

**Abbildung 6: Rechtliche, politische und technisch-ökonomische Gründe für eine interkulturelle Öffnung**



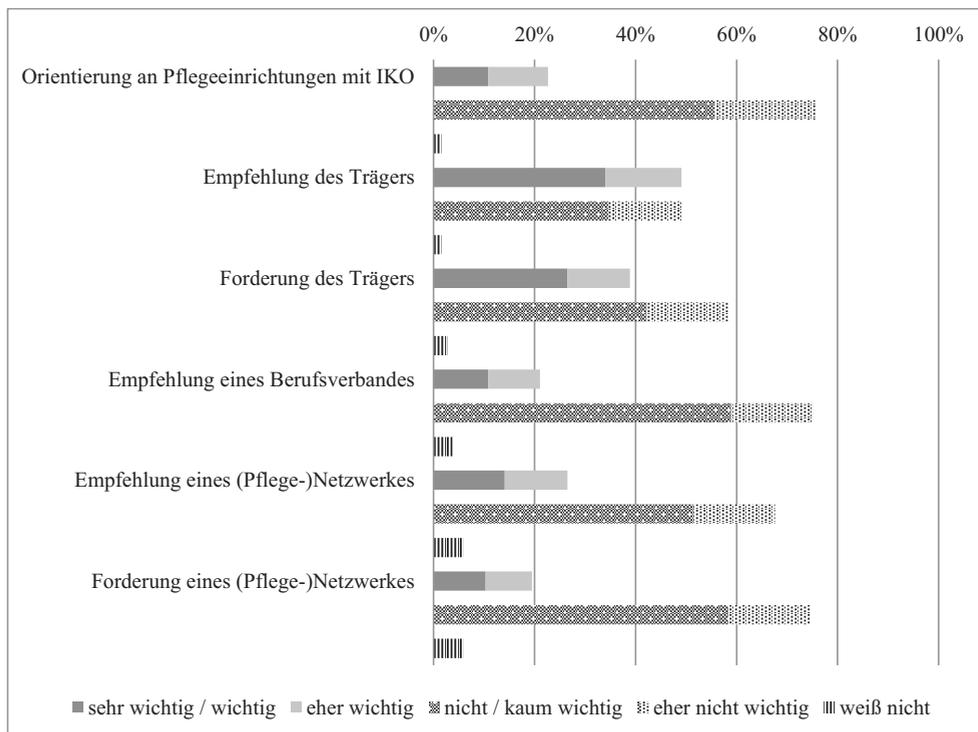
Quelle: Eigene Darstellung.

Daneben war von Interesse zu erfahren, ob und welche Akteure im näheren und weiteren Umfeld der Einrichtungen die Entscheidungen der Häuser beeinflussten (vgl. Abb. 7). Dabei wird deutlich, dass für die meisten Einrichtungen weder von anderen Pflegeeinrichtungen mit einer interkulturellen Orientierung, von Trägern oder Berufsverbänden noch von (Pflege-)Netzwerken, an denen die Einrichtungen partizipieren, ein ausschlaggebender Anreiz für die eigene interkulturelle Öffnung ausgegangen ist. Am häufigsten wird noch eine Empfehlung des Trägers als bedeutsam bewertet, wobei gleich viele Befragte (je 91) darin einen eher bis sehr wichtigen bzw. eher nicht wichtigen bis unwichtigen Grund ausmachen. Gleichzeitig verweist die Unterscheidung hinsichtlich des Einflusses von Trägern und (Pflege-)Netzwerken, ob eine interkulturelle Öffnung empfohlen oder gefordert wird, darauf, dass eine interkulturelle Ausrichtung öfter nahegelegt als tatsächlich verlangt wird. Dennoch erleben auch knapp 40 Pro-

<sup>336</sup> In der auf Baden-Württemberg konzentrierten Untersuchung zur „Versorgungssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in der Pflege“ (Gladis/Kowoll/Schröder 2014) wurden ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen danach befragt, ob „die Versorgung Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund für die Einrichtung wirtschaftlich bedeutend“ (ebd.: 35) sei. Rund 21 Prozent der Dienste bejahten dies, wobei der Anteil bei ambulanten Diensten mit rund 27 Prozent höher lag als bei Pflegeheimen (16%).

zent der Befragten, dass ihr Entschluss sich interkulturell zu öffnen, in unterschiedlichem Maße durch die Forderung ihres Trägers geprägt wurde.

**Abbildung 7: Gründe für eine interkulturelle Öffnung – Vorreiter, Träger, Verband, (Pflege-)Netzwerke**



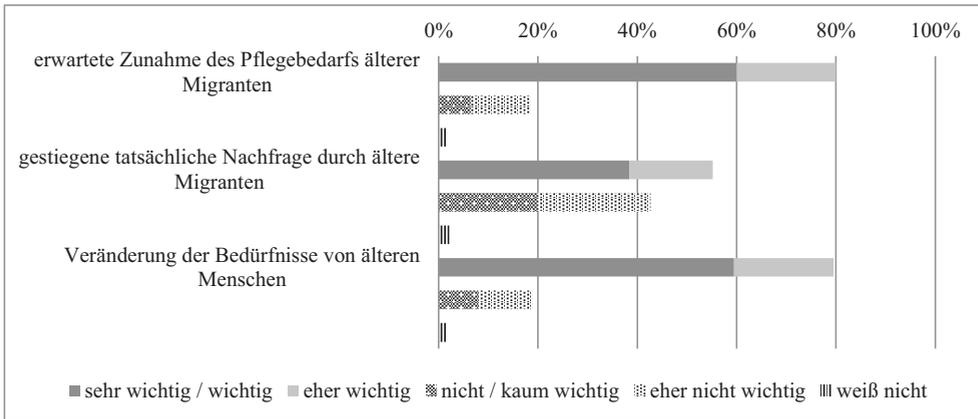
Quelle: Eigene Darstellung.

Schließlich wurde nach klientenzentrierten Beweggründen einer interkulturellen Öffnung gefragt, wobei alle drei Items dieser Gruppe für die Mehrheit der Befragten als ausschlaggebende Motive ihrer Entscheidung bewertet wurden. Sowohl die Erwartung, dass Pflegebedarfe älterer Migranten zunehmen werden, als auch die Feststellung, dass sich Bedürfnisse von Seniorinnen und Senioren verändern, bewegten rund 80 Prozent der befragten Pflegeheime dazu, eine interkulturelle Öffnung anzustoßen. Für ca. 60 Prozent der Probanden gelten beide Gründe dabei als wichtig oder sehr wichtig. Damit sind zugleich jene Triebkräfte einer interkulturellen Öffnung identifiziert, welche die höchsten Zustimmungswerte erfahren.<sup>337</sup> Demgegen-

<sup>337</sup> Auch in den Erhebungen von Barg et al. (2013: 50) und Ruddat (2014: 127 f.) spielen klientenzentrierte Gründe für die interkulturelle Öffnung ambulanter oder stationärer Dienste bzw. für die Initiierung eines spezifischen Projekts für ältere Migranten in Altenhilfe oder -pflege eine entscheidende Rolle. Während dies bei Ruddat als „Ergebnis systematischer Bedarfsplanung“ sowie eine „Überforderung bestehender Angebote mit den Bedarfen der Klienten“ (ebd.) beschrieben wird, drückt sich diese Triebkraft in der Befragung von Barg et al. (ebd.) in „Bedürfnisse[n] und Anfragen der Kundinnen und Kunden“ aus. In beiden Studien spielt zudem der Entschluss der Leitung eine ausschlaggebende Rolle und wird als wichtigster (bei Barg et al.) oder drittbedeutendster Grund (bei Ruddat) zur Initiierung der Projekte angegeben.

über seltener regte eine bereits erlebte, gestiegene Nachfrage durch Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund die Entscheidungen der Häuser an (rd. 38 % wichtig / sehr wichtig; rd. 17 % eher wichtig) (vgl. Abb. 8).<sup>338</sup>

**Abbildung 8: Klientenzentrierte Gründe für eine interkulturelle Öffnung**



Quelle: Eigene Darstellung.

25 Befragte gaben darüber hinaus sonstige Gründe für die interkulturelle Ausrichtung ihrer Häuser an. Mit fünf Nennungen wird dabei personellen Belangen eine sehr wichtige Bedeutung beigemessen, etwa in Form des bestehenden Fachkräftemangels bzw. -bedarfs oder einer zunehmenden Anzahl an Mitarbeitern mit Migrationshintergrund – auch auf Leitungsebene.<sup>339</sup> Daneben bekräftigen vier Befragte die erlebte Nachfrage oder Inanspruchnahme ihres Pflegeangebots durch Menschen mit Migrationshintergrund als Triebkraft ihrer interkulturellen Ausrichtung.<sup>340</sup> Für sechs weitere Einrichtungen waren normative Gründe ausschlaggebend, wozu „Menschlichkeit“, eine „offene Haltung gegenüber anderen Kulturen“ oder eine „individuelle Versorgung für alle Menschen als diakonischer Auftrag“ zu zählen sind.<sup>341</sup> Weitere Beweggründe, die von den Befragten genannt wurden, beschrieben ein Einrichtungsumfeld mit hohem Migrantenanteil (N = 3),<sup>342</sup> die interkulturelle Öffnung als präventive Vorbereitung auf spezifische Bedürfnisse (N = 1; sehr wichtig), als Anpassungsmaßnahme an die „interkulturelle Ausrichtung des Tendenzbetriebs der freien Wohlfahrtspflege“ (N = 1), als Reaktion auf die Arbeit in einem kommunalen Arbeitskreis „zur Integration von Menschen mit Migrationshintergrund“ (N = 1; wichtig) oder als „Umsetzung des hausinternen Leitbildes“ (N = 1; sehr wichtig).

<sup>338</sup> Die Summenscores aus allen 17 Items (für alle Fälle, die für jedes Item einen Wert angegeben haben; N = 157) verdeutlichen, dass es weder Befragte in diesem Sample gibt, die alle Gründe als „nicht wichtig“ ansehen, noch Probanden beteiligt waren, die alle Gründe als „sehr wichtig“ bewerteten.

<sup>339</sup> Drei Befragte bewerteten das von ihnen genannte personalspezifische Motiv als sehr wichtig, ein Proband als eher wichtig, während der fünfte Befragungsteilnehmer keine Einstufung seiner Antwort vornahm.

<sup>340</sup> Die drei Probanden, die ergänzend eine Bewertung hierzu abgaben, stuften dieses Motiv als sehr wichtig ein.

<sup>341</sup> Alle Befragten beschrieben ihre normativen Beweggründe als sehr wichtig.

<sup>342</sup> Einmal als sehr wichtig, einmal als eher wichtig bezeichnet.

### 3.2.2 Gründe für keine einrichtungsinterne Diskussion oder Umsetzung einer interkulturellen Öffnung

Nachdem die Bedingungen, die Pflegeheime zu einer interkulturellen Öffnung bewegen, vorgestellt wurden, sollen auch jene Beweggründe aufgezeigt werden, die stationäre Pflegeeinrichtungen leiten, sich nicht mit einer interkulturellen Öffnung auseinanderzusetzen oder ein solches Konzept umzusetzen. Die Befragten konnten mittels Mehrfachnennungen aus je neun Items jene Motive wählen, die sie für ihr Handeln als relevant erachteten. Darüber hinaus war es ihnen möglich sonstige Gründe anzugeben und die Frage mit „weiß nicht“ zu beantworten. Im Folgenden werden die Antworten der 187 Pflegeheime, in denen keine Auseinandersetzung mit Fragen einer interkulturellen Öffnung erfolgt sind (folgend Einrichtungen NA), und jenen 97 Häusern, die sich trotz einer einrichtungsinternen Thematisierung zu keiner interkulturellen Öffnung entschlossen haben (folgend Einrichtungen NU), gemeinsam betrachtet. Dabei ist zunächst festzustellen, dass für beide Gruppen von Einrichtungen in der Tendenz ähnliche Beweggründe handlungsleitend sind.

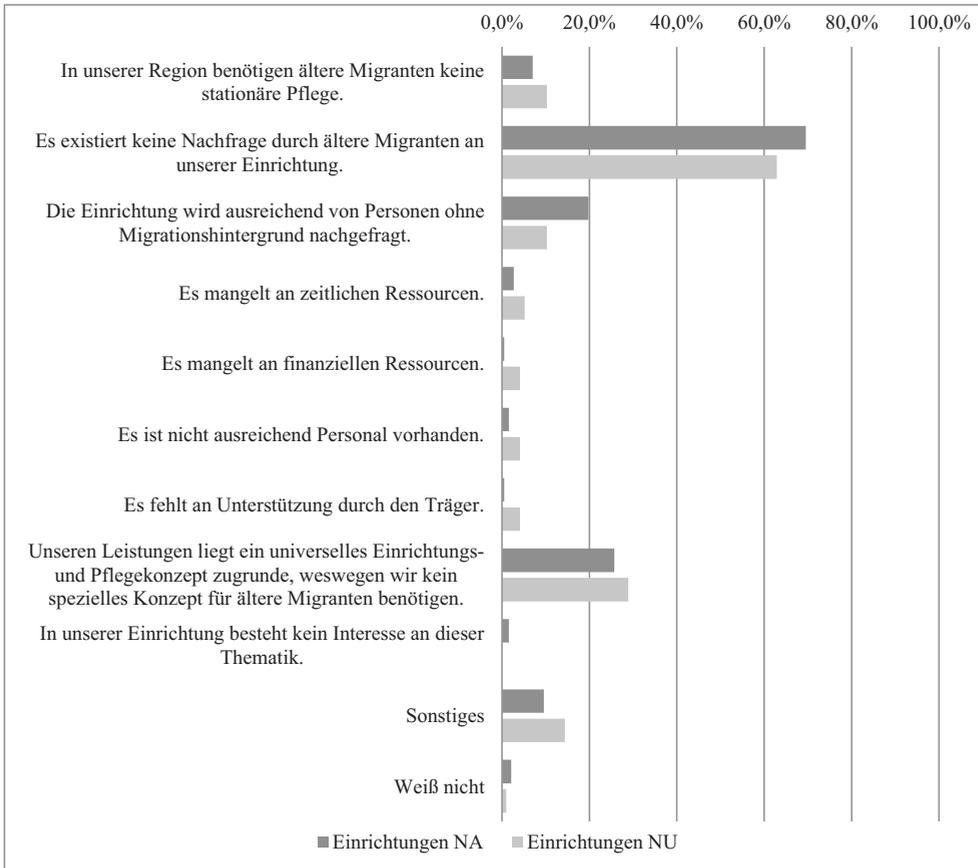
Die häufigste Ursache, die dazu führt, dass interkulturelle Öffnungskonzepte in Pflegeheimen nicht behandelt oder realisiert werden, ist darin zu finden, dass die Organisationen keine Nachfrage durch ältere Migranten an ihren Angeboten erfahren. Dies trifft auf rund 70 Prozent der Einrichtungen NA sowie ca. 63 Prozent der Einrichtungen NU zu.<sup>343</sup> Daneben erfahren andere klientenfokussierte Argumente deutlich weniger Zustimmung. So hält die Auffassung, dass ältere Migranten vor Ort grundsätzlich keine stationäre Pflege benötigen, vergleichsweise wenige Pflegeheime davon ab, sich einer interkulturellen Öffnung zuzuwenden (Einrichtungen NA: 1,9%; Einrichtungen NU: 10,3%). Für zumindest ein Fünftel der Befragten aus den Einrichtungen NA ist es jedoch mitentscheidend, dass sie über eine ausreichende Nachfrage durch Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund verfügen. Dagegen spricht die gleiche Tatsache nur für etwa jedes zehnte Heim aus der Gruppe NU gegen eine interkulturelle Öffnung.

Während es für die absolute Mehrheit der Organisationen weder eine Frage der Ressourcenausstattung (sowohl zeitlicher, finanzieller als auch personeller Art), noch der Unterstützung durch den Trägern zu sein scheint, sich nicht mit einer interkulturellen Öffnung inhaltlich oder praktisch zu befassen, spielt für mehr als ein Viertel der Probanden beider Einrichtungsgruppen ihre bestehende konzeptionelle Ausrichtung eine Rolle. Rund 28 Prozent der Einrichtungen NA und 29 Prozent der Häuser NU stimmen der Aussage zu, dass ihren Leistungen ein universelles Einrichtungs- und Pflegekonzept zugrunde liegt, weswegen sie kein spezielles Konzept für ältere Migranten benötigen.<sup>344</sup> Schließlich besteht in drei Pflegeheimen kein Interesse an der Thematik (Einrichtungen NA) (vgl. Abb. 9).<sup>345</sup>

<sup>343</sup> Ähnliche Begründungsmuster wurden in den Befragungen von Barg und Kolleginnen (2013: 48) sowie Ruddat (2014: 126 f.) mit Abstand als ausschlaggebend identifiziert. Entweder sei „[k]ein Bedarf“ (Barg et al. 2013: 48) an speziellen Leistungen für Senioren mit Migrationshintergrund oder „keine [vorhandene] Nachfrage“ (Ruddat 2014: 127) sowie „zu wenig Klienten mit Migrationshintergrund“ (ebd.) hierfür vorhanden. Daneben werden in beiden Studien fehlende Ressourcen als Erklärung angeführt.

<sup>344</sup> Ein vergleichbares Argument deckten Heinecker und Kollegen (2012: 118) auf. In ihrer Befragung von Sozial- und Gesundheitsdiensten sagten die meisten Befragten aus, „dass sie einem interkulturellen Prinzip folgten statt spezifische Dienste für spezifische Gruppen anzubieten“. Darüber hinaus stimmen die Probanden in dieser

**Abbildung 9: Angegebene Gegenstände einer Auseinandersetzung mit oder Umsetzung einer interkulturellen Öffnung**



Quelle: Eigene Darstellung.

Unter den sonstigen Gründen unterstreichen zehn Einrichtungen aus der Gruppe NA sowie sieben Häuser der Gruppe NU, dass sie bis zum Zeitpunkt der Befragung keine oder nur eine sehr geringe Nachfrage oder Inanspruchnahme durch ältere Migranten erfahren haben. Ein Befragungsteilnehmer ergänzt hierzu, dass Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund „in der Region überwiegend noch in der häuslichen Umgebung versorgt werden“, während fünf andere Probanden den – vorwiegend „ländlichen“ – Raum, in dem sich ihre Einrichtung befindet und der ausschließlich einen geringen Bevölkerungsanteil von Menschen mit Migrationshintergrund aufweist, zusätzlich als Erklärung anführen (2 NA, 3 NU).

Zwei Pflegeheime (NU) erleben die Integration von Migranten als problemlos bzw. haben „keine Änderungsbedarfe“ durch „die wenigen Bewohner aus anderen Kulturkreisen“ erlebt.

Studie häufig der folgenden Aussage zu: „Statt aktiv für unsere Leistungen bei den Minderheiten zu werben, erwarten wir generell, dass die Kunden zu uns kommen“ (ebd.).

<sup>345</sup> Weitere fünf Einrichtungen beantworten die Frage mit „weiß nicht“ (darunter Einrichtungen NA: 4). Eine tabellarische Zusammenfassung der Ergebnisse ist im Anhang zu finden (Tab. 22).

Daneben beschreiben drei Einrichtungen (2 NA, 1 NU), ihre grundsätzliche Offenheit gegenüber allen Menschen. Für einen Probanden drückt sich das darin aus, dass in seiner Organisation „jeder aufgenommen [wird], der dringend einen Pflegeplatz braucht, wenn Platz vorhanden [ist]“, während ein anderer formuliert: „Wer dabei sein will, ist dabei. Herkunft hat noch nie eine Rolle gespielt“. Für drei Befragungsteilnehmer ist darüber hinaus die konfessionelle Ausrichtung ihrer Einrichtungen von Bedeutung. Während zwei Häuser sich nicht mit Fragen um eine interkulturelle Öffnung auseinandersetzen, weil sie ausschließlich Ordensschwestern betreuen, erklärt ein Proband die nicht erfolgte interkulturelle Öffnung seines Pflegeheims damit, dass „die kirchliche Ausrichtung [...] nicht leicht mit den Anforderungen der Integration älterer Migranten zu vereinbaren [ist]“.

Schließlich beschreiben vier Befragte (2 NA, 2 NU), dass die Thematisierung oder die Umsetzung einer interkulturellen Öffnung unmittelbar bevorstehen. In den Pflegeheimen NA ist hierfür einerseits eine neue Einrichtungsleitung, andererseits eine neue Stabstelle in der Geschäftsführung verantwortlich, die das Thema als Modellprojekt in einzelnen Einrichtungen bereits eingeführt habe. Die beiden Häuser der Gruppe NU beschreiben zudem, dass sie sich gerade noch in einer konzeptionellen Erarbeitungsphase befinden, weswegen noch keine praktischen Umsetzungen erfolgt sind.<sup>346</sup>

Abschließend sei noch kurz auf die Kombinationen von Beweggründen hingewiesen, welche von den Befragten angegeben worden sind. Folgende Tabelle (Tab. 13) fasst zunächst jene Variationen zusammen, die aus zwei Motiven bestehen.

---

<sup>346</sup> Mit rund 68 Prozent gab die Mehrheit der Befragten aus den Einrichtungen NA lediglich einen der 10 Items (inkl. „Sonstiges“) als Beweggrund dafür an, dass sich ihre Organisation bisher nicht mit Fragen einer interkulturellen Öffnung auseinandergesetzt hat. Für 23 Prozent der Probanden aus dieser Gruppe waren zwei Gründe maßgeblich. Die maximale Kombination aus vier Motiven wurde lediglich in einem Prozent der Fälle (N = 2) gewählt. Die Befragungsteilnehmer aus der Gruppe NU nannten zu rund 65 Prozent einen Grund dafür, warum sie keine interkulturelle Öffnung realisiert haben. Rund 29 Prozent von ihnen wiesen zwei Motive aus. Die maximale Kombination setzte sich in dieser Gruppe aus fünf Items zusammen und trat zweimal auf. In den Einrichtungen NA wurden durchschnittlich 1,4, in den Heimen NU durchschnittlich 1,5 Gründe angegeben.

**Tabelle 13: Kombinationen aus zwei genannten Gegenstände einer Auseinandersetzung mit oder Umsetzung einer interkulturellen Öffnung**

	Einrichtungen NA		Einrichtungen NU	
	N	%	N	%
In unserer Region benötigen ältere Migranten keine stationäre Pflege. Es existiert keine Nachfrage durch ältere Migranten an unserer Einrichtung.	5	11,9	3	10,7
Es existiert keine Nachfrage durch ältere Migranten an unserer Einrichtung. Die Einrichtung wird ausreichend von Personen ohne Migrationshintergrund nachgefragt.	14	33,3	4	14,3
Es existiert keine Nachfrage durch ältere Migranten an unserer Einrichtung. Unseren Leistungen liegt ein universelles Einrichtungs- und Pflegekonzept zugrunde, weswegen wir kein spezielles Konzept für ältere Migranten benötigen.	14	33,3	9	32,1
Die Einrichtung wird ausreichend von Personen ohne Migrationshintergrund nachgefragt. Unseren Leistungen liegt ein universelles Einrichtungs- und Pflegekonzept zugrunde, weswegen wir kein spezielles Konzept für ältere Migranten benötigen.	2	4,8	4	14,3
Es existiert keine Nachfrage durch ältere Migranten an unserer Einrichtung. Sonstiges	1	2,4	5	17,9
Weitere Kombinationen	6	14,3	3	10,7
Gesamtsumme	42	100	28	100

Quelle: Eigene Darstellung.

Während die Gruppe der Einrichtungen NA die für sie ausschlaggebenden Gründe in elf Varianten kombiniert, konnten für die Heime NU acht Kombinationen identifiziert werden. Unter Ausschluss der Kombinationen, die nur von ein bis zwei Untersuchungsteilnehmern gewählt und unter der Kategorie „weitere Kombinationen“ zusammengefasst wurden, schälen sich in beiden Einrichtungsgruppen fünf gleiche Motivpaarungen heraus. Dabei zeigt sich, dass für die Pflegeheime häufig entweder zwei klientenzentrierte Beweggründe für ihr Handeln ausschlaggebend sind, oder ein klientenzentriertes Motiv mit der Bedingung eines universellen Einrichtungs- und Pflegekonzeptes oder einem sonstigen Grund einhergeht.<sup>347</sup> Fasst man beide Gruppen zusammen, halten am häufigsten die beiden Motive einer nicht erlebten Nachfrage durch ältere Migranten kombiniert mit der Existenz eines universellen Konzeptes Pflegeheime davon ab, sich mit einer interkulturellen Öffnung inhaltlich oder praktisch zu beschäftigen.

<sup>347</sup> Die Mehrzahl der hierbei genannten sonstigen Gründe wiederholt entweder die geringe Nachfrage durch ältere Migranten oder weist auf einen geringen Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund vor Ort hin, wodurch sie ebenso als klientenzentrierte Motive gefasst werden können.

Mit Ausnahme einer Kombination werden alle Antwortvarianten, die sich aus mehr als zwei Motiven zusammensetzen jeweils von nur einem Probanden genannt.<sup>348</sup> Sechs Befragte stimmen jedoch darüber ein, dass sie sich deshalb nicht mit Fragen einer interkulturellen Öffnung auseinandersetzen, weil sie erstens keine Nachfrage von älteren Migranten erhalten, zweitens ausreichend Personen ohne Migrationshintergrund ihre Angebote in Anspruch nehmen und sie drittens aufgrund eines universellen Organisations- und Handlungskonzeptes kein spezifisches Konzept für ältere Migranten benötigen.

### 3.3 Umsetzungsschritte

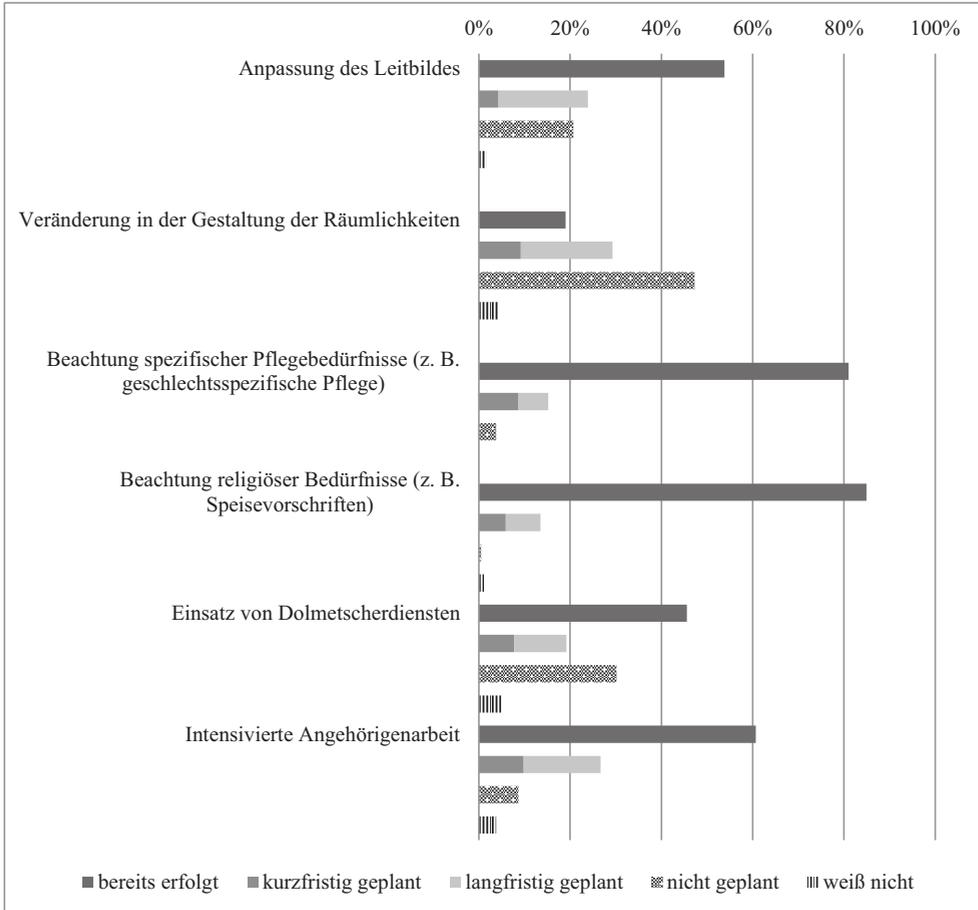
Über die Beweggründe der Pflegeheime hinaus, sich interkulturell zu öffnen, galt es zudem in Erfahrung zu bringen, was die Einrichtungen unter ihrer eigenen interkulturellen Öffnung verstehen. Aus welchen Maßnahmen setzt sich z. B. ein Öffnungsprozess in den Organisationen zusammen? Und wie weit ist die Umsetzung in den Einrichtungen fortgeschritten? Hierfür wurde den Befragten zunächst eine Reihe von konzeptionellen Bestandteilen vorgelegt, die in der einschlägigen deutschsprachigen Literatur zur interkulturellen Öffnung verhandelt und in die Bereiche „Organisation und Pflege“, „Personal“, „Kooperationen“, „Öffentlichkeitsarbeit“ sowie „Planung und Evaluation“ zusammengefasst werden können. Dabei war es den Probanden möglich anzugeben, ob genannte Öffnungsmerkmale „bereits erfolgt“, „kurzfristig geplant“, „langfristig geplant“ oder „nicht geplant“ sind sowie mit „weiß nicht“ zu antworten.

Im Kontext von Organisation und Pflege geben jeweils über 80 Prozent der Einrichtungen an bereits heute spezifische Pflegebedürfnisse (81 %; N = 184), wie etwa geschlechtsspezifische Pflege, oder religiöse Bedarfslagen ihrer Bewohner zu beachten (rd. 85 %; N = 185). Die Mehrheit der übrigen Befragten teilt mit, diese Maßnahmen kurz- oder langfristig realisieren zu wollen. Auch die Angehörigenarbeit wurde von rund 60 Prozent der sich interkulturell öffnenden Altenheime intensiviert (N = 183); rund 27 Prozent streben dies für die Zukunft – mehrheitlich langfristig – noch an.

---

<sup>348</sup> Dazu zählen acht (NA) bzw. vier (NU) Variationen bestehend aus drei Antworten, zwei Kombinationen (NA) mit vier gewählten Antworten sowie zwei Motivverknüpfungen mit fünf Antworten.

**Abbildung 10: Interkulturelle Öffnungsmaßnahmen im Bereich Organisation und Pflege**



Quelle: Eigene Darstellung.

Daneben passte jeweils rund die Hälfte der Einrichtungen ihr Einrichtungsleitbild dem Öffnungsprozess an (rd. 54%; N = 184) und setzt Dolmetscherdienste in ihrer Arbeit ein (rd. 46%; N = 182). Beide Aspekte werden jedoch auch von einigen Pflegeheimen als Merkmale charakterisiert, die sie selbst nicht planen umzusetzen (Anpassung des Leitbildes etwa 21%; Einsatz von Dolmetscherdiensten rd. 30%).<sup>349</sup> Am seltensten wurden Veränderungen in der

<sup>349</sup> In der bereits erwähnten baden-württembergischen Erhebung wurde expliziter nach interkulturellen Gesichtspunkten in Pflege- und Betreuungskonzepten der Einrichtungen gefragt. Während 52 Prozent der stationären Dienste in ihren Konzepten über solche Inhalte verfügten, sei ihre Umsetzung bei weiteren knapp 16 Prozent geplant (Gladis/Kowoll/Schröder 2014: 33). Dabei ist zu beachten, dass „interkulturelle Aspekte“ in dieser länderspezifischen Studie bei allen Pflegeheimen abgefragt wurden, während die Maßnahmen aus der vorliegenden Erhebung nur jenen Einrichtungen zur Beantwortung vorgelegt wurden, die eine interkulturelle Öffnung nach eigener Aussage verfolgen. In der Hamburger Erhebung von Pauli et al. (2013: 28 f.), die ebenfalls keine Fokussierung auf interkulturell geöffnete Pflegeheime vornimmt, wurden öffentlich zugängliche Einrichtungskonzepte

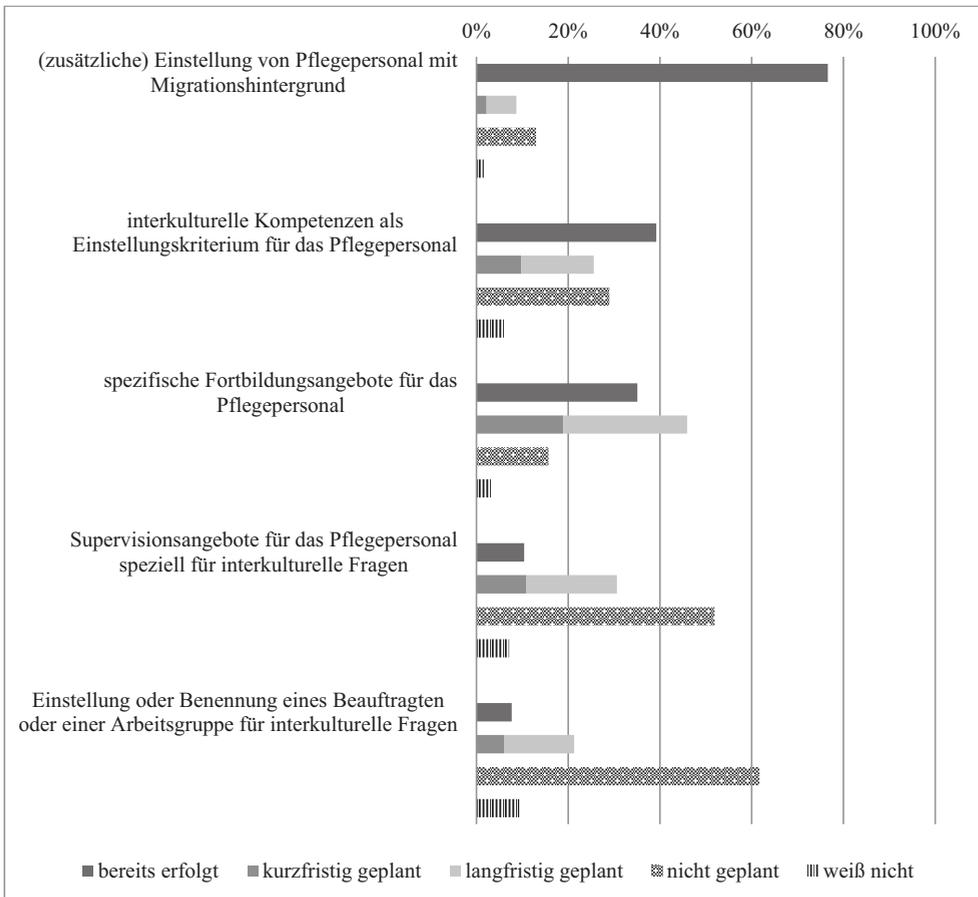
Gestaltung der Räumlichkeiten vorgenommen (N = 184): Während 19 Prozent bereits Umsetzungen in diesem Bereich verfolgt haben, gibt knapp die Hälfte der Befragten an keine räumlichen Umgestaltungen anzustreben (rd. 47%); rund 30 Prozent der Häuser sehen diese Maßnahme als kurz- bzw. langfristige Planung ihrer interkulturellen Öffnung an (vgl. Abb. 10).<sup>350</sup> Neben Veränderungen, die im Hinblick auf die Organisationsstrukturen und die Angebotsgestaltung empfohlen werden, beinhalten Konzepte einer interkulturellen Öffnung immer auch Personalentwicklungsmaßnahmen (vgl. Kap. I. 3.2). Aus der Vielzahl der Mittel aus diesem Bereich wurden fünf häufig genannte Maßnahmen ausgewählt und den Befragten vorgelegt. Dabei zeigt sich, dass personelle Öffnungsmerkmale am häufigsten in Form einer (zusätzlichen) Einstellung von Pflegepersonal mit Migrationshintergrund erfolgen. Während in rund 77 Prozent der Fälle dieses Mittel bereits gewählt wurde, planen knapp neun Prozent der Organisationen zukünftig (weitere) Pflegekräfte mit Migrationshintergrund zu beschäftigen (N = 184). Seltener haben die Pflegeheime dagegen interkulturelle Kompetenzen als Einstellungskriterium für pflegende Mitarbeiter bestimmt (rd. 39%; N = 183) und spezifische Fortbildungsangebote ihrem Pflegepersonal ermöglicht (rd. 35%; N = 185).<sup>351</sup> Während die übrigen Einrichtungen jedoch mehrheitlich planen, zukünftig ihre Pflegekräfte im Hinblick auf interkulturelle Pflegearbeit fortzubilden (rd. 46%), wird die Einführung von interkulturellen Kompetenzen als Einstellungskriterium deutlich seltener beabsichtigt (rd. 26%). Über die Hälfte der Organisationen sieht zudem keine Supervisionsangebote für ihre Pflegekräfte vor, die sich speziell interkulturellen Fragen widmen (rd. 52%; N = 183). Mit 29 Prozent intendieren die wenigsten Pflegeheime im Rahmen ihrer interkulturellen Öffnung einen spezifischen Beauftragten zu benennen oder eine Arbeitsgruppe für interkulturelle Belange ins Leben zu rufen (vgl. Abb. 11).

---

und -leitbilder nach kultur- und migrationsspezifischen Sachverhalten untersucht. Dabei zeigte sich, dass die Konzeptpapiere von rund einem Fünftel der Einrichtungen solche Aspekte enthalten.

<sup>350</sup> Tabelle 23 im Anhang bietet einen Überblick über die Ergebnisse.

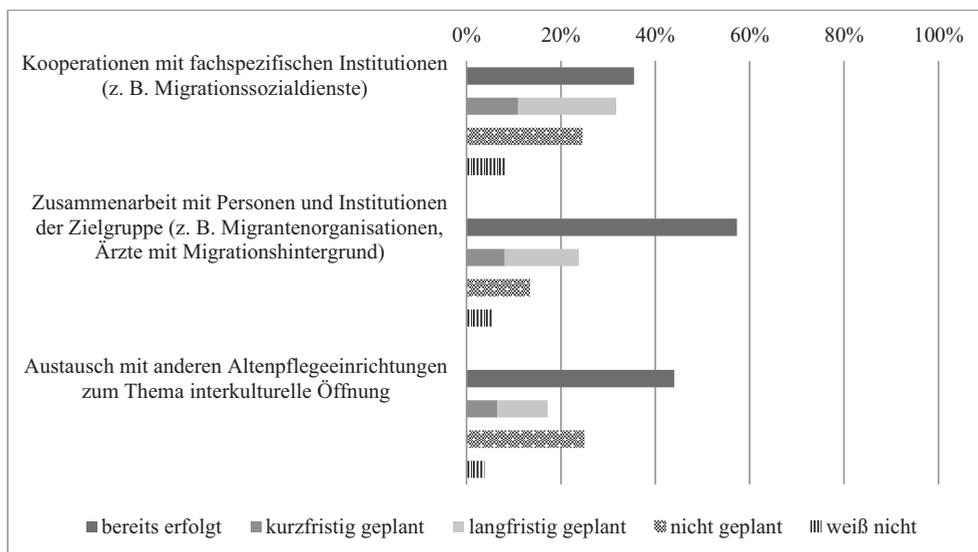
<sup>351</sup> Baden-württembergische Pflegeheime gaben in der Studie von Gladis und Kollegen (2014: 34) zu knapp 18 Prozent an, „Fortbildungen zur Erhöhung der interkulturellen Kompetenzen der Mitarbeiter“ zu offerieren. In 23 Prozent der Einrichtungen werden solche Formate geplant.

**Abbildung 11: Interkulturelle Öffnungsmaßnahmen im Bereich Personal**

Quelle: Eigene Darstellung.

Unterhalten Einrichtungen im Zuge ihrer interkulturellen Öffnung daneben Kooperationen mit unterschiedlichen Akteuren, arbeiten sie am häufigsten mit Personen oder Organisationen der Zielgruppe, wie z. B. Migrantenselbstorganisationen oder Ärzten mit Migrationshintergrund, zusammen (rd. 57%; N = 185); zudem streben knapp 24 Prozent der Pflegeheime an, eine Zusammenarbeit mit diesen Gruppen kurzfristig oder langfristig umzusetzen.<sup>352</sup> Kooperationen mit anderen Altenpflegeeinrichtungen zum Thema interkulturelle Öffnung (44%; N = 184) sowie mit fachspezifischen Organisationen, wie z. B. Migrationssozialdiensten (rd. 36%; N = 183), existieren nicht nur seltener, sondern zählen zugleich häufiger auch zu denjenigen Maßnahmen, welche die Pflegeheime nicht verwirklichen wollen (je rd. 25%) (vgl. Abb. 12).

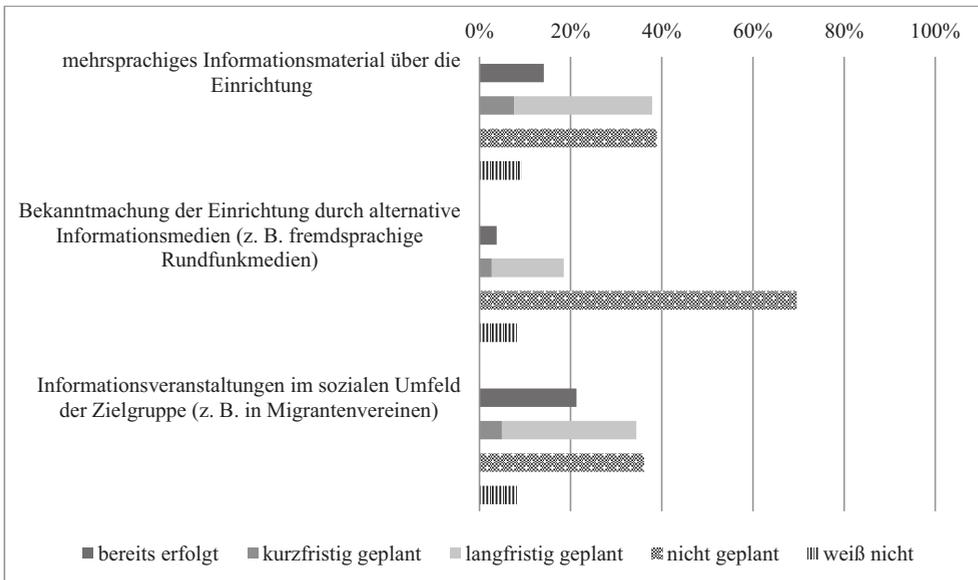
<sup>352</sup> In Baden-Württemberg stehen etwas mehr als 22 Prozent der Pflegeheime in Kontakt zu Migrantenorganisationen. Weitere vier Prozent sehen zukünftige Kooperationen vor (vgl. Gladis/Kowoll/Schröder 2014: 34).

**Abbildung 12: Interkulturelle Öffnungsmaßnahmen im Bereich Kooperationen**

Quelle: Eigene Darstellung.

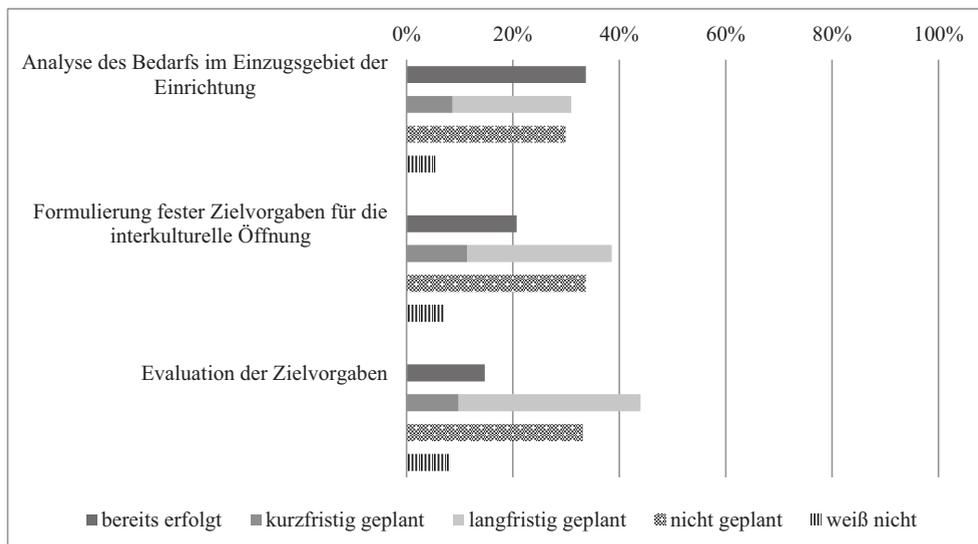
Ein weiterer, viel thematisierter Bereich der interkulturellen Organisationsentwicklung stellt die Öffentlichkeitsarbeit dar (vgl. Kap. I. 3.2). Vergleicht man dieses Maßnahmenbündel zunächst mit den zuvor thematisierten Bereichen einer interkulturellen Öffnung fällt auf, dass dieser Baustein im Durchschnitt häufiger kein realisierter oder vorgesehener Bestandteil der Öffnungsprozesse der befragten Einrichtungen darstellt, als dies für die anderen Bereiche der Fall ist. Durchschnittlich werden die drei, in der Befragung genannten Elemente einer interkulturellen Öffentlichkeitsarbeit von 48 Prozent der Probanden weder umgesetzt, noch geplant. Auf Umsetzungsmaßnahmen in den Bereichen Organisation und Pflege, Personal sowie Kooperationen verzichten die Einrichtungen dagegen durchschnittlich in 19, 34 sowie 21 Prozent der Fälle. Werden die möglichen Instrumente der Öffentlichkeitsarbeit im Einzelnen betrachtet, zeigt sich, dass vor allem von der Bekanntmachung des Pflegeheims durch alternative Informationsmedien abgesehen wird (rd. 70 %; N = 184). Die Gestaltung mehrsprachiger Informationsmaterialien als auch die Organisation von Informationsveranstaltungen im sozialen Umfeld der Zielgruppe finden demgegenüber größeren Zuspruch, wobei beide Maßnahmen häufiger geplant als bereits realisiert sind (mehrsprachige Materialien: Planung rd. 38 %, Umsetzung: rd. 14 %; N = 185; Informationsveranstaltungen: Planung 34 %, Umsetzung: 21 %; N = 183) (vgl. Abb. 13).<sup>353</sup>

<sup>353</sup> Gladis und Kollegen (2014: 34) weisen für baden-württembergische stationäre Einrichtungen darauf hin, dass alleine vier Prozent der Heime über mehrsprachiges Informationsmaterial verfügt und knapp acht Prozent eine zukünftige Einführung beabsichtigen.

**Abbildung 13: Interkulturelle Öffnungsmaßnahmen im Bereich Öffentlichkeitsarbeit**

Quelle: Eigene Darstellung.

Schließlich wurden die Pflegeheime danach befragt, inwieweit ihr Öffnungsprozess spezifische Planungs- und Evaluationselemente umfasst. Im Hinblick auf die Planung einer interkulturellen Öffnung interessierte zunächst, ob die Einrichtungen eine Bedarfsanalyse im Einzugsgebiet ihrer Einrichtung vorgenommen haben. Neben rund einem Drittel der Befragten, die diese Maßnahme bereits realisiert haben, wird sie von etwa gleich vielen Häusern geplant oder ausgeschlossen ( $N = 184$ ). Ein Fünftel der Probanden gibt zudem an, dass sie feste Zielvorgaben für den eigenen Öffnungsprozess formuliert haben; rund 39 Prozent sehen dieses Planungselement kurz- oder langfristig vor ( $N = 184$ ). Eine Evaluation ihrer Ziele haben schließlich knapp 15 Prozent der Organisationen bereits durchgeführt, während 44 Prozent dies in Zukunft vorsehen ( $N = 184$ ) (vgl. Abb. 14). Durchschnittlich verzichteten rund 32 Prozent der Pflegeheime darauf, diese Planungs- und Evaluationsmittel in ihren Öffnungsprozess zu integrieren.

**Abbildung 14: Interkulturelle Öffnungsmaßnahmen im Bereich Planung und Evaluation**

Quelle: Eigene Darstellung.

Differenziert man zudem den zeitlichen Rahmen, in dem unterschiedliche Bausteine einer interkulturellen Öffnung von den Pflegeheimen geplant werden, fällt auf, dass mit Ausnahme einer Maßnahme die Umsetzung aller anderen Elemente in der Mehrheit in einer langfristigen Perspektive beabsichtigt ist. Allein in der Beachtung spezifischer Pflegebedürfnisse sprechen sich mehr Einrichtungen für eine kurzfristige als für eine langfristige Realisierung aus (rd. 9 gegenüber 7%).

Durchschnittlich haben die befragten Pflegeheime acht Maßnahmen, d. h. rund 40 Prozent der genannten möglichen 20 Öffnungsmerkmale, bereits umgesetzt (Median = 7).<sup>354</sup> Stellt man die Anzahl der Umsetzungen in Zusammenhang mit dem Zeitraum, in dem die interkulturelle Öffnung in den Einrichtungen begonnen wurde, zeigt sich, dass zwischen beiden Variablen ein leicht negativer strikt monotoner und signifikanter Zusammenhang besteht (Kendalls tau-c = -0,255;  $p < 0,001$ ;  $N = 173$ ). Das heißt, je mehr Bausteine einer interkulturellen Öffnung ein Pflegeheim bisher verwirklicht hat, desto früher ist der interkulturelle Öffnungsprozess eingeleitet worden; oder anders formuliert: desto länger ist die interkulturelle Öffnung der Einrichtung bereits in Gang. Zwischen den einzelnen Bereichen divergiert die Anzahl der im Durchschnitt realisierten Maßnahmen zum Teil beträchtlich. Während die Einrichtungen im Bereich Organisation und Pflege durchschnittlich rund 58 Prozent und hinsichtlich unterschiedlicher Kooperationen etwa 46 Prozent der Öffnungselemente eingeführt haben, liegen

<sup>354</sup> In diese Berechnung eingeschlossen wurden nur jene Befragte, die Auskunft über alle zwanzig Maßnahmen gegeben haben ( $N = 180$ ). Dabei liegt das Minimum bei 0 umgesetzten und das Maximum bei 18 realisierten Öffnungsmerkmalen.

die durchschnittlichen Umsetzungsanteile in den Bereichen Personal bei rund 34 Prozent, bei Planung und Evaluation bei 23 Prozent und in der Öffentlichkeitsarbeit bei 14 Prozent.<sup>355</sup> Im späteren Teil des Fragebogens wurden die Probanden zudem gebeten, den Entwicklungsfortschritt ihres Öffnungsprozesses zu bewerten. Dazu konnten die Befragten eine Einstufung zwischen sechs Werten vornehmen, wobei der erste Wert mit „Wir stehen am Beginn der Umsetzung“ und die sechste Stufe mit „Die Umsetzungen sind sehr weit fortgeschritten“ betitelt waren. Teilt man die Skala in drei Bereiche ein, gibt knapp die Hälfte der Einrichtungen einen mittleren Entwicklungsgrad an (rd. 48%). Daneben befinden sich rund 30 Prozent der Pflegeheime in einer Anfangsstufe der Öffnung, während ein Fünftel der Befragten ihren Prozess als weit bis sehr weit fortgeschritten bewerten (N = 185).<sup>356</sup> Auch hier zeigt sich ein schwach negativer strikt monotoner und signifikanter Zusammenhang mit dem Zeitraum, der den Beginn der interkulturellen Öffnung einer Einrichtung markiert: Je weiter fortgeschritten der Entwicklungsgrad eines Öffnungsprozesses bewertet wird, desto früher wurde eine interkulturelle Öffnung angestoßen. Ein ähnlicher Zusammenhang besteht mit der Anzahl kurzfristig oder langfristig geplanter Maßnahmen: Je höher die Befragten den Fortschritt der interkulturellen Öffnung ihres Hauses bewerten, desto weniger weitere Maßnahmen haben sie für die Zukunft vorgesehen. Gleichzeitig sind bereits umso mehr Öffnungsmerkmale realisiert, je fortgeschrittener der Umsetzungsprozess eingestuft wird. Dieser Zusammenhang erweist sich als mittelstark positiv und signifikant (vgl. Tab. 14).

**Tabelle 14: Bivariate Korrelationen zwischen dem Entwicklungsgrad einer interkulturellen Öffnung und verschiedenen anderen Öffnungsmerkmalen**

Variable	Zusammenhangsmaß	Wert	Näherungsweise Signifikanz	N
Initiierung einer interkulturellen Öffnung nach Zeitraum	Kendalls tau-c	-0,233	p < 0,001	175
Anzahl geplanter Maßnahmen	Kendalls tau-c	-0,258	p < 0,001	176
Anzahl umgesetzter Maßnahmen	Kendalls tau-c	0,464	p < 0,001	176

Quelle: Eigene Darstellung

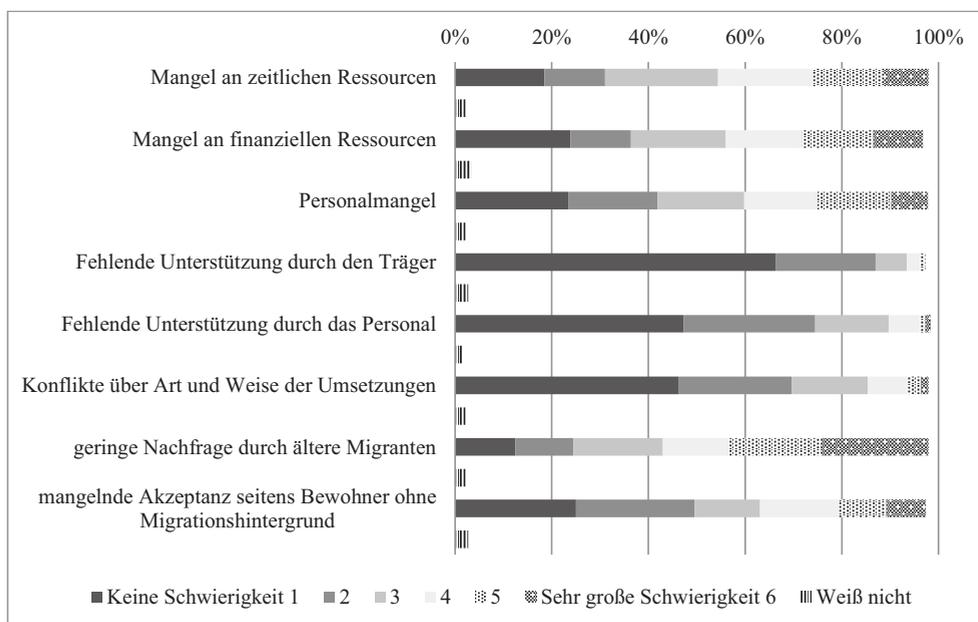
Neben ihrem Fortschritt wurden die Einrichtungen auch nach Schwierigkeiten befragt, die sie im Prozess der interkulturellen Öffnung erleben. Hierfür wurde den Probanden eine Reihe

<sup>355</sup> Die Planungen liegen dagegen insgesamt bei durchschnittlich 5 Maßnahmen (25% des gesamten Maßnahmenbündels; Median = 5). Minimal werden keine, maximal 18 interkulturelle Öffnungselemente für die Zukunft geplant (N = 180). Der Zusammenhang mit dem Zeitraum, in dem die Einrichtungen ihren interkulturellen Öffnungsprozess ins Leben gerufen haben, erweist sich als schwach positiv und signifikant (Kendalls tau-c = 0,280; p < 0,001; N = 173). Demensprechend ist eine zukünftige Realisierung von umso mehr Maßnahmen angedacht, je später die interkulturelle Öffnung begonnen wurde bzw. je kürzer sie erst andauert. Anders als bei den Umsetzungen erweisen sich die Unterschiede hinsichtlich der Anteile der geplanten Maßnahmen in den einzelnen Bereichen als weniger markant. Während im Durchschnitt rund 21 Prozent der konzeptionellen Mittel im Bereich Organisation und Pflege lang- oder kurzfristig geplant sind, liegen die Anteile in den Bereichen Personal bei rund 27 Prozent, hinsichtlich von Kooperationen bei rund 28 Prozent, in der Öffentlichkeitsarbeit bei 30 Prozent und im Kontext von Planung und Evaluation bei rund 38 Prozent.

<sup>356</sup> Rund zwei Prozent der Befragten wussten auf diese Frage keine Antwort.

potenzieller Hemmnisse vorgelegt, die sie mittels einer 6-stufigen Skala bewerten konnten. Eine mit der Stufe 1 markierte Eigenschaft stellt „keine Schwierigkeit“ für die Einrichtung dar, während Stufe 6 ein vorliegendes Problem als „sehr große Schwierigkeit“ für ein Pflegeheim charakterisiert. Folgende Abbildung (Abb. 15) fasst die Ergebnisse zusammen. Dabei fällt zunächst auf, dass es den Einrichtungen nur sehr selten an Unterstützung durch den Träger oder das Einrichtungspersonal zu fehlen scheint. Für rund 66 Prozent der Befragten liegt in der Unterstützung ihres Trägers gar keine Schwierigkeit, während dies mit Blick auf das eigene Personal auf etwa 47 Prozent der Probanden zutrifft. Auch Konflikte über Art und Weise, wie eine interkulturelle Öffnung umgesetzt wird, stellen in 46 Prozent der Fälle keine Schwierigkeit dar. Daneben werden mit einer durchschnittlichen Schwierigkeitsstufe „3“ der Mangel an zeitlichen, finanziellen und personellen Ressourcen sowie eine mangelnde Akzeptanz durch Bewohner ohne Migrationshintergrund durch die Befragten schon häufiger als Problemstellung innerhalb des Öffnungsprozesses erlebt. Das Problem, das die Probanden am häufigsten als schwerwiegend einstufen, bildet die geringe Nachfrage durch ältere Migranten. Mehr als ein Fünftel der Einrichtungen beschreibt dies als sehr schwieriges Element ihres Öffnungsprozesses (rd. 22 %).<sup>357</sup>

**Abbildung 15: Schwierigkeiten einer interkulturellen Öffnung**



Quelle: Eigene Darstellung.

Einzelne Befragte haben zudem weitere Herausforderungen benannt, welche eine interkulturelle Öffnung ihrer Einrichtung mit sich bringt. Zu den Schwierigkeiten, die als sehr groß beschrieben werden, zählt die „Vielfalt des Migrationsthemas“, wobei der Proband ergänzt

<sup>357</sup> Eine Übersicht über alle Ergebnisse findet sich im Anhang (Tab. 24).

„Migrant ist nicht Migrant“, sowie der „Umgang mit Angehörigen mit Migrationshintergrund“. Daneben wird zudem ein „genereller Mangel an Pflegekräften unabhängig von der interkulturellen Öffnung“ als sehr schwierig bewertet. Ein Pflegeheim erlebt die ausbleibende Inanspruchnahme von Angeboten (Schwierigkeitsstufe 5), ein anderes „den Einsatz von Mitarbeitern mit sprachlichem Wissen“ als schwierig (Stufe 4). In drei Einrichtungen bestehen keinerlei Hürden, was zwei Befragungsteilnehmer damit erklären, dass die interkulturelle Arbeit für sie entweder „Alltag“ ist oder es dabei durch das mehrsprachige Personal zu keinen Verständigungsproblemen in ihrer Einrichtung kommt.

Zuständig für die Koordination des Öffnungsprozesses zeigt sich schließlich in fast allen Fällen die Leitungsebene, entweder in Person der Einrichtungsleitung (60%) oder der Pflegedienstleitung (31,9%). Nur in Einzelfällen liegt die Verantwortung in Händen eines dafür benannten Beauftragten, einer eigenen Arbeitsgruppe oder sonstiger Personen (N = 185). Ebenso selten nehmen die Pflegeheime für ihre interkulturelle Ausrichtung eine externe Beratung in Anspruch (7%) (N=185).

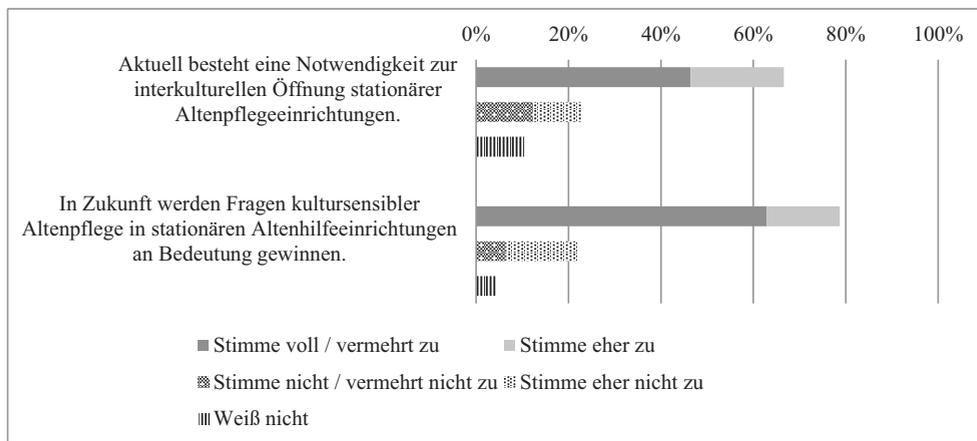
Neben den Einrichtungen, die nach den Umsetzungsschritten und der Ausgestaltung ihrer interkulturellen Öffnung befragt wurden, wurden die Pflegeheime (N=96), die trotz der Thematisierung interkultureller Öffnungsdiskussionen in ihren Häusern bis zum Zeitpunkt der Befragung keinen Öffnungsprozess eingeleitet haben, gebeten, über ihre zukünftigen Planungen Auskunft zu geben. Dabei gaben rund 12 Prozent der Befragten an, für die Zukunft eine eigene interkulturelle Öffnung geplant zu haben. Die Mehrheit der Pflegeheime hat diesbezüglich jedoch noch keine Entscheidung gefällt (rd. 72%) und weitere 14 Prozent sehen auch zukünftig keine interkulturelle Öffnung vor.<sup>358</sup>

Gleichwohl von allen an der Befragung beteiligten Einrichtungen über 70 Prozent keine eigene interkulturelle Öffnung verfolgen (vgl. Kap. IV. 3.1), stimmen nur rund 13 Prozent der Probanden der generellen Aussage vermehrt oder voll zu, dass aktuell *keine* Notwendigkeit zu einer interkulturellen Öffnung stationärer Altenpflegeeinrichtungen besteht (N = 588). Umgekehrt bedeutet das, dass mit rund 46 Prozent knapp die Hälfte der Befragten eine interkulturelle Öffnung von Altenpflegeheimen derzeit als notwendig erachtet (vgl. Abb. 16). Gleichzeitig geht ein Großteil der Befragten tendenziell davon aus, dass Fragen kultursensibler Altenpflege in stationären Altenhilfeeinrichtungen in Zukunft (weiter) an Bedeutung gewinnen werden (rd. 63% stimmen voll oder vermehrt zu) (N=620).<sup>359</sup>

<sup>358</sup> Zwei Prozent der Einrichtungen wussten hierzu keine Antwort.

<sup>359</sup> Zur besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse wird die erste Variable umgepolt als *eine* Notwendigkeit zur interkulturellen Öffnung dargestellt.

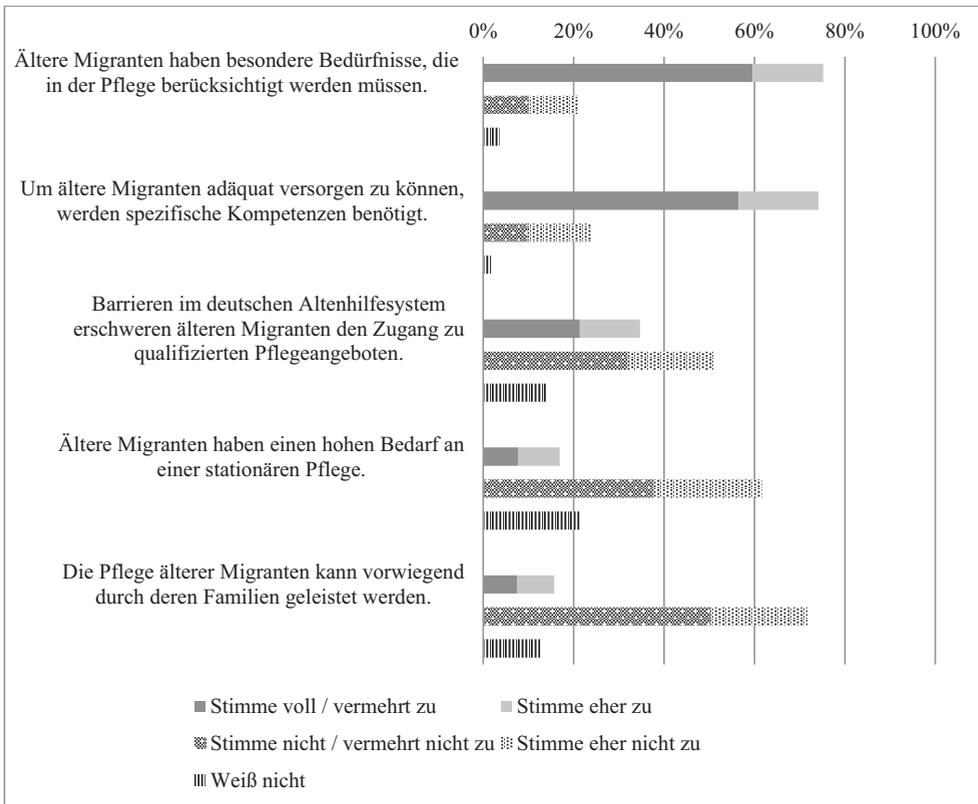
**Abbildung 16: Relevanz einer interkulturellen Öffnung stationärer Altenpflegeeinrichtungen**



Quelle: Eigene Darstellung.

Die hohe Bedeutung, die einer interkulturellen Öffnung beigemessen wird, scheint auch damit erklärt werden zu können, dass ein Großteil der Befragten im Hinblick auf die Zielgruppe älterer Migranten die Auffassung vertritt, dass in ihrer Pflege besondere Bedürfnisse berücksichtigt werden müssen (rd. 60% stimmen voll oder vermehrt zu).<sup>360</sup> Ähnlich viele Befragte stimmen zudem darin überein, dass es zu einer adäquaten Versorgung von Senioren mit Migrationshintergrund spezifischer Kompetenzen bedarf (rd. 57% volle oder vermehrte Zustimmung). Einem weiteren Aspekt, mit dem eine interkulturelle Öffnung von Pflegeheimen häufig begründet wird (vgl. Kap. I. 1.5), pflichten die Befragungsteilnehmer dagegen deutlich weniger bei. Vielmehr lehnt über die Hälfte der Probanden voll, vermehrt oder eher ab, dass Barrieren im deutschen Altenhilfesystem existieren, die älteren Migranten den Zugang zu qualifizierten Pflegeangeboten erschweren (rd. 51%).

<sup>360</sup> Die Fallzahl aller folgenden Items sowie eine tabellarische Übersicht aller Ergebnisse ist im Anhang zu finden (vgl. Tab. 25).

**Abbildung 17: Pflegebedarf und Versorgung älterer Migranten**

Quelle: Eigene Darstellung.

Im Gegensatz zum hohen Anteil der Befragten, die einer interkulturellen Öffnung des stationären Pflegebereichs sowohl gegenwärtig als auch zukünftig eine hohe Relevanz bescheinigen, teilen aber allein etwa 8 Prozent die Auffassung, dass ältere Migranten einen umfassenden Bedarf an stationärer Pflege haben. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass etwas mehr als ein Fünftel der Befragten hierzu keine eindeutige Angabe machen kann (rd. 21 % „weiß nicht“-Angaben). Die Vermutung, dass anstelle einer professionellen Betreuung und Versorgung in Pflegeheimen die Befragten davon ausgehen, dass die Pflege älterer Migranten vorrangig durch ihre Familien gewährleistet werden kann, bestätigt sich nicht. Dieser Ansicht, die insbesondere in frühen Veröffentlichungen zu älteren Migranten als verbreitet galt, stimmen ausschließlich 8 Prozent der Befragten voll oder vermehrt zu (vgl. Abb. 17).

Daran anschließend stellt sich die Frage, welche Art von Einrichtungen die Befragten für die Versorgung von Senioren mit Migrationshintergrund für verantwortlich und geeignet halten. Die Aussagen, die den Befragten hierzu vorgelegt wurden, schließen an erste feldanalytisch gewonnene Ergebnisse an. Wie die literatur- und dokumentengestützte Erhebung zeigen konnte, beinhaltet der Diskurs über die pflegerische Versorgung älterer Migranten sowie eine interkulturelle Ausrichtung von Altenpflegeeinrichtungen auch Auseinandersetzungen über

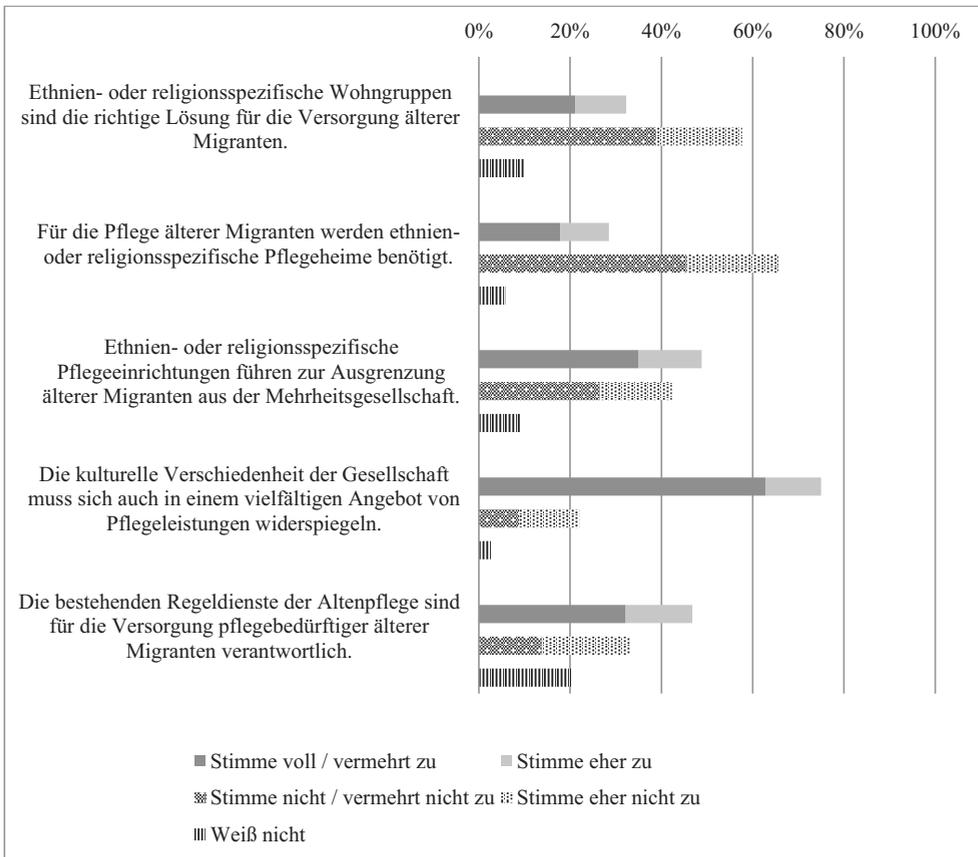
unterschiedliche Formen einer interkulturellen Öffnung, zu denen ebenso die Weiterentwicklung bestehender Einrichtungen wie auch der Aufbau spezialisierter Dienste zählt, die sich teilweise oder vollständig auf die Versorgung spezifischer ethnischer oder religiöser Gruppen konzentrieren. Während etwa ein Fünftel der Einrichtungen solche Angebote in Form von ethnien- oder religionsspezifischen Wohngruppen als die richtige Lösung für die Versorgung älterer Migranten bewerten und rund 18 Prozent der Befragten die Eröffnung spezialisierter Pflegeheime als notwendig erachten, werden die Angemessenheit bzw. Relevanz beide Versorgungsformen von knapp 40 bzw. 45 Prozent der Befragten vollständig oder vermehrt abgelehnt. Diese Befragten vertreten in der Tendenz dann auch eher die Auffassung, dass ethnien- oder religionspezifische Pflegeeinrichtungen zur Ausgrenzung älterer Migranten aus der Mehrheitsgesellschaft führen.<sup>361</sup> Insgesamt stimmen 35 Prozent der Befragten diesem Statement voll oder vermehrt zu. Dennoch teilen drei von vier Befragten in unterschiedlichem Maß die Ansicht, dass sich die kulturelle Verschiedenheit der Gesellschaft auch in einem vielfältigen Angebot von Pflegeleistungen widerspiegeln muss (rd. 63 % stimmen voll oder vermehrt, rd. 12 % eher zu).

Darüber hinaus interessierte die Frage, inwieweit sich die Probanden selbst, als Vertreter der Regeldienste<sup>362</sup>, in der Verantwortung sehen, für die Betreuung und Pflege älterer Menschen mit Migrationshintergrund Sorge zu tragen. Der Aussage, dass die bestehenden Regeldienste der Altenpflege für die Versorgung pflegebedürftiger älterer Migranten verantwortlich sind, stimmte knapp ein Drittel der Befragten voll oder vermehrt zu (rd. 32 %). Gleichzeitig haben je rund ein Fünftel der Befragten dieser Meinung jedoch entweder voll oder vermehrt widersprochen (rd. 19%) oder keinen Zustimmungsgang bestimmt (rd. 20 %) (vgl. Abb. 18).

---

<sup>361</sup> Der Zusammenhang der beiden erst genannten Items mit der Ansicht, spezifische Dienste tragen zur Ausgrenzung älterer Migranten bei, stellt sich jeweils als mäßig negativ strikt monoton und signifikant dar. Das bedeutet, je niedriger die Zustimmungswerte zur Angemessenheit und Notwendigkeit spezifischer Dienste ist, desto stärker wird der Ausgrenzungsthese tendenziell zugestimmt (Wohngruppen-Item: Kendalls tau-b = -0,174,  $p < 0,001$ ,  $N = 502$ ; Pflegeheim-Item: Kendalls tau-b = -0,168,  $p < 0,001$ ,  $N = 519$ ).

<sup>362</sup> Eppenstein und Kiesel (2008: 57) definieren Regeldienste als „Einrichtungen in öffentlicher oder freier Trägerschaft [...], die im Rahmen von Pflicht- oder freiwilligen Aufgaben vom Anspruch her allen Bürgerinnen und Bürgern Beratungs- und Hilfsangebote machen, und dabei in der Regel nach Problemlagen, Zielgruppen und professionellen Spezialisierungen differenzieren“.

**Abbildung 18: Einrichtungen zur Versorgung älterer Migranten**

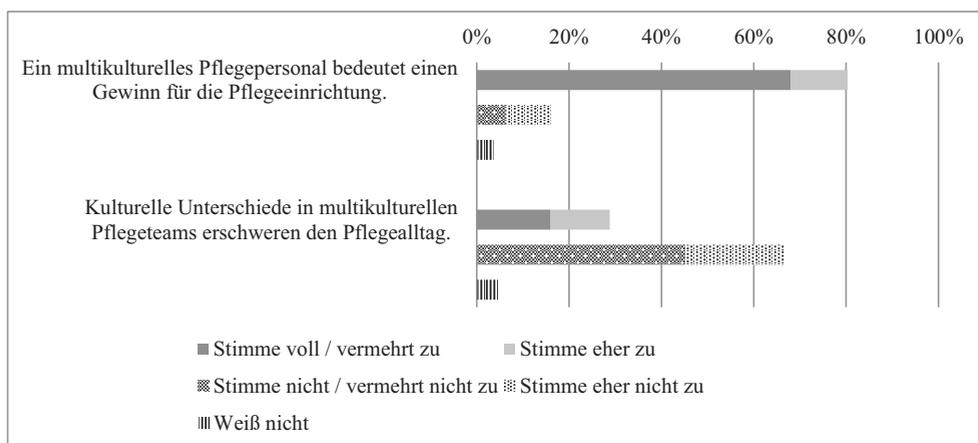
Quelle: Eigene Darstellung.

Neben der Zielgruppe pflegebedürftiger älterer Migranten wird der Diskurs über interkulturelle Öffnungsprozesse von Pflegeheimen auch von Diskussionen über die Beschäftigung von Pflegekräften mit Migrationshintergrund begleitet. Dabei wird ebenso die Ansicht vertreten, dass die Einstellung von Migranten als pflegende Mitarbeiter ein wichtiger Bestandteil einer kultursensiblen Ausrichtung von Pflegedienstleistungen darstellt. Aber es wird auch infrage gestellt, dass der Migrationshintergrund einer Fachkraft per se als Ausdruck spezifischer (interkultureller) Kompetenz in der Versorgung pflegebedürftiger Migranten verstanden werden kann. Gleichzeitig wird auch die Teamfähigkeit einer Belegschaft bestehend aus Mitarbeitern mit und ohne Migrationshintergrund hinterfragt (vgl. Kap. I. 3.2). Während Teilergebnisse der vorliegenden Studie zudem darauf hinweisen, dass interkulturelle Öffnungsprozesse – in der jüngeren Vergangenheit zunehmend – auch als Strategie zur Bekämpfung des Pflegekräftemangels verhandelt werden, worauf sowohl feldanalytische Ergebnisse (vgl. Kap. IV. 2.2) als auch einzelne offene Angaben der Befragungsteilnehmer der Online-Erhebung im Hinblick auf die Beweggründe einer interkulturellen Öffnung hindeuten (vgl. Kap. IV. 3.2.1), waren

die beiden zur Bewertung vorgelegten Aussagen noch stärker an den eingangs beschriebenen konzeptionellen Diskussionen orientiert.

Dabei zeigt sich, dass die absolute Mehrheit der Probanden ein multikulturelles Pflegepersonal als Gewinn für eine Pflegeeinrichtung betrachtet. Indem 68 Prozent der Befragten diese Ansicht voll oder vermehrt und weitere rund 12 Prozent sie eher teilen, erfährt dieses Statement unter allen anderen die höchste Zustimmungquote. Während daneben fast jeder Zweite die Aussage ablehnt, dass kulturelle Unterschiede in multikulturellen Pflegeteams den Pflegealltag erschweren würden, verbinden jedoch auch rund 16 Prozent der Befragten voll oder vermehrt Schwierigkeiten mit einer multikulturell zusammengesetzten Pflegebelegschaft (vgl. Abb. 19). Beide Variablen verbindet dabei ein schwach negativer strikt monotoner und signifikanter Zusammenhang: Je stärker Probanden ein multikulturelles Pflegepersonal als Bereicherung bewerten, desto geringer fällt in der Tendenz ihre Zustimmung dazu aus, dass multikulturelle Pflegeteams Schwierigkeiten im Pflegealltag verursachen (Kendalls tau-b = -0,214;  $p < 0,001$ ; N = 547).

**Abbildung 19: Multikulturelle Pflegeteams**



Quelle: Eigene Darstellung.

Betrachtet man die Ergebnisse dieser Item-Batterie unter Berücksichtigung, welcher Gruppe von Einrichtungen sich die Befragungsteilnehmer zuordnen lassen, d. h. ob ihr eigenes Pflegeheim eine interkulturelle Öffnung verfolgt, sich einrichtungstern damit auseinandergesetzt hat, ob der Proband über interkulturelle Öffnungsdiskussionen in der Altenpflege in Kenntnis ist oder nicht, zeigen sich in der Tendenz ganz ähnliche Zustimmungs- bzw. Ablehnungsquoten.

#### 4. ... aus einer qualitativ problemzentrierten Perspektive

Nachdem die Ergebnisse der feldanalytischen und quantitativ-empirischen Annäherung an den Untersuchungsgegenstand vorgestellt worden sind, werden im Folgenden die zentralen

Erkenntnisse aus der qualitativ problemzentrierten Fallstudienuntersuchung veranschaulicht. Um eine grundlegende Vorstellung von den fünf Organisationen zu ermöglichen, die an der Erhebung beteiligt waren, fasst das anschließende Kapitel (4.1) zentrale Struktur-, Personal- und Umweltmerkmale der Einrichtungen in Kurzporträts zusammen. Die darauffolgenden Ausführungen widmen sich den Analyseergebnissen, wobei zunächst soziale Trieb- und Gegenkräfte interkultureller Öffnungsbemühungen im Fokus stehen (4.2), bevor die Umsetzungserfahrungen einer solchen konzeptionellen Ausrichtung in den drei Untersuchungseinrichtungen erörtert werden (4.3). Dabei handelt es sich im Gegensatz zum „spiralförmig fortgeschrittenen Erkenntnisprozess[]“ (Kruse 2014: 640) auch in diesem Kapitel um eine strukturierte bzw. ‚sortierte‘ Darstellung der Auswertungsergebnisse. Daraus folgt u. a. eine weitgehende analytische Trennung von sozialen Triebkräften, also Vorbedingungen und Beweggründen einer interkulturellen Öffnung, und Zielen bzw. anvisierten Ergebnissen eines solchen Prozesses, wenn diese auch in den Erzählungen der Befragten häufig ineinander übergehen oder vermengt sind. Ebenso wird die Interpretation ausgewählter Interviewpassagen in den einzelnen Kapiteln weitgehend auf jene Faktoren konzentriert bleiben, die im Hinblick auf den analytischen Gegenstand des jeweiligen Textabschnitts von Relevanz sind.

#### 4.1 Beschreibung der Untersuchungseinrichtungen

Dieses Kapitel soll dazu dienen, die an der Fallstudienuntersuchung beteiligten Einrichtungen kennenzulernen. Dazu werden die Dienste über ihre zentrale Organisations- und Umweltmerkmale in Kurzprofilen beschrieben. Die Informationen entstammen dabei öffentlich zugänglichen Dokumenten und Berichten (z. B. den Internetauftritten von Einrichtung und Träger, deren Jahresberichten oder Einrichtungsbroschüren), Beobachtungen während der Feldaufenthalten vor Ort als auch teilweise dem erhobenen Interviewmaterial. Ihre Vorstellung beginnt mit jenen drei Pflegeanbietern, die nach eigenen Aussagen eine interkulturelle Öffnung verfolgen.

Das im Folgenden als *Einrichtung 1* bezeichnete Pflegeheim ist in einer mittelgroßen Stadt mit knapp unter 100.000 Einwohnern eines westlichen Bundeslandes ansässig. Der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund lag 2011 bei etwas weniger als 30 Prozent.<sup>363</sup> Es liegt südlich des Stadtzentrums in einer ruhigen Straße eines Wohngebiets, in dessen Ortsgeschehen es fest eingebunden sei. Träger des Pflegeheims ist die regionale Tochtergesellschaft eines konfessionsfreien Wohlfahrtsverbandes, die etwa ein Duzend Altenhilfedienste unterhält. Die Mitte der 1980er Jahre eröffnete *Einrichtung 1* bietet Platz für etwas weniger als 100 Bewohner in fast ausschließlich vollstationärer Pflege. Ein eigenständiger Bereich für Demenzerkrankte, verschiedene Gemeinschaftsräume und eine moderne Gartenanlage zählen ebenso zum Haus wie eine eigene hauswirtschaftliche Abteilung mit Küche, die für die vollständige Verpflegung der Nutzer sorgt. Dem schon älteren, gepachteten Gebäude wird versucht eine

---

<sup>363</sup> Alle auch im Folgenden genannten Werte zur Migrationsbevölkerung der Gemeinden, in denen die untersuchten Altenpflegeeinrichtungen liegen, stammen aus der Zensusdatenbank des Zensus 2011 (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2015). Der Anteil der Gesamtbevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland betrug zur gleichen Zeit 19,2 Prozent.

weitgehend moderne Innenausstattung entgegenzusetzen. Das stationäre Angebot wird durch Seniorenwohnungen ergänzt, die sich in unmittelbarer Nachbarschaft des Heims befinden. Die Einrichtung verfügt sowohl nach Aussagen einzelner Interviewteilnehmer als auch öffentlich zugänglicher Geschäftsberichte über einen guten Ruf in der Region. Das hat zur Folge, dass die Nachfrage nach Pflegeplätzen zumeist das eigene Angebot übersteigt und die Belegungsquote im Jahr 2014 bei rund 98 Prozent lag. Auch wirtschaftlich ist das Haus laut ihrer Einrichtungsleiterin gut aufgestellt; in Entsprechung zum Träger, der sich in den letzten zehn Jahren zunehmend vergrößert hat und eine positive Haushaltsbilanz aufweist. In der offiziellen Selbstbeschreibung orientiert sich die Einrichtung an den Werten ihrer Trägergesellschaft, die sich einem gemeinschaftlichen und toleranten, auf Gleichheit und Gerechtigkeit fußenden Miteinander verpflichtet fühlt. Die Leitidee des Pflegeheims, dass der einzelne Mensch in seiner Individualität im Fokus steht, gilt als Orientierung für eine ganzheitliche Pflege und Betreuung, die sich auch in einer praktizierten Bezugspflege widerspiegelt. Daneben kommt der Qualität der eigenen Dienstleistungen in der Außendarstellung große Bedeutung zu. Um die qualitätsvolle Versorgung Pflegebedürftiger in der Einrichtung zu unterstreichen, werden Qualitätsmanagementverfahren und -zertifikate auf der Homepage des Hauses ausgewiesen und die aktuellen Prüfergebnisse des MDK veröffentlicht. Gleichzeitig wird die Qualifizierung sowie regelmäßige Fort- und Weiterbildung des Personals unterstrichen und der hausinterne Soziale Dienst hervorgehoben. In personeller Hinsicht ist das Haus durch ein relativ neu zusammengesetztes Leitungsteam geprägt, das seit etwa einem Jahr die Geschäfte führt, die Einrichtung aber aufgrund der teils langen Betriebszugehörigkeit gut kennt. Neben der Leitungsebene, der Hauswirtschaft und dem Sozialen Dienst gliedert sich die Einrichtung in mehrere Wohnbereiche, denen Wohnbereichs- und Schichtleitungen vorstehen. Zusätzliche Unterstützung erfährt die Einrichtung über einen Förderverein, der etwa soziale und kulturelle Aktivitäten für die Bewohner organisiert. Die interkulturelle Öffnung der Einrichtung sei schließlich Ergebnis einer bewussten Steuerung, die 2014 begonnen wurde.

*Einrichtung 2* befindet sich in einer westdeutschen Großstadt mit mehreren hunderttausend Einwohnern, von denen um die 30 Prozent einen Migrationshintergrund besitzen. Das Pflegeheim liegt am äußeren Rand eines Stadtteils westlich der Altstadt und ist durch seinen Standort an einer der zentralen Hauptverkehrsstraßen gut an den örtlichen Nahverkehr angebunden. Das Stadtgebiet gilt als gehobene Wohngegend mit einer mehrheitlich wohlhabenden Bevölkerung. Die Einrichtung, die rund 100 Plätze für hauptsächlich (ca. 75 %) vollstationär betreute Pflegebedürftige offeriert, befindet sich in freigemeinnütziger, konfessioneller Trägerschaft. Mitte der 2000er Jahre neu gegründet ist das Pflegeheim in einem modernen Neubau untergebracht. Es verfügt über ein Bistro, einen Garten und mehrere Gemeinschaftsräume, die zum Teil den einzelnen Wohnbereichen zugeordnet sind. Neben dem eigenen Sozialen Dienst, der technischen und hauswirtschaftlichen Abteilung sind vereinzelt weitere Serviceangebote im Haus untergebracht. Durch die zusätzlichen, angrenzenden Angebote des Trägers vor Ort, wie einen ambulanten Pflegedienst, eine Wohnanlage sowie ein Beratungs- und Betreuungszentrum, als auch durch die teil- und vollstationären Pflegedienstleistungen der Einrichtung selbst deckt das Haus mit ihren Kooperationspartnern ein breites Spektrum von Altenhilfean-

geboten ab und ist über die trügereigenen Strukturen hinaus breit im Stadtteil vernetzt. Über die wirtschaftliche Lage von Einrichtung und Träger liegen keine Informationen vor, einzelne Hinweise legen aber auch in diesem Haus eine hohe Belegungsquote nahe. Die Ziele der Arbeit werden darin gesehen, den Bewohnern ein von Selbstbestimmung und individuellen Gestaltungsmöglichkeiten geprägtes Leben in der Einrichtung zu realisieren und ihnen über eine Unterkunft hinaus ein Zuhause zu bieten. Demnach steht es den Bewohnern etwa frei, unter bestimmten Umständen ihre Haustiere in die Einrichtung mitzubringen sowie ihr Zimmer individuell zu gestalten. Die Betreuung der Pflegebedürftigen ist nach einem Bezugspflegemodell organisiert, das je eine Pflegefach- und eine Pflegehilfskraft einem Bewohner zur Seite stellt. Mit der öffentlichen Ausweisung einer auf freiwilliger Basis erfolgten Zertifizierung will auch *Einrichtung 2* auf ihre Leistungsqualität verweisen. Betont wird zudem eine Vielzahl von unterschiedlichen sozialen Angeboten und Freizeitaktivitäten, die das Haus ihren Bewohnern ermöglicht. Während das Leitbild des Trägers die Orientierung an christlichen Werten stark macht, kommen diese in der Außendarstellung des Pflegeheims hauptsächlich indirekt – etwa im Bild der Nächstenliebe – zur Sprache. Der Respekt gegenüber den Persönlichkeitseigenschaften jedes Menschen kann als ein wesentliches Leitprinzip des Hauses verstanden werden. Die Leitung der Einrichtung hat schließlich ein Führungsteam inne, das sowohl aus langjährigen als auch neuen Mitarbeitern besteht. Neben der Einrichtungsleitung, der Pflegedienstleistung sowie den Führungskräften von Sozialem Dienst und Hauswirtschaft existiert mit den Wohnbereichsleitungen eine zusätzliche Hierarchieebene. In *Einrichtung 2* ist man seit 2009 „offiziell“ um eine interkulturelle Öffnung „bemüht“.

Die dritte Einrichtung, die aussagt sich interkulturell zu öffnen, ist in einer mittelgroßen Stadt in Süddeutschland beheimatet. Der Ort mit einer Größe von unter 50.000 Einwohnern, von denen rund 26 Prozent einen Migrationshintergrund besitzen, liegt im Einzugsgebiet einer Großstadt und ist an dessen Nahverkehrsnetz angeschlossen. Unweit der zentralen Anbindungsstelle zum ÖPNV, im Zentrum der Stadt befindet sich das Haupthaus von *Einrichtung 3*. Der private Pflegeanbieter hat sich nach der Gründung seines ersten stationären Dienstes in den 1990er Jahren in den vergangenen Jahren beständig vergrößert. Neben mehreren Häusern, die teil- und vollstationäre Pflege anbieten und zum Teil über spezielle Stationen für Demenzerkrankte verfügen, erstreckt sich das Angebot des Familienunternehmens über ambulante Pflegeleistungen sowie betreute Wohnformen. Damit hat das Unternehmen im Bereich pflegerischer Betreuung und Versorgung etwa die Hälfte des Marktanteils vor Ort inne. Nach Aussagen der Einrichtungsleiterin speist sich die Kundennachfrage dabei weniger auf eine aktive Werbung ihres Unternehmens als vielmehr durch Mundpropaganda und externe Vermittlung. Für die mehr als 130 stationär versorgten Pflegebedürftigen stehen in den einzelnen Häusern unterschiedliche Infrastrukturen, wie Einzel- und Doppelzimmer, ein angrenzendes, unternehmenseigenes Café sowie einzelne Gartenanlagen zur Verfügung. Die Verpflegung der Bewohner bezieht die Einrichtung von einer externen Großküche. Zu den zentralen Leitwerten ihres Tuns wird ebenso eine wertschätzende Haltung gegenüber den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen wie eine gefühlvolle, professionelle und individuelle Pflege gezählt. Die Außendarstellung des Unternehmens setzt – wie in den beiden vorherigen Ein-

richtungen auch – u. a. auf die Nennung von Qualitätssiegeln und anderen Auszeichnungen, die dem Betrieb in den vergangenen Jahren verliehen wurden. Neben den Informationen für Kunden werden gleichzeitig die Möglichkeiten akzentuiert, die das Unternehmen für Mitarbeiter bietet. Dazu zählen neben Aus-, Fort- und Weiterbildung ebenso familien- und gesundheitspolitische Förderangebote. In ihrer personellen Selbstbeschreibung legt das Unternehmen zudem Wert darauf, sowohl die hohen Anteile von Männern als auch Menschen mit Migrationshintergrund in ihrer Belegschaft hervorzuheben und die flachen Hierarchien in den Häusern zu betonen. So verfügt das Unternehmen neben der Geschäftsführung und den Einrichtungs- und Pflegedienstleitern über keine Stations- oder Wohnbereichsleitungen. Während das Unternehmen nach eigenen Aussagen in der örtliche Organisations- und Vereinslandschaft breit vernetzt ist, steht ihm seit wenigen Jahren zusätzlich ein Beirat beratend zur Seite. Indem das Unternehmen schließlich seit 2001 eine interkulturelle Öffnung verfolgt, hat es sich im Vergleich der drei Untersuchungseinrichtungen als erstes diesem Thema zugewandt.

Neben diesen drei Einrichtungen wurden darüber hinaus zwei weitere stationäre Pfleganbieter in die qualitative Fallstudienuntersuchung aufgenommen, die nach eigenen Angaben bisher keine Konzepte einer interkulturellen Öffnung in ihren Häusern verwirklichen. Zu diesen beiden Pflegedienstleistern zählt *Einrichtung 4*, ein Anbieter teil- und vollstationärer Pflegeleistungen, der sich in privater Trägerschaft befindet. Das Mitte der 1980er Jahre in einem westdeutschen Bundesland gegründete Familienunternehmen ist in einem dörflich strukturierten Stadtteil gelegen. In der gesamten Stadt leben etwas weniger als 30.000 Einwohner, von denen im Jahr 2011 rund 15 Prozent einen Migrationshintergrund besitzen. Auf unterschiedliche Häuser verteilt, versorgt die Einrichtung rund 60 pflegebedürftige Personen aus dem nahen Umfeld der Einrichtung. Während das Unternehmen kurz nach ihrer Gründung noch über mehrere kleinere, dezentrale Wohneinheiten im ganzen Stadtgebiet verfügte, wie sie heute in der Altenpflege präferiert werden, wurde ihre Anzahl in Folge der Kritik öffentlicher Stellen an der Entfernung zwischen den einzelnen Wohngruppen reduziert. Mitte der 2000er Jahre eröffnete die Familie ihr heutiges Haupthaus, in dem auf unterschiedlichen Wohnbereichen die Mehrheit ihrer Kunden versorgt wird. Der Neubau liegt im Zentrum der Siedlung, einem Wohngebiet, das primär durch Einfamilienhäuser geprägt ist und eine kleine Grünfläche in der Nähe des Pflegeheims bietet. Ein Café und eine Wohnküche, eine Sonnenterrasse und ein moderner Wellnessraum kennzeichnen neben den Einzel- und Doppelzimmern die räumliche Struktur des Hauses. Zu den Dienstleistungsangeboten des Unternehmens zählen neben Kurzzeit- und vollstationärer Pflege, auch Senioren-Wohnen sowie die spezialisierte Versorgung von demenz- und suchterkrankten Personengruppen. Mit der Lieferung der Mahlzeiten ist die Küche einer anderen Pflegeeinrichtung im nahen Umkreis beauftragt. In ihrer Außendarstellung betont *Einrichtung 4* das vielfältige Angebot sozialer Aktivitäten und hebt ihre Integration in das Dorfleben hervor, die sich mitunter auf enge Kooperationen zu den örtlichen Vereinen gründet. Daneben gilt in der Betreuung und Versorgung der Bewohner die Beziehungsebene als zentral. In der christlich geprägten Einrichtung sollen die Bewohner Familienmitglied sowie Kunde und König zugleich sein. Eine aktivierende, an neuestem Wissen ausgerichtete, professionelle Pflege zählt ebenso zu den Leitlinien ihrer Dienstleistungen wie die

Orientierung an individuellen Bedürfnissen und Ressourcen. Zwar werden auch die Qualitätsbeurteilungen des MDK auf der Homepage der Einrichtung öffentlich gemacht, gleichzeitig aber Kritik am bestehenden Prüfsystem geübt. Nach eigenen Aussagen konnte die Einrichtung bisher immer auf eine volle Belegung verweisen. Dennoch legen verschiedene Erzählungen der Leitungskräfte nahe, dass sie ihre finanziellen Möglichkeiten insgesamt als eingeschränkt erleben. Innerhalb der Einrichtung wird dabei transparent über Haushalts- und Lohnfragen informiert. Dies wird auch deshalb als wichtig angesehen, weil die Einrichtung zugunsten eines höheren Personalschlüssels geringere Löhne entrichtet. Neben den Familienmitgliedern, welche auch als Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen die Geschäfte der Häuser führen, sind den Wohnbereichen weitere Leitungskräfte zugeteilt. Um die Zusammenarbeit zu stärken, wird zur Zeit der Fallstudienuntersuchung die Bildung wohnbereichsbezogener Teams aus Pflege, Sozialem Dienst, Hauswirtschaft und Reinigung forciert. Zudem nimmt das Unternehmen seit mehreren Jahren an einem Projekt zu einer vereinfachten Pflegeplanung und -dokumentation teil. Im Vorfeld der Fallstudienuntersuchung gab der Geschäftsführer an, keine interkulturelle Öffnung zu verfolgen. Nur bei einer bestehenden Nachfrage wäre ein interkultureller Öffnungsprozess denkbar.

Als letzter Anbieter stationärer Pflege nahm mit *Einrichtung 5* ein freigemeinnütziges Pflegeheim in Norddeutschland an der Studie teil. Die Einrichtung wurde Ende der 1980er Jahre gegründet und wird von einem gemeinnützigen Verein getragen, der seit wenigen Jahren auch im Besitz des historischen Gebäudekomplexes ist, indem sich die Pflegeeinrichtung befindet. In der Altstadt gelegen ist die Innenstadt vom Pflegeheim aus fußläufig zu erreichen. Etwas mehr als 70.000 Einwohner leben in der mittelgroßen Stadt, die sich im weiteren Einzugsgebiet einer Großstadt befindet. Rund 17 Prozent der Bevölkerung besitzt einen Migrationshintergrund. In etwas weniger als 50 Einzelzimmern bietet die Einrichtung Kurzzeitpflege und vollstationäre Betreuung und Versorgung an. Das Gemeinschaftsleben der Einrichtung findet je nach Wetter und Jahreszeit in mehreren Sozialräumen im Erdgeschoss des Hauses sowie in einem kleinen, zum Haus gehörenden Innenhof statt. Die Hauswirtschaft und Verpflegung sowie die soziale Begleitung der Bewohner übernehmen hauseigene Reinigungs-, Küchen- und Betreuungskräfte. Andere Serviceanbieter kommen regelmäßig von außerhalb in das Haus. Ein besonderes Angebot bietet eine eigene Essensgruppe für Demenzerkrankte, in der die betroffenen Personen durch eine Mitarbeiterin bei den Mahlzeiten unterstützt werden. Mittlerweile seien rund 75 Prozent der Klienten schwer pflegebedürftig. In der Selbstbeschreibung der Einrichtung wird der Lebensqualität der Bewohner durch eine gute Versorgung sowie ein geschütztes und wohlthuendes Wohnumfeld ein zentraler Stellenwert beigemessen. Hierfür werden aktivierende und individuelle Ansätze in Pflege und Betreuung verfolgt, die den aktuellen Standards in der Pflege entsprechen. Gleichzeitig setzt die Einrichtung nach eigenen Aussagen auf eine enge Beziehungsarbeit mit den Bewohnern und ihren Angehörigen sowie vielfältige Kooperationen mit Ärzten und Therapeuten unterschiedlicher Fachrichtungen. Während die Einrichtung christliche Nächstenliebe und die Würde jedes einzelnen Menschen als wesentliche Leitprinzipien ihrer Arbeit benennt, kommt die christliche Ausrichtung auch in engen Kontakten zur Kirchengemeinde vor Ort zum Ausdruck. In personeller

Hinsicht hebt der Pflegeanbieter in seinen Informationsmaterialien hervor, dass mehr als die Hälfte des Pflegepersonals examinierte Fachkräfte sind. Darüber hinaus werden abgeschlossene Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter auf der eigenen Internetseite öffentlich gemacht und auf die aktuellen Prüfnoten des MDK verwiesen. Das Leitungsteam der Pflegeeinrichtung setzt sich aus einer vergleichsweise neuen Einrichtungsleiterin und einer seit vielen Jahren im Haus beschäftigten Pflegedienstleitung zusammen. Während auch dieses Heim nach Aussagen der Einrichtungsleiterin eine Vollbelegung aufweist, muss es dabei jedoch mit einem engen finanziellen Spielraum zurechtkommen. Wie in *Einrichtung 4* wird eine interkulturelle Öffnung in diesem Haus nicht bewusst verfolgt. Laut der Einrichtungsleiterin finde sie in gewisser Weise jedoch „einfach“ statt, indem Heimplätze, Arbeits- und Praktikumsstellen nachgefragt werden. Wie vor Beginn der Fallstudienuntersuchung bekundet wurde, werden dieser Entwicklung dabei keine Grenzen gesetzt.

## 4.2 Triebkräfte

Alle fünf Einrichtungen sind Teil der pflegespezifischen Diskursarena um eine interkulturelle Öffnung wie sie zuvor aus einer feldanalytischen Perspektive bereits beschrieben wurde (vgl. Kap. IV. 2.). Dabei zählen sie zu jener Teilgruppe von ‚Praktikern‘ der stationären Altenpflege, die über ein Bewusstsein von diesem Diskurs verfügt. Neben dieser basalen Gemeinsamkeit unterscheiden sich diese Organisationen jedoch darin, in welcher Art und Weise sie auf ihn reagieren, d. h., ob sie nach eigenem Verständnis eine interkulturelle Öffnung aktiv verfolgen oder nicht. Was nun als zentrales „Rätsel“ (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 400) dieser Studie entschlüsselt und Gegenstand dieses Kapitels sein soll, ist die Frage, welche vor- und nachrangigen sozialen Voraussetzungen Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland dazu bewegen, sich Konzepten einer interkulturellen Öffnung zu verschreiben. Dabei spielen dreierlei Aspekte zunächst noch *keine* Rolle: erstens, welche Intention bzw. angestrebten Ziele die Pflegeanbieter damit verfolgen; zweitens, in welcher Art und Weise ein von den Einrichtungen als interkulturelle Öffnung bezeichneter Entwicklungsprozess realisiert wird; und drittens, ob diese Strategien dem in Theorie und Praxis diskutierten Verständnis von Konzepten einer interkulturellen Öffnung entsprechen, d. h. ob das, was die Organisationen tun, auch ‚im Sinn der Erfinder‘ ist (vgl. Kap. I. 3.2). Vielmehr geht es darum zu verstehen, welche sozialen Triebkräfte Organisationen zu einer solchen Aneignung veranlassen. Fragt man Einrichtungsmitglieder, *warum* sie ihr Pflegeheim interkulturell öffnen, können sie zumeist ohne längeres Überlegen Gründe hierfür anbringen, oder beschreiben, warum eine interkulturelle Öffnung (ihnen) „wichtig“ ist. Diese Studie will aber nicht auf diesen offenkundigen Erklärungen stehen bleiben, sondern die auch weniger augenscheinlichen, aber gleichwohl zugrundeliegenden Bedingungen herauskristallisieren. Das nachfolgend dargestellte Ergebnis umfasst dann auch ein ganzes Bündel von sozialen Tatbeständen, die zusam-

mengenommen als zentrale Triebkräfte interkultureller Öffnungsbemühungen identifiziert werden konnten.<sup>364</sup>

Während es die Absicht der Ergebnisdarstellung ist, ein Gesamtbild der grundlegenden Bedingungen interkultureller Öffnungsprozesse zu zeichnen, gilt es jedoch zu beachten, dass sich die einzelnen Kategorien, in denen die Bedingungen gefasst werden, im Anschluss an das eben formulierte Untersuchungsziel in mehrfacher Hinsicht unterscheiden. Zunächst können die zentralen Triebkräfte einer interkulturellen Öffnung nach ihrer strukturellen Nähe zum organisatorischen Handeln differenziert werden. So werden ebenso mikrostrukturelle Umstände im Einrichtungsalltag als auch makrostrukturelle Gegebenheiten, die auf gesamtgesellschaftlicher Ebene zu verorten sind, Erklärungskraft für interkulturelle Öffnungsprozesse besitzen. Eine andere Unterscheidung kann im Stellenwert ausgedrückt werden, den eine Bedingung für die organisationale Entscheidung zur interkulturellen Öffnung hat. Primäre, gewichtige Beweggründe werden solchen gegenüberstehen, die nur von nachrangiger Bedeutung für eine Einrichtung sind. Des Weiteren unterscheiden sich die analysierten Bedingungen danach, wie deutlich sie von den befragten Organisationsmitgliedern gemacht werden; d. h., ob sie direkt genannt oder eher vage, andeutungsweise geäußert werden. Daraus folgt, dass beispielsweise neben manifesten Motiven einer Organisation, die das unmittelbare Alltagshandeln der Einrichtungsmitglieder tangieren, ebenso vage formulierte, allgemeine Vorbedingungen interkultureller Öffnungsprozesse existieren, die zumeist in gesamtgesellschaftlichen und pflegefeldspezifischen Voraussetzungen zum Ausdruck kommen und auch ein Bild davon vermitteln können, wie die Befragten ihre soziale Umwelt wahrnehmen und erleben. Zudem werden sich auch latente bisweilen verhohlene Beweggründe erkennen lassen.<sup>365</sup> Dabei sollen die eben genannten Dimensionen (strukturelle Nähe, Stellenwert, kommunikative Deutlichkeit), die sich durchaus noch ergänzen ließen, exemplarisch für die Vielschichtigkeit der sozialen Triebkräfte in diesem Untersuchungsfeld stehen.<sup>366</sup>

Über diese Unterschiede hinaus, die zwischen einzelnen Kategorien von Bedingungen einer interkulturellen Öffnung bestehen, dürfen schließlich auch die Differenzen nicht unerwähnt bleiben, die zwischen den verschiedenen Einrichtungen *als auch* zwischen den Perspektiven der Mitglieder innerhalb eines Hauses auszumachen sind. Insbesondere sei dabei auf die Tatsache verwiesen, dass einzelne Bedingungen je nach Organisation sowie je nach Darstellung

<sup>364</sup> Eine vielleicht trivial anmutende Grundannahme, welche die Auswertungen der erhobenen Materialien in dieser Hinsicht begleitete, ist die einer eher vielschichtigen als eindimensionalen ‚Bedingungsmatrix‘. Dies folgt mitunter aus der hier vertretenen Vorstellung von Organisationen als stark umwelteingebettete und -beeinflusste soziale Einheiten (vgl. Kap. II.). Demnach sind Organisationen etwa feldspezifischen Umweltveränderungen ausgesetzt, die dazu führen können, dass die Voraussetzungen des organisationalen Handelns verformt und organisationale Entwicklungsprozesse angestoßen werden. Dabei stehen sie zur gleichen Zeit nicht nur in Beziehung zu verschiedenen Akteuren des Feldes, in dem sie sich bewegen. Sie werden auch mit vielfältigen, teils unterschiedlichen Erwartungen konfrontiert, welche die Feldangehörigen aus verschiedenen Machtpositionen heraus an sie richten. Es scheint aus diesem Verständnis von Organisationen heraus also nur plausibel, dass einem interkulturellen Öffnungsprozess ein ganzes Bündel an Erklärungsfaktoren zugrunde liegt.

<sup>365</sup> Dabei gilt zu beachten, dass wenn von *Motiven* und *Beweggründen* gesprochen wird, stets Umstände oder Tatbestände gemeint sind, durch die sich Einrichtungen zu einer interkulturellen Öffnung bewegen fühlen und sie nicht misszuverstehen sind als Absichten oder Ziele im Sinne von anvisierten Ergebnissen.

<sup>366</sup> Gleiches trifft auch auf Gegengründe einer interkulturellen Öffnung zu, welche in der Analyse der Einrichtungen identifiziert wurden, die keine (bewusste) interkulturelle Öffnung vollziehen.

der Befragten in unterschiedlicher Beziehung zum Phänomen der interkulturellen Öffnung stehen können. Mit den ‚Worten‘ der Grounded Theory gesprochen hieße das, dass eine Bedingung in einer Einrichtung als ursächlich und in einer anderen als intervenierend oder kontextuell Wirkung zeigen kann; oder dass ein Einrichtungsmitglied spezifische Bedingungen als ausschlaggebend für die Entscheidung zu einer interkulturellen Öffnung bewertet, während ein anderes Einrichtungsmitglied diese lediglich als zuträglich für diesen Entschluss umschreibt. Schließlich lassen sich in den Erzählungen der Studienteilnehmer auch Hinweise darauf finden, dass die Beweggründe dafür variieren, interkulturelle Öffnungsprozesse einzuleiten sowie sie fortzusetzen oder zu intensivieren. Das heißt, dass Motive ebenso wie organisationales Handeln nicht konstant sind, sondern sich über die Zeit und aus neuen Erfahrungen heraus wandeln können und damit prozesshaft sind. Bevor jedoch in späteren Kapiteln auf solcherlei Variationen beispielhaft eingegangen wird, soll im Folgenden, wie bereits erwähnt, der Fokus auf den für diese Fälle verallgemeinerbaren Ergebnissen liegen. Zu deren Klarheit und Tiefenschärfe konnte weiter beigetragen werden, indem die Argumente sowie einflussnehmenden Organisations- und Umweltmerkmale jener Einrichtungen, die nach eigenen Aussagen keine interkulturelle Öffnung verfolgen, zu diesen Erkenntnissen kontrastierend in Bezug gesetzt wurden.

Um die Ergebnisse nachvollziehbar zu strukturieren und eine analytische, wenn auch bisweilen abstrakt anmutende Trennschärfe der Bedingungen von interkulturellen Öffnungsprozessen in stationären Pflegeeinrichtungen zu erreichen, wird im Folgenden – in Anlehnung an die Dimension, die zuvor als strukturelle Nähe zum organisationalen Handeln umschrieben wurde – eine Differenzierung von drei Analyseebenen vorgenommen. Auf der Makro-Ebene werden Beweggründe verortet, die als gesamtgesellschaftliche Phänomene und Institutionen Wirkung entfalten. Dabei reichen die erforschten Bedingungen weit über stationäres Pflegehandeln und interkulturelle Öffnungsdiskussionen hinaus, sind aber zugleich, wie die nachfolgenden Analysen zeigen werden, in dem untersuchten situativen Kontext nicht von ihnen zu trennen. Eine zweite Gruppe von Beweggründen, die auf einer Meso-Ebene der Analyse anzusiedeln ist, spiegeln Merkmale und Normen des Altenpflegefeldes wider, wie es in seinen Grundzügen in dieser Arbeit bereits vorgestellt wurde (vgl. Kap. IV. 2.). Die Mikro-Ebene dieser Untersuchung repräsentiert schließlich stationäre Pflegeeinrichtungen als Organisationen mit ihren spezifischen Strukturen, Mitgliedern und Handlungsmustern. Bedingungen, die sich dieser Ebene zuordnen lassen, stehen demzufolge in engem Zusammenhang mit organisationsinternen Merkmalen. So wie stationäre Pflegeeinrichtungen Bestandteile des Altenpflegefeldes sind und der Pflegesektor wiederum ein spezifisches Feld der Gesellschaft bildet, sind auch die Bedingungen der unterschiedlichen Analyseebenen nicht getrennt voneinander zu denken. Wo passend, werden dann auch die Beziehungen zwischen ihnen im Folgenden thematisiert werden.<sup>367</sup>

---

<sup>367</sup> Die im Folgenden präsentierten Interviewausschnitte sind vollständig anonymisiert. Den Befragten werden zu ihrer Unterscheidung Zeichenkombinationen zugewiesen. Dabei werden Leitungskräfte mit der Abkürzung ‚LK‘ und Pflege- und Betreuungskräfte mit ‚PuB‘ bezeichnet. Die erste Ziffer, die auf eine der beiden Abkürzungen folgt, weist auf die Einrichtung hin, während die zweite Ziffer die Einrichtungsmitglieder untereinander differenziert (z. B. LK11 und LK12). Personen- und Ortsnamen werden durch Platzhalter (z. B. NACHNAME 1, STADT

### 4.2.1 Gesellschaftliche Ebene

Eine erste, ganz grundlegende Bedingung dafür, dass interkulturelle Öffnungskonzepte in den Einrichtungen zum Thema werden, kann im gesamtgesellschaftlichen Merkmal einer *pluralen Bevölkerung*<sup>368</sup> gesehen werden. Die deutsche Gesellschaft ebenso wie die regionalen Bevölkerungen, die das Umfeld der Einrichtungen charakterisieren, zeichnen sich durch eine Pluralität unterschiedlicher Herkunftskontexte aus, die durch unterschiedliche in Deutschland lebende Gruppen von Migranten zum Ausdruck kommt. Zu ihnen zählen nach Aussagen der Befragten z. B. ebenso die „vielen Einwanderer[]“ der Gegenwart, mit denen etwa das eigene Bundesland „konfrontiert“ (LK11) und auch politisch herausgefordert ist, als auch ehemalige Arbeitsmigranten, die in Deutschland alt geworden sind (PuB12), sowie einzelne Kollegen von Studienteilnehmern, die bereits die dritte Generation der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland repräsentieren (PuB11). Diese Pluralität ist für die Pflegedienstleistung von *Einrichtung 1* ausschlaggebend dafür, dass eine interkulturelle Öffnung des eigenen Hauses von Relevanz ist.

„Also für mich persönlich und als Leitung, das kann man eigentlich kombinieren, es ist für mich wichtig, weil das immer mehr Thema wird, Schwerpunkt in Deutschland, wo arbeitet nur noch eine Nation, wo lebt nur noch eine Nation? Wir müssen ja nur durch einen kleinen Ort gehen, das muss schon keine Stadt mehr sein, und es finden sich vielfache Generationen von unterschiedlichen kulturellen Hintergründen oder ich sage mal Landsmännern, das können Italiener, es können Türken, es können/ das ist egal, Italiener, (unv.), ja, hatten wir schon, e/ es gibt jede Menge.“ (LK12)

In der Aussage des Befragten drückt sich die plurale Bevölkerung in einer multikulturellen Arbeits- und Wohnbevölkerung aus, der sowohl unterschiedliche Generationen als auch Menschen verschiedener nationalstaatlicher Herkunft angehören. Die Bedeutsamkeit dieser, auf Migrationsaspekte beruhenden gesellschaftlichen Pluralität betont der Befragte dabei einerseits quantitativ. So spiegelt sie sich in „vielfache[n] Generationen“ und „jede Menge“ nationalstaatlich gefasster Gruppen wider. Andererseits ist sie durch ihren räumlichen Verbreitungsgrad bedeutsam. Denn es sind nicht mehr nur Städte, die von einer heterogenen Bevölkerung gekennzeichnet sind, sondern auch in ländlichen Regionen leben heute Menschen, die sich ethnisch-kulturell von der Mehrheitsgesellschaft unterscheiden. Damit kommt zugleich ein Prozess zum Ausdruck, der auf gesellschaftliche Veränderungen verweist. Waren zu einem früheren Zeitpunkt Migranten hierzulande vor allem in urbanen Räumen wohnhaft, haben bis in die Gegenwart hinein auch ländliche Bevölkerungen eine ethnisch-kulturelle Pluralisierung erfahren. Das generationale Wachstum und eine stärkere räumliche Integration der

---

2) ersetzt. Zur Bewahrung der Anonymität einer der Untersuchungseinrichtungen werden Aussagen von Befragten aus dieser Einrichtung zudem dahingehend verändert, dass genannte Nationalitätengruppen mittels Platzhalter (z. B. STAATSANGEHÖRIGE 1) abstrahiert werden. Zur besseren Lesbarkeit längerer Interviewpassagen wird auf die Wiedergabe von „äh“-, „ähm“- oder ähnlichen Partikelformen verzichtet. Punkte in runden Klammern geben Sprechpausen von etwa einer (.) bis drei (...) Sekunden wieder. Punkte in eckigen Klammern markieren Kürzungen eines Zitats. Wort- und Satzabbrüche werden mit einem Schrägstrich, Sprecherüberlappungen mit doppelten Schrägstrichen gekennzeichnet. Daneben sind Worte, die ein Befragter besonders betont hat, in Form von Großbuchstaben kenntlich gemacht. Die Abkürzung ‚unv.‘ in runden Klammern steht für einzelne Wörter, die auf den Aufnahmen unverständlich geblieben sind. Ein großes ‚I‘ zeigt schließlich Fragen oder Bemerkungen der Interviewerin an.

<sup>368</sup> Die analytischen Kategorien der Bedingungen bzw. sozialen Triebkräfte einer interkulturellen Öffnung werden im Folgenden jeweils kursiv hervorgehoben. Gleiches gilt für die anschließende Beschreibung von Gegenkräften.

Bevölkerung mit Migrationshintergrund, die der Befragte beschreibt, scheinen dann auch ursächlich dafür zu sein, dass Fragen einer interkulturellen Öffnung nicht nur „immer mehr Thema“, sondern sogar „Schwerpunkt“ in Deutschland und infolgedessen auch für ihn „persönlich“ sowie als „Leitung“ „wichtig“ geworden sind.

Auch für andere Führungskräfte stellt die plurale, deutsche Bevölkerung eine wesentliche Bedingung ihrer interkulturellen Öffnungsbemühungen dar, wenn sie die zahlreichen ausländischen Mitbürger im Einrichtungsumfeld als Gründe anführen (LK22) oder im Hinblick auf ihre Vernetzungs- und gleichzeitig Nachwuchsarbeit in Kindergärten und Schulen darauf verweisen, dass dort „ja überall Multikulti“ (LK31) ist. Hier zeigt sich dann auch zum ersten Mal die Verbindung der einzelnen Analyseebenen, wenn sich die gesamtgesellschaftliche Pluralität ebenso auf der Organisationsebene, genauer gesagt in der unmittelbaren Einrichtungsumwelt bemerkbar macht. Besonders deutlich wird das am Beispiel von *Einrichtung 2*, deren Mitglieder alle auf die spezifische Wohnbevölkerung ihres Stadtteils verweisen, um die interkulturelle Ausrichtung ihrer Pflegeeinrichtung zu erklären. So begründet die stellvertretende Pflegedienstleiterin diesen Schritt etwa damit, „weil wir hier einfach in STADTTEIL 3, REGION 3 BETREFFEND, dieses große Gebiet mit den STAATSANGEHÖRIGEN 1 haben. Das war ein Punkt, dass wir da gesagt haben, das muss geöffnet werden“ (LK22). Danach scheint das Aufgreifen von interkulturellen Öffnungskonzepten in den Einrichtungen zumindest zum Teil eine (notwendige) Konsequenz aus gesellschaftlichen Veränderungen zu sein, die sich in der Zusammensetzung der Bevölkerung erkennen lassen.

Mit der Wahrnehmung einer pluralisierten Bevölkerung eng verbunden ist eine weitere Bedingung interkultureller Öffnungsbemühungen, die auf der gesellschaftlichen Ebene zu verorten ist und in der Kategorie einer *begrenzten Integration* von ethnisch-kulturellen Minderheitengruppen in Deutschland gefasst werden kann. Für die Befragten werden die Grenzen einer gesellschaftlichen Integration von Menschen mit Migrationshintergrund dabei in ganz unterschiedlichen Lebenslagen als auch Ausmaßen sichtbar. Sie zeigen sich in räumlicher Hinsicht, indem Migranten – auch im Umfeld der Einrichtungen – häufig segregiert in spezifischen Stadtteilen wohnhaft sind (LK11; PuB12; LK22), und äußern sich in sozialen Benachteiligungen, welche ethnisch-kulturelle Minderheitenangehörige etwa im Bildungssystem oder auf dem Arbeitsmarkt erleben (LK33). Wie im Verlauf der folgenden Ergebnisdarstellung noch deutlicher werden wird, sind gerade Fragen der sozialen Ungleichheit auf dem Arbeitsmarkt für die Einrichtungen im Zuge ihrer interkulturellen Öffnung, wenn auch in unterschiedlicher Intensität, von Bedeutung. Für die Befragten stellt sich die Benachteiligung auf dem Arbeitsmarkt so dar, dass viele Arbeitgeber Menschen mit Migrationshintergrund keine Möglichkeit für eine Anstellung oder einen Ausbildungsplatz geben (LK33). Das hat etwa zur Folge, dass junge Migranten teils von „weit weg“ (PuB32) in *Einrichtung 3* kommen, um eine Ausbildung absolvieren zu können. Für Ausländerinnen und Ausländer, die ihre berufliche Bildung im Herkunftsland abgeschlossen haben, kommt erschwerend hinzu, dass sie ihre beruflichen Qualifikationen in Deutschland anerkennen lassen müssen, um eine dem Berufsabschluss entsprechende Arbeitsstelle annehmen zu können. Mit dem Anerkennungsverfahren gehen für die Antragssteller zum Teil hohe Kosten einher („2011 war[en] 6.000 über 6.000 Euro [zu]

zahlen“, PuB31). Zudem müssen sie deutsche Sprachkenntnisse („B2“, ebd.) vorweisen und unter bestimmten Umständen zusätzliche Schul- und Praktikumszeiten (sog. Ausgleichs- oder Anpassungsmaßnahmen) erbringen („Praktikum im Krankenhaus [...] und zusätzlich neun Monate Schule“, ebd.). Unter diesen Voraussetzungen ist die offizielle Berufsanerkennung für viele ausländische Pflegekräfte teils erst nach jahrelangem Aufenthalt in Deutschland (PuB31) oder gar nicht möglich, mit der Folge, dass ein Teil von ihnen eine vollständig, „neue Ausbildung“ (LK33) absolvieren oder in nicht-pflegepraktischen Berufen, z. B. der sozialen Arbeit, „neu studieren“ (ebd.) muss.<sup>369</sup> Damit gehen für viele Betroffene auch emotional starke Belastungen einher, worauf auch eine Leitungskraft im Interview verweist. Sie betont, dass es häufig die fehlende berufliche Anerkennung in Deutschland ist, was „VIELE Fachkräfte so klein macht“ (ebd.) und wodurch sie sich „benachteiligt“ (ebd.) fühlen. Neben dem Gefühl der Benachteiligung kommt es für ausländische Mitarbeiter auch zu einer faktischen und zwar finanziellen Ungleichbehandlung im Hinblick auf ihre Berufsausbildung, wenn bspw. die berufliche Qualifikation als Krankenschwester nicht offiziell anerkannt ist, da die Betroffenen in diesem Fall nur als Pflegehilfskräfte und nicht als Fachkräfte mit entsprechend geringerem Gehalt beschäftigt werden können. Verschärft wird diese Benachteiligungslage auf dem deutschen Arbeitsmarkt insbesondere für neu eingewanderte Personen schließlich dadurch, dass es ihnen an arbeitsrechtlichem Wissen und sprachlichen Kompetenzen in Vertragsverhandlungen fehlen kann (PuB32). Indem Migrantinnen und Migranten zusammenfassend also Ablehnung durch deutsche Arbeitgeber erfahren, ihre beruflichen Wahlmöglichkeiten zum Teil durch eine fehlende berufliche Anerkennung ihrer im Ausland erworbenen Qualifikationen eingeschränkt sind, es ihnen an arbeitsmarktrelevanten Kenntnissen und Fähigkeiten mangeln kann und sie sich darüber hinaus teilweise einem enormen zeitlichen, auch ökonomisch bedingten Druck ausgesetzt fühlen, in nur kurzer Zeit eine Beschäftigung zu finden (ebd.), ist ihre Position auf dem deutschen Arbeitsmarkt zugleich von deutlichen Machtunterschieden bis hin zu Abhängigkeitsverhältnissen von potenziellen Arbeitgebern geprägt. Daneben kommt die *begrenzte Integration* von Migrantinnen und Migranten auch in Beschreibungen des gesellschaftlichen Miteinanders zum Ausdruck. Die Befragten nennen immer wieder Beispiele, in denen Migranten mit „Vorurteile[n]“ (LK12; vgl. auch LK33) bis hin zu fremdenfeindlichen Ressentiments (LK31) begegnet wird – auch im Einrichtungsalltag. Dies beschreibt eine Pflegekraft mit Migrationshintergrund wie folgt: „Es gibt viele, gibt viele, (.) die sagen ja: ‚Scheißausländer‘. Eine Bewohner bei uns, selber Pole gewesen, aber er hatte den Ausländer gehasst, ne. Und er hat ja immer gesungen: ‚Deutschland, Deutschland über alles‘, ne, ‚Scheißausländer‘ und, und, und. Wir haben immer noch eine Bewohner, der jetzt auch so, ne: ‚Ich hasse Ausländer und‘, ne“ (PuB12). Für eine Interviewteilnehmerin scheint es sogar allgemein „wieder“ im „Trend“ zu liegen, dass „Anstoß“ (LK12) an Men-

<sup>369</sup> In einem Fall konnte eine „polnische Krankenschwester“, die in ihrem Herkunftsland eine fünfjährige Hochschulausbildung mit Abitur abgeschlossen hatte und über eine zwanzigjährige Berufserfahrung in einem polnischen Krankenhaus verfügt, erst nach mehreren Jahren eine Anerkennung ihrer beruflichen Qualifikation ohne Auflagen in Deutschland erreichen, nachdem ihre Unterlagen – vielleicht auf Grundlage verfahrensrechtlicher Änderungen oder durch eine andere Beurteilung – neu geprüft worden sind. Ihre Erleichterung über diese Entscheidung brachte die Befragte unter Tränen zum Ausdruck (PuB31).

schen genommen wird, die sich etwa durch ihre Sprache oder ihren Kleidungsstil merklich von der Mehrheitsgesellschaft unterscheiden. Ängste und Distanz prägten dann auch das gesellschaftliche Zusammenleben der gesellschaftlichen Minderheiten und Mehrheit, wobei sich die Distanz etwa in der Unwissenheit über je andere soziale Gruppen zeigt (LK12; LK13; PuB12). Schließlich erweist sich die kulturelle Vielfalt der Bevölkerung heute noch nicht als „normal“ (LK31), wie es von einer Einrichtungsleiterin in naher Zukunft jedoch erwartet wird, und es kann von keinem ‚Wir-Gefühl‘ von ethnischen Minderheits- und Mehrheitsangehörigen gesprochen werden, was indirekt in vielen Aussagen der Befragten deutlich wird, in denen sie eine Unterscheidung zwischen ‚den‘ Migranten und ‚uns‘ Einheimischen vornehmen, worauf später noch genauer eingegangen werden soll.

Dass in diesen und in anderen zuvor beschriebenen Anzeichen einer *begrenzten Integration* von ethnischen Minderheiten eine Bedingung für interkulturelle Öffnungsprozesse liegt, bringt am deutlichsten die Einrichtungsleiterin von *Einrichtung 1* auf den Punkt:

„Ich denke, wenn wir alle ein, ein bisschen offener einfach im Leben miteinander wären, dann bräuchten wir dat Gedöns gar nicht, ne? Dann wären so viele Dinge selbstverständlich. Ich hatte jetzt noch so einen netten Artikel in der Zeitung, wo ich gedacht habe: ‚Meine Güte, alte Menschen, einfach nur Offenheit mit dem Nachbarn.‘ Man teilt Dinge, man SUCHT den anderen und versucht sich dareinzufinden, und schon habe ich/ habe ich ein wunderbares Miteinander ohne viel Aufwand, ne? Also wenn wir ein anderes Bewusstsein bekommen würden, und das mit, mit Toleranz, dass wir aber nicht Angst haben müssen für den Menschen, ja, deswegen schottern wir sie in Ghettos ab oder so, ne? Sondern dass die als Nachbar mit uns leben können, und sie sich dann auch integrieren wollen, was bei den meisten ja der Fall ist. Dann glaube ich müsste man den Schwerpunkt da nicht drauf legen, aber so muss man natürlich auch/ auch den, den/ das in den Fokus rücken, das Thema, ne? Damit, -mit unser Bewusstsein halt dahingehend geöffnet wird.“ (LK11)

Aus dieser Aussage kann gefolgert werden, dass für die Befragte in einer Gesellschaft, in der das Zusammenleben von Migranten und Mehrheitsangehörigen als integrativ beschrieben werden kann, d. h. das von „Toleranz“ und gegenseitiger Offenheit geprägt und frei von Ängsten und Segregation wäre, Konzepte einer interkulturellen Öffnung nicht notwendig wären. Indem es aber an solchen Voraussetzungen hierzulande fehlt und „so viele Dinge“ nicht „selbstverständlich“ sind, „muss man [das] natürlich auch [...] in den Fokus rücken“. In den Grenzen gesellschaftlicher Integration kann demnach eine weitere soziale Triebkraft, Organisationen der stationären Altenpflege interkulturell zu öffnen, ausgemacht werden. Dass die Befragte solche Prozesse an dieser Stelle abwertend als „Gedöns“ bezeichnet, scheint jedoch unter Berücksichtigung dessen, dass die Befragte interkulturellen Öffnungsprozessen in anderen Passagen des Interviews große Relevanz zuschreibt, nicht für eine grundsätzliche Infragestellung von diesen zu sprechen. Sondern es bringt vielmehr das Unverständnis der Befragten darüber zum Ausdruck, dass es an einem „offener[en]“ Umgang verschiedener gesellschaftlicher Gruppen miteinander fehlt. Denn für sie selbst erscheint ein solches Verhalten „einfach“ und am Beispiel nachbarschaftlicher Solidarität von Senioren „schon“ „ohne viel Aufwand“ realisierbar. Interkulturelle Öffnungsprozesse und mit ihnen verbundenes ‚Aufheben‘ folgen also erst auf einen aus Sicht der Befragten scheinbar unnötigen Zustand fehlender Offenheit bzw. begrenzter Integration.<sup>370</sup>

<sup>370</sup> Dass hier konzeptuell von einer *begrenzten* Integration und nicht etwa von einer gesellschaftlichen *Desintegration* von Menschen mit Migrationshintergrund gesprochen wird, geht auch auf Beschreibungen der Inter-

Schließlich lassen sich verschiedene Anhaltspunkte im Interviewmaterial finden, die darauf verweisen, dass Organisationen institutionell, d. h. durch gesellschaftliche *normative Erwartungen* dazu angetrieben werden, sich interkulturell zu öffnen. Mit der historischen Entwicklung Deutschlands zum Einwanderungsland und der gesellschaftspolitischen Anerkennung dieser Realität, wie es bereits zuvor in dieser Arbeit beschrieben wurde, fanden und finden zugleich gesellschaftliche Aushandlungsprozesse und Deutungskämpfe darüber statt, welches soziale Verhalten innerhalb einer ethnisch-kulturell heterogenen Gesellschaft normativ angebracht (oder auch formalrechtlich gefordert) ist. Daran anschließende Fragen des (inter-)kulturellen Austausches und Miteinanders haben aus Sicht einer ausländischen Befragten einen gegenwärtig hohen Stellenwert in Deutschland, ein „Spitzenthema“, das im Gegensatz dazu in ihrem Herkunftsland „fehlt“ (PuB31). An dieser Stelle interessiert nun, in welchen *normativen*, für die befragten Organisationsmitglieder relevanten *Erwartungen* sich dies widerspiegelt. Dabei ist nicht erstaunlich, dass diese Bedingungen weniger offensichtlich in den Äußerungen der Befragten zum Ausdruck kommen, als es für die bereits genannten und die mehrheitlich noch folgenden sozialen Triebkräfte einer interkulturellen Öffnung der Fall ist, wirken institutionelle Erwartungen auf normativer ähnlich wie auf kulturell-kognitiver Ebene doch häufig un(ter)bewusst. Gleichwohl musste in den Auswertungen nicht erst ‚zwischen den Zeilen‘ gelesen werden, um ihre Relevanz zum Vorschein zu bringen. So verbindet eine Leitungskraft interkulturelle Öffnung im Wesentlichen damit, dass Menschen,

„die aus anderen Ländern kommen, dass sie einfach bei uns herzlich willkommen sind oder sich auch so fühlen. Also dass wir eben, ich sage mal, jeden wirklich genauso empfangen, wie wir jemanden aus Deutschland empfangen würden, und dass wir natürlich auch auf gewisse Dinge eingehen, die ihm wichtig sind [...]“ (LK32)

In dieser Aussage finden sich zwei zentrale Motive, die auch andere Befragte immer wieder herausstellen und die konzeptionell als Erwartung an eine Anerkennungs- und Willkommenskultur sowie die Realisierung von sozialer Gerechtigkeit im Sinne von Gleichbehandlung und Chancengleichheit zusammengefasst werden können.<sup>371</sup> Unter Einbeziehung dieses exempla-

---

viewteilnehmer zurück, die unterschiedliche Gruppen von Migranten sehr wohl als gesellschaftlich „integriert“ beschreiben. So scheint der Integrationsgrad zum Teil generationen- als auch gruppenspezifisch zu sein, wenn etwa die „dritte Generation“ von Migranten als „so gut integriert“ (PuB11) beschrieben und verschiedene Nationalitätengruppen als mehr oder weniger „gut [...] integriert“ (PuB21) angesehen werden.

<sup>371</sup> Zu den Begrifflichkeiten: Mit den Begriffen der Anerkennungs- und Willkommenskultur haben sich im deutschen Migrations- und Integrationsdiskurs Prinzipien etabliert, die sich für eine offene und akzeptierende Grundhaltung der Mehrheitsgesellschaft gegenüber Menschen mit Migrationshintergrund aussprechen und Praktiken aktiver Integrationsförderung insbesondere auf organisationaler Ebene einfordern. Dadurch soll ebenso die gesellschaftliche Teilhabe ansässiger Migranten als auch die Attraktivität Deutschlands für Neuzuwandernde befördert werden. Gerade der Begriff der Willkommenskultur wird in Deutschland in engem Zusammenhang mit der Anwerbung von benötigten Fachkräften aus dem Ausland verwendet. Dabei werden einerseits Potenziale von Migranten für den deutschen Arbeitsmarkt und andererseits ein notwendiger Beitrag der Aufnahmegesellschaft für eine gelingende Anwerbung und Integration in den Mittelpunkt der Auseinandersetzungen gerückt (vgl. BAMF 2013; Carrel 2013; Heckmann 2012). Erwartungen nach sozialer Gerechtigkeit stehen daneben in enger Verbindung zu den weitgehend als universell begriffenen allgemeinen Menschenrechten mit dem Grundsatz, alle Menschen als Gleiche anzuerkennen. Sie erheben den Anspruch, jedes Individuum rechtlich, politisch wie sozial in gleicher Weise zu behandeln wie andere Individuen, was ebenso in ein Diskriminierungsverbot aufgrund von Herkunfts-, Geschlechts- oder anderen kollektiven Merkmalen übersetzt werden kann. Daran knüpft auch die Forderung nach Chancengleichheit an, die jedem Menschen unabhängig kollektiver Persönlichkeitsmerkmale das Recht zubilligt, in mit anderen Menschen vergleichbarer Weise etwa den Zugang zu Bildung oder berufliche Möglichkeiten zu erfahren. Dabei ist allen diesen Begriffen gemein, zwar höchst uneindeutig, aber gleichzeitig –

rischen Zitats sowie weiterer Aussagen der Interviewteilnehmer sollen beide Motive im Folgenden erläutert werden.

Es kann in weiten Teilen der deutschen Gesellschaft heute als ein geltendes Prinzip angesehen werden, dass zugewanderte Menschen unterschiedlicher nationaler, kultureller und religiöser Hintergründe der ersten Generation, die „schon lange hier leben“ (PuB22), sowie ihre Nachkommen als integraler Bestandteil der deutschen Bevölkerung anerkannt werden. Diese Norm z. B. auch staatsrechtlich gesehen ausländische Bürger als Mitglieder der hiesigen Gesellschaft zu begreifen, drücken die Befragten beispielhaft damit aus, dass „wenn jemand hier in Deutschland ist, [...] dann gehört er einfach dazu“ (LK31). Sie wird aber auch darin deutlich, dass xenophobe Positionen abgelehnt werden, wenn etwa ein „kulturell feindliches Fremdenbild“ oder Abneigungen gegenüber „eine[r] andere[n] Kultur“ als „falsch“ (LK12) bewertet werden. Die an Organisationen und ihre Mitglieder gestellten Erwartungen, die mit einer Kultur der Anerkennung von Menschen mit Migrationshintergrund verbunden sind, reichen jedoch über die Würdigung ihrer ‚Dazugehörigkeit‘ und eine Ablehnung fremdenfeindlicher Einstellungen hinaus. Sie schließen vielmehr noch ein, was als eine aktive Anerkennungs- oder aber Willkommenskultur bezeichnet werden kann: ein organisationales Umfeld zu gestalten, in dem Migranten nicht nur gern gesehen („willkommen“) sind, sondern sich ebenso erwünscht „fühlen“, wie es die oben zitierte Leitungskraft nennt. Neben einer „offenen“ – ein Ausdruck, der sehr häufig Verwendung findet – und akzeptierenden Haltung gegenüber Migranten impliziert dies zugleich, fördernde Praktiken zu etablieren. Dass dies auch als soziale Triebkraft in den Entscheidungen von Altenpflegeeinrichtungen zu einer interkulturellen Öffnung Wirkung zeigt, wird in den ersten Überlegungen einer Heimleitung deutlich, die sie wie folgt zusammenfasst: „Wie können wir den Menschen halt einfach die Möglichkeit geben, über Rituale, über irgendwelche Ansätze, die ihnen vertraut sind, so ein bisschen zu zeigen: ‚Wir sind auf deiner Seite, ne, oder du bist hier willkommen‘“ (LK11). In diesem Beispiel lässt sich wie auch im vorausgegangenen Zitat zwar die analytische Trennung von Beweggründen und Zielen einer interkulturellen Öffnung nicht mehr gänzlich aufrechterhalten, es bringt aber recht deutlich zum Ausdruck, dass die Realisierung der normativen Erwartung einer Anerkennungs- und Willkommenskultur – hier gegenüber pflegebedürftigen älteren Migranten – zumindest auch im Verständnis dieser Interviewteilnehmerin über eine anerkennende Haltung hinaus aktive „Ansätze“ notwendig macht, damit sich die angesprochenen Personengruppen „willkommen“ fühlen und empfundene Grenzen (auf meiner versus „deiner Seite“) überwunden werden können. Auch andere Befragte verknüpfen den normativen Anspruch, dass sich Bewohner und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund in einer Einrichtung „wohlfühlen“ (LK13) mit organisationalem Handlungsbedarf. Die oben zitierte Leitungskraft bringt das in der Beachtung von „Dinge[n]“ zum Ausdruck, die einem Migranten „wichtig sind“, ähnlich wie gerade eben, als von „vertraut[en]“ Ansätzen die Rede war. Das meint dann auch, dass Relevanzsysteme, die sich womöglich von denjenigen, die eigenkulturell bekannt sind und gelebt werden, unterscheiden wie beispielsweise religiöse Riten, im organisationalen

---

auch in der Alltagskommunikation – weit verbreitet und dabei normativ aufgeladen zu sein (vgl. Baer 2012; Gosepath 2013; Lengfeld 2014; Schweiger 2013; Vorländer 2014).

Handeln „berücksichtigt [...] und respektiert werden“ (PuB21) sollen. Den Stellenwert solcher Riten für den Einzelnen und die Notwendigkeit ihrer Beachtung betont eine examinierte Altenpflegerin dadurch, dass sie diese von gewöhnlichen „Geschmackssachen“ unterscheidet, welche bei Bedarf „privat“ (ebd.) zu organisieren seien.

Diese Erwartung, Menschen „anderer“ ethnisch-kultureller Hintergründe anzuerkennen, sie je in ihrer ganzen Person (LK13) und mit ihren spezifischen Bedürfnissen wahr- und anzunehmen und diese im organisationalen Handeln zu beachten, steht in enger Verbindung zu einer Norm bzw. einem Recht, was allgemein als Gerechtigkeit gefasst werden kann und sich in den Interviews hauptsächlich in den Prämissen von Gleichbehandlung und Chancengleichheit offenbart. Demnach erhebt die Befragte im obigen, in dieser Kategorie *normativer Erwartungen* zuerst angeführten Beispiel den Anspruch, „jeden“, der aus einem anderen Land stammt, „wirklich genauso [zu] empfangen, wie [...] jemand[] aus Deutschland“ aufgenommen werden würde. Für andere Interviewteilnehmer heißt das, Bewohner oder Mitarbeiter mit Migrationshintergrund in ihrer Einrichtung „als gleicher Mensch“ (LK13) oder nicht „anders“ (LK12) zu „behandeln“, als es für Angehörige der Mehrheitsgesellschaft zutreffen würde. Gleichzeitig sollen dadurch Benachteiligungen einer Person (z. B. jemanden „verurteilen“, LK12) verhindert werden.<sup>372</sup> Während sich die Erwartung der Gleichbehandlung schließlich auf Bewohner als auch Mitarbeiter gleichermaßen bezieht, wird insbesondere im Hinblick auf Mitarbeiter mit Migrationshintergrund zudem der Vorsatz nach Chancengleichheit formuliert. Für dieselbe Einrichtungsleiterin, die zuletzt zu Wort kam und die ihre Hauptaufgaben im Personalbereich sieht, steht es außer Frage, dass Migrantinnen und Migranten in Personalentscheidungsverfahren keinesfalls „[aus]sortier[t]“ werden: „[W]enn die sich beworben haben, ich habe mir alle anguckt. Die haben ihre Probe gearbeitet. Und dann sind sie eingestellt worden“ (ebd.). Dabei scheint für die Befragte weniger ein rechtliches Verbot beruflicher Diskriminierung ausschlaggebend zu sein, als vielmehr der normative Anspruch, den sie verfolgt, „dass jeder [...] seine Chance kriegen [muss]“ (LK31), auch wenn ein Bewerber beispielsweise nur über begrenzte, deutsche Sprachkenntnisse verfügt.

Daran schließt mit dem Anspruch nach Integration ethnisch-kultureller Minderheiten in alle gesellschaftlichen Lebensbereiche noch ein drittes Motiv an, das sich als *normative Erwartung* fassen lässt und stationäre Altenpflegeeinrichtungen antreibt, interkulturelle Öffnungsprozesse anzustoßen. Die Akteure erfahren von „überall“, dass Fragen der Integration – in diesem Beispiel als „Eingliederungen“ (LK31) bezeichnet – von Menschen mit Migrationshintergrund zum Thema gemacht werden und haben dieses Postulat in vielen Fällen selbst verinnerlicht. Diese Internalisierung drückt sich in den Interviews darin aus, dass integrative Ansätze im beruflichen Handeln in den Aussagen vieler Befragter regelhafte Gestalt annehmen oder als außerordentlich relevant beschrieben werden. Im Hinblick auf die Versorgung

<sup>372</sup> Dabei wird gelegentlich auch eine indirekte Verknüpfung der normativen Erwartung von Gleichbehandlung mit formalen Diskriminierungsverboten hergestellt, wie sie in Menschenrechtskatalogen, europäischen Richtlinien oder dem AGG zu finden sind. Insbesondere die Aussage einer Einrichtungsleiterin, dass jeder, „der es braucht“, „ob Mann, Frau, Geschlecht, Weltbild“, pflegerisch versorgt wird, und niemandem etwa aufgrund eines „Migrationshintergrund[es]“ Pflege vorenthalten wird, stellt diese unausgesprochene Beziehung heraus (LK31).

pflegebedürftiger älterer Migranten ist für einen Einrichtungsleiter dementsprechend geboten: „[M]an muss schon integrativ arbeiten, man kann nicht segregativ arbeiten“ (LK21), wodurch integrative Praktiken normativ quasi alternativlos erscheinen. Während es für eine andere Leitungskraft bezogen auf (potenzielle) Arbeitnehmer mit Migrationshintergrund und in diesem Beispiel speziell bzgl. neuimmigrierter Personen „ganz (.), ganz wichtig [ist], dass da was gemacht wird, dass sie halt integriert (.) werden“ (LK33).

Zusammenfassend kann an dieser Stelle fest gehalten werden, dass hinsichtlich der Frage, welche Bedingungen Einrichtungen der stationären Altenpflege dazu antreiben, sich Konzepten einer interkulturellen Öffnung zu verschreiben, in gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ein Teil der Erklärungskraft begründet liegt. Dazu zählt zunächst die gegenwärtige Erfahrung einer *pluralen Bevölkerung*, die sich in unterschiedlichen Gruppen von weitgehend etablierten und neueingewanderten Migranten widerspiegelt und die den Befragten ebenso im privaten wie im beruflichen Leben begegnet, in den Dörfern und Städten, in denen sie leben und arbeiten, ebenso wie in den Stadtteilen, in denen ihre Einrichtungen ansässig sind. Die Realität dieser ethnisch-kulturellen Pluralität ist dabei durch verschiedene Barrieren gekennzeichnet, die zum einen das soziale Miteinander von gesellschaftlichen Mehr- und Minderheitsgruppen prägen und zum anderen die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Migrationshintergrund einschränken. Gefasst wurden diese Erfahrungen zwischen sozialen Distanzen und Benachteiligungen in der Kategorie einer *begrenzten Integration*. Mit der sozialen Tatsache beider Kategorien eng verbunden sind schließlich *normative Erwartungen*, die sich aus den gesellschaftlichen Erfahrungen einer sich pluralisierenden Bevölkerung heraus entwickelt und als Leitgedanken der gesellschaftlichen Interaktion sowie der Teilhabe von Minderheitenangehörigen etabliert haben. In den vorliegenden Fällen kamen dabei insbesondere solche Erwartungen zum Ausdruck, die eine offene und akzeptierende Haltung gegenüber Menschen mit Migrationshintergrund sowie aktive Praktiken ihrer Respektierung implizieren. Dabei ließen sich diese zur Geltung gekommenen normativen Erwartungen in den Prämissen einer Anerkennungs- und Willkommenskultur, von Gleichbehandlung und Chancengleichheit sowie von Integration konzeptionalisieren. Wie gezeigt werden konnte sind alle drei Kategorien in einer analytischen, verallgemeinernden Betrachtungsweise soziale Triebkräfte einer interkulturellen Öffnung. Sie stellen Grundlagen und Leitideen auf einer makrosozialen Ebene dar, die organisationales Handeln in eine bestimmte Richtung lenken. Dabei stellen sie nicht unwesentliche Vorbedingungen vieler nachfolgend explizierter Beweggründe auf den Ebenen des Altenpflegefeldes und der Organisationen dar, verlieren dadurch aber keineswegs ihre eigenständige Einflusskraft. Vielmehr erscheinen eine gesellschaftliche Pluralität, Erscheinungen integrativer Barrieren als auch gesellschaftliche Ansprüche, Anerkennung, Gerechtigkeit und Integration für Menschen mit Migrationshintergrund zu realisieren, als Grundvoraussetzung Maßnahmen einer interkulturellen Öffnung zu ergreifen.

#### 4.2.2 Altenpflegefeld

Eingebettet in diese gesellschaftliche Umwelt bleibt das deutsche Altenpflegefeld nicht unberührt von der ethnisch-kulturellen Pluralität, durch die die Umweltmitglieder gekennzeichnet

sind. Das manifestiert sich in einer internen Entwicklung, die wiederum aus dem empirischen Material heraus als *Heterogenisierung der Altenpflegeakteure* konzeptionalisiert werden kann. Dabei ist es im Wesentlichen die wachsende Diversität von zwei feldspezifischen Gruppen, die sich hinsichtlich des Untersuchungsinteresses dieser Studie als bedeutungsschwer für Einrichtungen der stationären Altenpflege herausgestellt hat. Die erste Gruppe, die angesprochen ist, bilden (potenziell) pflegebedürftige Senioren, die als Klienten bzw. Kunden der Gegenwart oder erwarteten Zukunft auf dem Altenpflegefeld in Erscheinung treten. Im Fokus auf diese Feldmitglieder teilen die Befragten die Auffassung, dass auch sie sich hinsichtlich ihrer ethnischen, kulturellen oder religiösen Hintergründe zunehmend ausdifferenzieren und die Altenpflegeklientel damit heterogener ist und sein wird, als es zu einem früheren Zeitpunkt der Fall war. Auf die Frage, welchen Stellenwert interkulturelle Fragen und Konzepte in der deutschen Altenpflege haben, antwortet eine examinierte Altenpflegerin zum Beispiel wie folgt:

„Denke ich mir, es fängt langsam an, ne. Weil (...) Gesellschaft wird älter. Deswegen kommt die Thema jetzt langsam, ne. Junge Menschen ist ziemlich weniger und dann meistens sind es ältere Menschen. Ältere Menschen müssen, ja, irgendwie drum gekümmert werden. Die kommen ja mehr in Altenheim. Deswegen, es fängt langsam an. Vorher, Menschen haben sich nicht so viel Gedanken gemacht, denke ich mir. Weil mehr junge Menschen gewesen, ne, sind die gearbeitet, Integrierten, ne. Sind gearbeitet, irgendwann haben die, auch die deutschen Menschen denk/ haben hier gedacht, die werden ja wieder zurück. Oder wer von Türkei gekommen, ne, die haben gesagt, ja, wir werden vier, fünf Jahre, höchstens zehn Jahre arbeiten, wir werden wieder zurück in unsere Land gehen. Können wir aber nicht, konnten wir aber nicht. Meistens im Sarg sind die zurückgegangen. Das ist ja so. Weil, dann haben die hier Familie, dann haben die Kinder, Kinder müssen zur Schule. Die Kinder wollen nicht nach Türkei, weil die haben gar keine Beziehung nach Türkei, zu türkische Leute. Die haben, die fühlen sich dann fremd da. Die haben andere Sprache. Die können sich nicht so richtig da äußern. Die können nicht zur Schule gehen, weil alles ganz anders ist, ne. Dann die Familie bleibt natürlich hier. Generation ist ja alt geworden, ne. Und dann die Türken oder die ausländischen Menschen machen auch jetzt nicht so viel Kinder wie damals. Auch die deutschen Menschen, ne, wir haben auch damals sieben, acht oder zehn Kinder gehabt. Jetzt, jeder macht ja nur ein Kind oder gar keine Kind. Das ist ja so. Generation ist alt geworden, die müssen zu Altenheim. Die Altenheim muss sich auch ändern.“ (PuB12)

Für die Befragte gewinnen interkulturelle Fragen und Konzepte in der Altenpflege „langsam“ an Aufmerksamkeit. Dies steht für sie zunächst im Zusammenhang mit demographischen Veränderungen einer älter werdenden Gesellschaft, in der „[j]unge Menschen“ „weniger“ werden und ältere Bevölkerungsmitglieder eine Mehrheit bilden. Die damit einhergehenden, sinkenden Pflegepotenziale führen dazu, dass Senioren „mehr“ formalisierte Pflege innerhalb von „Altenheim[en]“ in Anspruch nehmen. Dass diese Entwicklungen auch innerhalb der Migrant\*innenbevölkerung zu verzeichnen sind und daraus ein gesteigertes Interesse an interkulturellen Themen in der Altenpflege erwachsen ist, wird anschließend deutlich. Dazu führt die Befragte einige historische Entwicklungen auf. Indem zunächst vor allem „junge Menschen“ nach Deutschland eingewandert sind, um hier zu arbeiten, habe unter den Deutschen die Vorstellung vorgeherrscht, dass Migrant\*innen und Migranten „wieder“ in ihre Herkunftsländer „zurück[kehren]“ werden. Und auch unter den Zugewanderten selbst, war die Auffassung vertreten nach wenigen, „höchstens zehn“ Jahren Deutschland zu verlassen und in das eigene Heimatland zu *remigrieren*, wobei die Befragte, die selbst in der Türkei geboren und aufgewachsen ist, hier Migranten aus der „Türkei“ im Fokus hat. Dass diese Pläne oder Wünsche häufig nicht mehr zu Lebzeiten der Einwanderer realisiert werden „konnten“, steht für die

Befragte in Verbindung damit, dass auch Familienmitglieder der Arbeitsmigranten im Aufnahmeland Deutschland lebten und aus Gründen, welche die Kinder betrafen (Bleibewunsch, Sozialisation im Aufnahmeland, „keine Beziehung“ zum Herkunftsland (der Eltern), Fremdheitsgefühle, „andere Sprache“, divergierendes Schulsystem), eine Rückkehr – für die Befragte scheinbar selbstverständlich („natürlich“) – ausgeschlossen wurde. Dieser Verbleib der in jungen Jahren eingewanderten Migranten hat dazu geführt, dass diese „Generation“ in Deutschland „alt geworden“ ist. Indem auch in Migrantenfamilien, ähnlich wie in Familien der Mehrheitsgesellschaft, darüber hinaus eine sinkende Fertilitätsrate zu verzeichnen sei, d. h. „nicht so viel[e] Kinder“ wie zu einem früherem Zeitpunkt („damals“), sondern „nur ein Kind oder gar kein Kind“ geboren werden, seien auch alt gewordene Migranten gefordert stationäre Pflegeangebote in Anspruch zu nehmen.<sup>373</sup> Daraus schließt die Befragte die Notwendigkeit, dass sich ein „Altenheim“ „auch ändern“ „muss“.

Während eine stellvertretende Pflegedienstleiterin für eine spezifische Migrantengruppe zwar noch Rückkehrtendenzen im Rentenalter erkennt, geht auch sie davon aus, dass „die Jungen, die jetzt hier bei uns sind“ und die erst in den vergangenen Jahren nach Deutschland eingewandert sind, „gar nicht mehr“ in ihr Herkunftsland zurückkehren „wollen“ (LK22). Das gleiche gelte für andere „Zuwanderer“, die „immer mehr“ nach Deutschland kämen und von denen sie erwartet, dass sie „nicht mehr zurückgehen“ werden. Dies ist für die Befragte dann auch ein zentraler Beweggrund dafür, dass „das Thema“ der interkulturellen Öffnung und Pflege „auch immer größer [werden] wird“ (ebd.). Die ethnisch-kulturelle Heterogenisierung, welche die deutsche Altenbevölkerung bereits erfahren hat und den Vorstellungen der Befragten nach zukünftig noch weiter erleben wird, kommt in der Klientel der Altenpflege derzeit regional als auch gruppenspezifisch jedoch noch sehr unterschiedlich zur Geltung. Während sich vor allem in bestimmten Großstädten eine ethnisch-kulturell gemischtere Klientel zeige (LK31), wird durch die Altenpflegeanbieter vermehrt eine Nachfrage von Menschen mit Migrationshintergrund wahrgenommen, die aus einem osteuropäischen Land stammen. Im Gegensatz dazu, seien „jüdische Gläubige“ und „Moslems“ noch deutlich weniger unter denjenigen vertreten, die eine „Anfrage“ nach stationären Pflegedienstleistungen stellen, was ein Pflegedienstleiter im Austausch mit anderen „Pflegeleitungen“ (LK12) erschlossen hat.<sup>374</sup> Aber auch unter diesen Gruppen wird für die Zukunft ein gestiegenes Nachfragepotenzial prognostiziert und es wird erwartet, dass die Klientel in der stationären Altenpflege weiterhin „bunter“ (PuB21) und „gemixter“ (LK31) wird.

---

<sup>373</sup> An einer anderen Stelle des Interviews ergänzt die Befragte weitere Gründe dafür, dass ältere Migranten – bezogen auf türkischstämmige Personen – zunehmend Pflegeleistungen in deutschen Altenheimen in Anspruch nehmen. Einerseits seien auch veränderte Bildungs- und Erwerbsbeteiligungen der nachkommenden Generationen ausschlaggebend. Während in der Vergangenheit Frauen „zu Hause bleiben“ mussten, um sich um die „Kinder“, „Schwiegermutter, Schwiegervater“ und „den Haushalt“ zu „kümmern“, ist es heute so, dass „die Frau arbeitet, Mann arbeitet, Kinder arbeiten [...] oder gehen hier zu Schule“. In der Folge besteht „keine Zeit“ „Mutter und Vater oder Schwiegereltern“ zu versorgen. Andererseits fehlt es alt gewordenen Migranten heute vermehrt an „Bekanntschaf[en]“ und „Angehörige[n]“ im Herkunftsland, die sich früher um die zurückgekehrten Älteren „gekümmert“ haben.

<sup>374</sup> Dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund auch beide ethnisch-kulturellen Merkmale – Osteuropa als regionale Herkunft und jüdisch oder muslimisch als religiöse Orientierung – besitzen können, wird an dieser Stelle nicht thematisiert.

Während für einen Teil der Befragten in einer bereits gegenwärtig wahrzunehmenden heterogenen Altenbevölkerung eine Triebkraft zu erkennen ist, ihre eigene Organisation interkulturell zu öffnen (eben „weil auch das Bewohnerklientel sich so massiv ändert“, LK12), ist für andere Befragten die Erwartung auf eine veränderte Klientel richtungweisend: „Also es war uns schon klar, dass (.), dass älter werdende Migranten, egal wo die jetzt herkommen auf die Altenarbeit zustoßen, und dass die noch gar nicht in diesem Ausmaß zugest/ uns, widerfahren, wie man das so prognostiziert hat“ (LK21). Neben der Tatsache, dass in dieser Passage der Befragte auch sein Wissen über den feldspezifischen Diskurs über ältere Migranten in Deutschland offenbart (vgl. Kap I. 1.5 und 2.), kommt dabei zugleich zum Ausdruck, dass sich mit heterogenen Klienten, die auf das Altenpflegefeld „zustoßen“ bzw. diesem „widerfahren“, eine Herausforderung für Pflegeanbieter verbunden ist. Diese Bewertung, die viele andere Interviewteilnehmer teilen, wird in der Beschreibung von Beweggründen einer interkulturellen Öffnung auf der Mikro-Ebene noch detaillierter behandelt werden (vgl. Kap. IV. 4.2.3).

Die zweite Gruppe, die zu einer *Heterogenisierung der Altenpflegeakteure* maßgeblich beiträgt und in den Interviews einen wichtigen Stellenwert einnimmt, sind die Arbeitnehmer auf dem Altenpflegefeld insbesondere vertreten durch Pflegehilfs- und Pflegefachkräfte. Bereits mit Blick in Altenpflegesschulen und damit auf die Gruppe der Auszubildenden wird deutlich, dass viele Migranten in dieses Berufsfeld einsteigen. Darauf weisen insbesondere Befragte hin, die unlängst ihre Ausbildung abgeschlossen haben oder Verwandte haben, die gerade eine Altenpflegeschule besuchen (PuB21). Dabei scheinen Mitschüler mit Migrationshintergrund bei weitem keine Ausnahme (mehr) darzustellen, wenn etwa von einer Ausbildungsklasse berichtet wird, der mehr muslimische Altenpflegeschüler angehören als Auszubildende, die „katholisch und evangelisch“ (PuB31) sind.<sup>375</sup> Diesen Trend, „dass immer mehr potenzielle Azubis einen Migrationshintergrund haben werden“<sup>376</sup>, hatten die Geschäftsführer der *Einrichtung 3* dann auch im Blick, als sie Anfang der 2000er Jahre damit begannen, sich mit interkulturellen Ansätzen bezogen auf ihr Unternehmen auseinanderzusetzen. Auch andere Leitungskräfte heben diese Entwicklung heraus und verweisen beispielsweise gleich zu Beginn ihrer Erzählungen, wie eine interkulturelle Öffnung in ihrer Einrichtung zum Thema wurde, darauf, dass sie „ganz viele Anfragen“ für Ausbildungsstellen von Personen erhalten haben, die eine „andere“, nicht-christliche „Glaubensrichtung“ (LK22) haben.<sup>377</sup>

Auch auf reguläre Stellen nähmen Bewerbungen von Migranten – hier bezogen auf „Türken“, die sich „verstärkt“ (LK11) um eine Anstellung in *Einrichtung 1* bemühten – in Pflegeberufen zu. Dadurch dass zudem „ganz viele Fachkräfte aus [dem] Ausland kommen und genau in diese Branche“ eintreten, besäßen interkulturelle Öffnungsprozesse einen „hohen Stellenwert“

<sup>375</sup> Dieser Interpretation liegt die Vorstellung zugrunde, dass der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland mehr Muslime zugehörig sind, als dies für die deutsche Mehrheitsbevölkerung der Fall ist. Gleichwohl ist es möglich, dass unter den angesprochenen muslimischen Altenpflegeschülern auch Personen sind, die keine Migranten nach dem hier zugrundeliegenden Begriffsverständnis sind (vgl. Kap. IV. 3.1).

<sup>376</sup> Dieses Zitat beruht auf einem Vorgespräch mit dem Geschäftsführer von *Einrichtung 3*, das in einem Feldprotokoll festgehalten wurde.

<sup>377</sup> Wobei diese Entwicklung für diese Einrichtung mit einem konfessionellen Träger mitunter ein organisationales Vereinbarkeitsproblem darstellt (vgl. Kap. IV. 4.3.1).

(LK33) auf dem Altenpflegefeld. Für eine Befragte, die zu Beginn der interkulturellen Öffnung ihrer Einrichtung noch nicht im Unternehmen angestellt war, erschließt sich ebenso aus der Heterogenität innerhalb der Berufsgruppe ein zentraler Beweggrund:

„Na, ich denke – also das ist jetzt so, was ich so draus schließen kann –, denke, der Hintergrund ist einfach, dass es zunehmend Einwanderer, sage ich mal, gab, die, die einfach, ja, verstärkt in diesen Beruf reingekommen sind, ich meine, es gab ja früher schon, dass man eben polnische Kräfte oder rumänische Kräfte nach Deutschland gebracht hat, um eben Angehörige zu pflegen, und ich denke, dass sich das dadurch so nach und nach entwickelt hat [...]“ (LK32)

Für die Befragte findet sich ein wesentliches Motiv einer interkulturellen Öffnung also darin, dass „Einwanderer“ vermehrt in Altenpflegeberufen in Deutschland tätig geworden sind. In Folge der historischen Erfahrung, dass auch „früher schon“ ausländische „Kräfte“ zur Pflege der „Angehörige[n]“ angeworben worden sind, hätten sich Ansätze interkulturellen, organisationalen Handelns „nach und nach entwickelt“. Schließlich ist die *Heterogenisierung der Altenpflegeakteure* auf Seiten der Arbeitnehmer bis heute so weit vorangeschritten, dass für eine Befragte es heute „schon selbstverständlich“ ist, dass das „Pflegepersonal [...] interkulturell ist“ (PuB21). Und auch für die Zukunft ist man sich „ziemlich sicher“, dass sich das Altenpflegepersonal noch „bunter entwickeln“ (LK21) wird. Kurzum sind für die Einrichtungen sowohl eine ethnisch-kulturelle Ausdifferenzierung der (potenziellen) Klientel des Altenpflegefeldes als auch des Altenpflegepersonals Bedingungen (unterschiedlichen Gewichts), die interkulturelle Öffnungsbemühungen antreiben und ihnen einen hohen Stellenwert beimessen. Anknüpfend an die Gruppe der Pflegekräfte konnte eine weitere Bedingung aus dem Interviewmaterial herausgearbeitet werden, der ein nicht unwesentlicher Einfluss auf interkulturelle Öffnungsentscheidungen beigemessen wird. Bestehend aus mehreren Unterkategorien kann sie mit dem Überbegriff eines *veränderten Arbeitsmarktes* gefasst werden. Während ein erstes Merkmal dieser Kategorie bei sehr vielen Befragten unmissverständlich zum Ausdruck kommt, ist ein zweites Merkmal stärker in losen Beispielen enthalten. Exemplarisch für beide Kennzeichen eines veränderten Altenpflegearbeitsmarktes sei der zweite Teil des Zitats angeführt, das zuletzt exponiert dargestellt und erläutert worden ist. Die Befragte erklärte die Entstehung interkultureller Ansätze mit dem zunehmenden Einstieg von Einwanderern in das Berufsfeld der Altenpflege und fügt hinzu:

„[...] dass einfach der Bedarf hier viel stärker da ist, UND zum anderen natürlich der Hintergrund, dass Pflegekräftemangel in Deutschland recht, recht hoch ist und dass man geguckt hat, ob man irgendwie Kräfte aus dem Ausland rekrutieren kann oder so.“ (LK32)

Für die Befragte besteht demnach in Deutschland ein hoher „Bedarf“ nach Pflegekräften, der nach ihrer Auffassung auch höher zu sein scheint als anderswo – möglicherweise für andere Länder („hier viel stärker da ist“). Das scheint dann auch in engem Zusammenhang damit zu stehen, dass der „Pflegekräftemangel in Deutschland recht, recht hoch ist“. In dem Vorherrschen eines enormen Pflegekräftemangels auf dem deutschen Altenpflegefeld sieht sie dann auch einen „anderen“ „Hintergrund“, der für Ansätze einer interkulturellen Öffnung ausschlaggebend und für die Befragte vergleichsweise offensichtlich zu sein scheint („natürlich“). Mit dem Pflegekräftemangel verbunden seien zu dem Überlegungen oder Versuche gewesen (man hat „geguckt“), „Kräfte aus dem Ausland [zu] rekrutieren“. Damit können die zwei angekündigten Merkmale dieser Kategorie mit der Existenz eines Pflegekräftemangels

sowie der Präsenz ausländischer Pflegekräfte auf dem hiesigen Arbeitsmarkt, was gleich noch expliziter gemacht werden wird, zusammengefasst werden. Dass auch diese Unterkategorien auf einer breiten empirischen Basis beruhen, wird in der folgenden detaillierten Darstellung erkennbar.

Alle Befragte, die diesen Aspekt thematisieren, stimmen darüber ein, dass in Deutschland Pflegekräfte fehlen: „Fachkräftemangel gibt es, das ist so“ (LK21). Ein wesentlicher Grund hierfür wird darin gesehen, dass viele Angehörige der deutschen Mehrheitsgesellschaft nicht im Altenpflegeberuf arbeiten wollen. Einerseits sei das „denen viel zu anstrengend“ (PuB22), auf der anderen Seite seien strukturelle Rahmenbedingungen ursächlich dafür, dass es für viele Menschen unattraktiv ist diesen Beruf auszuüben. Dazu zählen insbesondere die „zu“ geringen Verdienstmöglichkeiten, aber auch das geringe Angebot an Vollzeitstellen wird als Hindernis empfunden (LK22; PuB22). Zwar erlebten die Befragten immer wieder, dass auch Angehörige der Mehrheitsgesellschaft ein Praktikum oder eine Altenpflegeausbildung absolvierten, aber viele von ihnen gingen dem Beruf nur kurzfristig nach (PuB32) oder seien krankheitsbedingt gezwungen „[v]iel zu früh wieder“ aus dem Berufsfeld „[auszu]steigen“ (LK22). Um dem Fachkräftemangel zu begegnen liegt den Einrichtungen viel daran, eigenständig Fachkräfte auszubilden, um damit ihren „Nachwuchs“ zu sichern. Während die Einrichtungsleiterin von *Einrichtung 3* aus ihrem Ausbildungsengagement dann auch schlussfolgert, dieses „Problem nicht so“ (LK31) zu haben, scheint in *Einrichtung 2*, obwohl „heftig“ (LK21) bzw. „wahnsinnig“ (LK22) ausgebildet wird, die Verunsicherung aufgrund des allgemeinen Fachkräftemangels groß zu sein, was auch in einer Sequenz deutlich wird, in der die stellvertretende Pflegedienstleitung berichtet, dass „die komplette Kurzzeitpflege [...] fast zusammen in den Ruhestand [geht]“ (LK22).

Der bestehende Pflegekräftemangel ist für diese Befragte dann ein wichtiger Grund dafür, warum eine Altenpflegeeinrichtung gegenüber Arbeitnehmern mit Migrationshintergrund auch „einfach offen“ sein „[m]uss“ (LK22) und wurde für die Einrichtungsleiterin von *Einrichtung 1* zu einem zentralen Grund, warum sie Bemühungen einer interkulturellen Öffnung in der eigenen Organisation angestoßen hat: „dadurch, dass wir halt Probleme haben mit der Fachkraftquote. Wir müssen gucken, dass wir Fachkräfte bekommen, das heißt, wir müssen uns auch öffnen“ (LK11). In diesem Ausschnitt kommt zur Sprache, dass in *Einrichtung 1* der Fachkräftemangel bereits spürbar ist. Das Haus hat „Probleme“ damit, die rechtlich geforderte Quote an Pflegefachkräften zu realisieren, und sieht sich aus dieser Situation heraus regelrecht gezwungen dazu, Öffnungsprozesse aufzunehmen. Die Relevanz, die der ‚Suche‘ nach Fachkräften zukommt, unterstreicht auch der Pflegedienstleiter. In der hausinternen Kommunikation über Fragen der Interkulturalität, was „immer wieder“ zum „Thema gemacht worden ist“, gelten Überlegungen zum Fachkräftebedarf neben anderen Belangen als prioritär: „[W]ie gehen wir auch damit um? Wie sichern wir auch Fachkräfte in Deutschland?“ (LK12). Mit Blick in die Zukunft ‚einer interkulturellen Öffnung der Altenpflege‘ artikuliert er schließlich das, was in der vorherigen Aussagen der Einrichtungsleiterin bereits angeklungen ist, einen Zwang des durch den Fachkräftemangel veränderten Arbeitsmarktes, Altenpflegeeinrichtungen interkulturell zu öffnen: „Und dadurch, dass der Trend hingehen MUSS, weil es ja bewiesen ist,

dass die Pflegefachkräfte immer weniger werden oder letztendlich sogar ins Ausland gehen (.). Wir sind ja gezwungen dazu, uns damit überhaupt auseinanderzusetzen“ (LK12). Für den Befragten steht zweierlei außer Frage: einerseits die Tatsache eines vorherrschenden Fachkräftemangels in der Pflege (der „bewiesen ist“); andererseits dass aus diesem Umstand heraus („weil“) die unumgängliche, weil erzwungene Notwendigkeit eines „Trend[s]“ zur interkulturellen Öffnung besteht („MUSS“).<sup>378</sup> Eine andere Leitungskraft unterstützt diese Einschätzung. Aus ihrer Perspektive „müssen sich“ Altenpflegeeinrichtungen mit einer interkulturellen Öffnung „beschäftigen“. Sie glaubt aber, dass „noch nicht alle verstehen, wie wichtig ist das, und dass man vielleicht auch gar nicht vermeiden kann, wenn sie zum Beispiel andere Unternehmen sagen, wir nehmen halt auch keine, dann haben sie halt Mangel an der Fachkräfte“ (LK33). Zwar artikuliert die Befragte ihre Haltung im Vergleich zum Vorredner weniger konsequent, wenn sie davon spricht, dass eine interkulturelle Öffnung – hier im Sinne einer Öffnung gegenüber Mitarbeitern mit Migrationshintergrund – „vielleicht“ nicht vermieden werden kann. Aber auch für sie scheint aus der Bedingung eines drohenden „Mangel[s] an Fachkräfte[n]“ eine allgemeine Relevanz („wie wichtig das ist“) zu bestehen sich mit Konzepten dieser Art zu befassen. Bewertet man allerdings einen Fachkräftemangel in einer Altenpflegeeinrichtung als nicht zu verharmlosendes, organisationales Problem, spricht auch aus dieser Aussage ein Druck auf Pflegeanbieter sich interkulturell öffnen zu ‚müssen‘.

In der Branche ist es daher auch „natürlich“ ein Gegenstand der Auseinandersetzung zu fragen, „Fachkraftmangel und wo kriegen wir sie her?“ (LK11). Daran schließt das zweite Merkmal eines *veränderten Arbeitsmarktes* im Altenpflegefeld an, die in der Präsenz ausländischer Arbeitnehmer zum Ausdruck kommt. Der Umstand, dass viele Einheimische nicht in der Altenpflege arbeiten wollen, scheint ein Anziehungspunkt für „viele Ausländer“ (PuB22) zu sein, in diesem Berufsfeld tätig zu werden. Eine deutlich häufiger thematisierte Voraussetzung dafür, dass nach Vorstellungen der Befragten vermehrt Menschen aus dem Ausland als Pflegekräfte in Altenpflegeeinrichtungen arbeiten, liegt jedoch in politischen Initiativen und organisationalem Eigenengagement begründet, Pflegekräfte aus dem Ausland aktiv anzuwerben. Dass die Einrichtungen des eigenen Verbandes nicht „die Einzigen sind“, die sich mit Fragen einer interkulturellen Öffnung auseinandersetzen, offenbart sich für eine Einrichtungsleiterin etwa auch darin, dass es „Projekte“ zur Anwerbung ausländischer Pflegekräfte gibt. „Spanier kommen, Chinesen kommen“ (LK11). Neben diesen vermehrt bundespolitisch ins Leben gerufenen Programmen (vgl. Kap. IV. 2.3) werden auch von Altenpflegeeinrichtungen eigene Impulse gesetzt, um im Ausland Altenpflegekräfte für die eigenen Organisationen zu gewinnen. Ein solches Projekt erlebt *Einrichtung 1* innerhalb ihres Wohlfahrtsverbandes:

„Wir haben auch über das WOHLFAHRTSVERBAND-1-Haus in STADT 2 Connections, der Herr NACHNAME 5 als Einrichtungsleiter sucht im Moment in den Niederlanden nach Pflege/ Pflegekräften, also der hat da so/ da ist kein Riesenprojekt, aber der hat da Connections gesucht, dass man sich verbindet und dann halt Niederländern die Möglichkeit gibt, hier zu arbeiten, zu gucken, wo können die wohnen, dass man sich um gewisse Dinge kümmert.“ (ebd.)

<sup>378</sup> Hier kommt zudem ein weiterer Grund dafür zur Sprache, warum ein Pflegekräftemangel in Deutschland zu verzeichnen sei, nämlich weil Pflegefachkräfte, nicht nur den Beruf frühzeitig verlassen, worauf andere Befragte verwiesen haben (s. o.), sondern auch ins „Ausland“ abwandern.

Dieses Beispiel zeigt, dass Altenpflegeeinrichtungen in Eigenengagement dann auch in Ländern, wie den Niederlanden, nach Mitarbeiter suchen, die nicht primär im Fokus politischer Projekte stehen. Die Aufgaben, die für die Dienste mit solchen Initiativen einhergehen, bestehen dann (zunächst) darin, Kontakte in dem jeweiligen Land herzustellen und Kooperationen aufzubauen. Können schließlich Arbeitnehmer gewonnen werden, kommen weitere Unterstützungstätigkeiten in Deutschland hinzu, wenn es etwa um Fragen der Wohnmöglichkeiten geht. Indem die Befragte davon spricht, dass ein solches Projekt „Niederländern die Möglichkeit gibt, hier zu arbeiten“, wird der an anderen Stellen pointierte feldspezifische Bedarf nach Pflegekräften in seiner Relevanz – bezogen auf diese Initiative – relativiert oder zumindest ergänzt dadurch, dass es als Angebot für Ausländer beschrieben wird in Deutschland arbeiten zu können. Dies erinnert an die normative Erwartung der Chancengleichheit, arbeitssuchenden Migranten gleichermaßen Zugänge zu den Organisationen zu ermöglichen.

Auch in *Einrichtung 3* hat man Kenntnis davon, dass „manche Heime ins Ausland gegangen sind, um Altenpflegerinnen oder Krankenschwestern zu holen, weil sie keine Fachkräfte hatten“ (LK31). Gleichzeitig befand sich das Unternehmen im Jahr der Fallstudienuntersuchung selbst in der Situation, seinen Bedarf an Pflegekräften im ambulanten Dienst dadurch zu decken, dass Pflegekräfte aus Spanien angeworben wurden. Dass diese Maßnahme für die Einrichtungsleiterin nicht unbedingt als erstrebenswert gilt oder aber verdient Beachtung zu erfahren, wird dadurch deutlich, dass sie einerseits erst auf Nachfrage von den eigenen Erfahrungen einer eigen-initiativen Anwerbung ausländischer Pflegekräfte berichtet. Andererseits versucht sie diese Verfahrensweise zu relativieren, indem sie sagt: „Na ja, gut, das war jetzt bloß dieses Jahr das erste Mal für den ambulanten Dienst“ (LK31). Bereits mit der Interjektion „Na ja“ anstelle eines unmissverständlichen ‚Ja‘ leitet die Befragte in zurückhaltender Art und Weise ihre Antwort ein. Indem sie daran anschließend die Erfahrung der Arbeitskräftenwerbung im Ausland auf mehreren Ebenen einschränkt – zeitlich „bloß dieses Jahr“, quantitativ „das erste Mal“ und sektoral „für den ambulanten Dienst“ –, scheint die Befragte klarlegen zu wollen, dass diese Praxis für das eigene Unternehmen mehr oder weniger eine Ausnahme darstellt.

Mit Blick auf das Altenpflegefeld als Ganzes steht für einen Teil der Befragten jedoch fest, dass für die Deckung des Pflegekräftebedarfs in Deutschland nicht auf ausländische Pflegekräfte verzichtet werden kann, was exemplarisch von zwei Leitungskräften auf den Punkt gebracht wird:

„Da sind [...] sich alle, glaube ich, von überzeugt, wir müssen andere Pflegekräfte haben aus anderen Ländern, Deutsch müssen sie sprechen und gut ist.“ (LK12)

„[A]uch in den Medien hört man immer wieder, dass man einfach da an, an Fachkräfte aus dem Ausland plädieren muss, weil sonst kriegt man das hier ja auch gar nicht gestemmt mit den/ mit den Pflegekräften in Deutschland. Also es wäre gar nicht/ das System würde gar nicht funktionieren, sage ich jetzt mal.“ (LK32)

In beiden Aussagen kommt zur Sprache, dass ausländischer Pflegekräfte für das deutsche Altenpflegesystem unerlässlich sind. Während der erste Studienteilnehmer davon ausgeht, dass es sich dabei um eine in der Altenpflege allseitig geteilte Meinung handelt („alle [...] von überzeugt“ sind), verweist die zweite Befragte darauf, dass es (zumindest) „auch“ medial

„immer wieder“ thematisiert wird. Ohne ausländische Pflegekräfte wäre nach ihrer Vorstellung die Handlungsfähigkeit des Altenpflegesystems keinesfalls (mehr) gegeben (z. B. es würde „gar nicht funktionieren“). Damit wird die Branche in Abhängigkeit zu ausländischen Arbeitnehmern gestellt, was sich auch darin herauslesen lässt, dass „man“ in gewissem Maße als Bittsteller an diese Fachkräfte herantreten „muss“. Dass die Ergänzung des bestehenden Personalstamms durch ausländische Pflegekräfte jedoch nicht voraussetzungslos ist, hebt zusätzlich das erste Zitat hervor, wenn der Befragte die Bedingung „Deutsch müssen sie sprechen“ ergänzt.<sup>379</sup> Diese Kompetenzerwartung an deutsche Sprachkenntnisse oder auch an das Wissen um „die deutsche Kultur“ äußern ebenso andere Befragte und stehen der Anwerbung ausländischer Pflegekräfte zum Teil „zwiespalten“ (LK21) gegenüber. So kann eine Befragte politische Projekte in diesem Bereich zwar „nachvollziehen“, spricht sich selbst zuvorderst aber für Reformen aus, die den Pflegeberuf insgesamt „attraktiver“ (LK22) machen. Gleichwohl stellen ausländische Pflegekräfte bereits gegenwärtig eine nicht unwesentliche Arbeitskraft auf dem Altenpflegefeld dar, was für eine andere Leitungskraft einen wesentlichen Grund dafür darstellt, dass Fragen einer interkulturellen Öffnung derzeit „aktuell“ sind. Für die Zukunft vermutet sie, dass dieses Thema auch „noch aktuell bleiben“ wird, weil „die Zahl der EU-Länder [...] immer wieder größer [werden wird], also/ und das heißt auch automatisch, dass die Fachkräfte hier zu uns kommen [werden]“ (LK33).<sup>380</sup>

Indem die Akteure des deutschen Altenpflegefeldes einen Pflegekräftemangel erleben, der mitunter dazu führt, dass verstärkt Arbeitnehmer aus dem Ausland in der Branche tätig werden, kann von einem *veränderten Arbeitsmarkt* in der Altenpflege gesprochen werden. Dieser scheint ebenso wie die bereits explizierten Kategorien eine Teilbedingung dafür zu sein, dass sich Pflegeanbieter mit Konzepten einer interkulturellen Öffnung auseinandersetzen. Eine weitere Voraussetzung dafür kann in der *Vermarktlichung des Altenpflegefeldes* entdeckt werden. Zunächst fällt in den Interviews auf, dass Altenpflegeanbieter unabhängig ihrer Trägerschaft in ihrem organisationalen Handeln grundsätzlich auch ökonomischen Logiken verhaftet sind. Dies offenbart sich sowohl in einzelnen Formulierungen, mit denen beschrieben wird, wie die Akteure in ihren Häusern „wirtschaften“ (LK11), dass sie ihre Einrichtung als einen „Betrieb“ bezeichnen, „der Wirtschaftlichkeit bringt“ (wenn auch „mit einem sozialen Gedanken an der Pflege“) (LK12), oder mit denen Vorstellungen der Klienten als mündige „Kunden“ vermittelt werden (LK31). Eine wirtschaftliche Orientierung der Akteure auf dem Altenpflegefeld zeigt sich aber auch darin, dass Pflegeanbieter untereinander im Wettbewerb stehen:

„Dann haben wir Polen, die uns den Rang ablaufen, ne? Weil die Leute hier 24-Stunden-Dienste machen, da kann man dann anders noch hinterfragen, ne? Aber das sind ja alles Themen, da berührt unsere Arbeit, ne? Ist Konkurrenz ja auch, man muss sich Gedanken machen: Wie kriegt man es kombiniert, dass es auch nicht uns gefährdet, ne?“ (LK11)

<sup>379</sup> An anderer Stelle ergänzt der Befragte die von ihm vertretenen sprachlichen Voraussetzungen für ausländische Pflegekräfte um fachliche Qualifikationen, wenn er bemerkt: „Unabhängig jetzt von dem fachlichen Hintergrund natürlich“ (LK12). Deutschen Sprachkenntnissen scheint durch ihre pointierte Hervorhebung jedoch ein ganz wesentlicher Stellenwert beigemessen zu werden.

<sup>380</sup> Die Befragte schießt an dieser Stelle noch an, dass ausländische Pflegekräfte „ehrlich [gesagt], in diese Branche [...] schneller“ (LK33) kommen als in andere, da in anderen Arbeitsfeldern größere Zugangsvoraussetzungen als in der Altenpflege herrschen.

Neben der bereits angesprochenen Tatsache, dass unterschiedliche Dienstleister von Pflegeangeboten in „Konkurrenz“ zueinander stehen, wird in diesem Zitat deutlich, dass solche marktüblichen Strukturen das organisationale Handeln von Altenpflegeeinrichtungen beeinflussen. Sie sind herausgefordert, diese Wettbewerbssituation – hier mit polnischen „24-Stunden-Dienste[n]“ – mit ihrem eigenen Angebot als Dienstleister zusammenzubringen, um am Markt bestehen bleiben zu können (selbst nicht „gefährdet“ zu werden). Dass mit dem Verweis auf ausländische Pflegekräfte, die ‚rund um die Uhr‘-Dienstleistungen in Privathaushalten anbieten, an dieser Stelle eine weitere, zumindest intervenierende Bedingung dieses Untersuchungsfeldes auf der Meso-Ebene zur Sprache kommt, die als ‚Internationalisierung der (Alten-)Pflege‘ benannt werden kann und auch in anderen Interviews thematisiert wird (z. B. LK32), sei hier nur am Rande erwähnt. Das Augenmerk soll weiter auf bestehende Konkurrenzen im Altenpflegesystem liegen bleiben, die nicht nur im Hinblick auf die Klientel, sondern auch bezogen auf (potenzielle) Mitarbeiter für die Dienstleistungsanbieter relevant sind. Denkt man an den zuvor beschriebenen Pflegekräftemangel zurück, wundert es nicht, dass Arbeitgeber im Altenpflegefeld auch um Arbeitnehmer aus Pflegeberufen konkurrieren. Dies zeigt sich zum Beispiel darin, dass Pflegekräften angeboten wird in Einrichtungen, in denen sie hospitieren (in einem konkreten Fall in einem Krankenhaus), übernommen zu werden (PuB31), oder dass Verbundprojekte ins Leben gerufen werden, in denen es auch darum geht, „wie WERBEN wir“ (LK12) Mitarbeiter – hier mit Migrationshintergrund – an. Auch berichtet ein Einrichtungsleiter davon, dass in einem Zusammenschluss von Häusern, „immer gleich [...] zwei, drei Kollegen schon schreiben: ‚Ich habe Interesse, ich habe Interesse‘“, wenn neue Bewerbungen „reinkommen“ (LK21).

Diese grundsätzlich bestehenden Wettbewerbsverhältnisse auf dem Altenpflegefeld spielen dann auch in Fragen von interkulturellen Öffnungsprozessen eine Rolle. So stellt eine Einrichtungsleiterin heraus, dass der Umstand, dass sich kein anderes Haus in ihrer Stadt „offiziell“ mit einer interkulturellen Ausrichtung „bewirbt“ für sie auch „so ein Thema“ in den eigenen Überlegungen „war“: „weil ich einfach gedacht habe: ‚Ist spannend, wir müssen uns öffnen‘“ (LK11). Generell scheint es Altenpflegeanbietern durch eine „Spezialisierung“ ihres Angebots auch darum zu gehen, „dass man sich einfach abhebt auch von den anderen Einrichtungen“ (LK32). Das wird auch indirekt in den Aussagen einer anderen Leitungskraft deutlich, die die interkulturelle Ausrichtung ihres Hauses auf eine spezifische Migrantengruppe bzw. die *Nicht*ausrichtung auf andere ethnisch-kulturelle oder religiöse Gruppen damit erklärt, dass Angebote für solche Gruppen andernorts bereits bestehen (LK22). Das heißt, dass in der Entscheidung für oder Gestaltung von einer eigenen interkulturellen Öffnung zum einen Bezug *auf* die Mitbewerber im Feld genommen wird. Zum anderen fungiert eine interkulturelle Öffnung als Herausstellungsmerkmal *gegenüber* diesen Konkurrenten, was noch einmal in einer Anmerkung der Pflegedienstleitung aus *Einrichtung 1* aufkommt:

„Also auch eine Einrichtung muss leben, es gibt viele Einrichtungen, das hat auch Marketingaspekt letztendlich wieder für mich zu sagen, wir müssen uns breit aufstellen, wenn wir uns jetzt da ein bisschen – ich nennen es mal –, sehr akribisch und nach alten Denken deutsch, deutsch, deutsch, das funktioniert nicht; das hat 1940 vielleicht funktioniert, heutzutage nicht mehr, und das ist auch ein alter Gedanke, der SOLLTE auch nicht mehr funktionieren, weil die Welt muss dafür offen sein, und, pflegerisch, also für

mich als der, der den Betrieb mit führt, zu sagen: „Ich muss mich breit aufstellen, damit auch die Einrichtung überlebt.“ (LK12)

Das Zitat schließt an Ausführungen des Befragten darüber an, dass sich innerhalb seiner Einrichtung regelmäßig darüber ausgetauscht worden ist, wie eine Fachkraftsicherung erreicht werden kann und mit welcher Klientel in Zukunft zu rechnen ist. Das scheinen dann auch Fragen zu sein, welche die Existenz des Pflegeheims direkt betreffen, wenn der Befragte daraus folgert, dass „auch eine Einrichtung leben [muss]“. Ein weiterer Faktor, der neben der Personalausstattung und der Nachfrage durch Klienten Einfluss auf die Existenz(sicherheit) eines Hauses nimmt, sind die „viele[n]“ Mitbewerber im Feld. Um sich als eine im Wettbewerb stehende Einrichtung zu behaupten, sieht der Befragte es als notwendig an „sich breit auf[zu]stellen“. Die interkulturelle Öffnung seiner Einrichtung, die er auf diese Weise umschreibt, erweist sich damit „letztendlich“ als ein Instrument zur Förderung der eigenen Marktstellung („Marketingaspekt“). Gleichzeitig knüpft der Befragte in diesem Zitat an die normativen Erwartungen an, die mit einer interkulturellen Öffnung verbunden sind und deren Analyse bereits zuvor beschrieben wurde. In Abgrenzung von einer hypothetisch reinen Orientierung an Mitglieder der „deutsch[en]“ Mehrheitsgesellschaft stellt er nämlich heraus, dass eine solche Organisationsgestaltung nicht nur wirtschaftlich „nicht mehr“ gelingen würde, sondern er erhebt zugleich den normativen Anspruch, dass sie auch „nicht mehr funktionieren“ „SOLLTE“. In dieser Aussage verknüpfen sich damit *allgemeingültige* normative Erwartungen einer offenen Haltung (auch von Organisationen) gegenüber Menschen mit Migrationshintergrund („die Welt muss offen dafür sein“) mit der ökonomischen Anforderung an eine Altenpflegeeinrichtung, ihr organisationales Handeln danach auszurichten, sodass sie „überlebt“.

Dass beide Aspekte auch in einem direkten Zusammenhang zueinander stehen, führt derselbe Befragte an einer späteren Stelle aus, wenn er sagt: „dass eine Einrichtung, die diesen Gedanken nicht hat, nicht langfristig auf dem Markt existieren kann, weil sowas, das spricht sich ja auch rund, und wenn wir jetzt hier ein kulturell feindliches Fremdenbild hätten, dann würde das nicht funktionieren langfristig“ (ebd.). Die gesellschaftliche normative Erwartung Menschen unterschiedlicher ethnisch-kultureller Hintergründe anzuerkennen, d. h. ihnen nicht „feindlich[]“ zu begegnen, stellt eine Bedingung dafür dar, ob Organisationen gesellschaftliche Legitimität erfahren und damit auch sozial angenommen werden. Daraus lässt sich schließen, dass eine interkulturelle Öffnung zudem ein Reputationsmoment dafür darstellt, ob eine Einrichtung „langfristig auf dem Markt existieren kann“, und zwar auch deshalb, weil eine solche Ausrichtung nach Auffassung des Pflegedienstleiters typischerweise an die breite Öffentlichkeit zu gelangen scheint („sowas, das spricht sich ja auch rund“). Demnach ist es nicht verwunderlich, dass Leitungskräfte eine interkulturelle Öffnung ihres Heims auch „als Aushängeschild nutzen wollen“ (LK11).

Über den Wettbewerbsgesichtspunkt hinaus erschließt sich die Kategorie einer *Vermarktlichung des Altenpflegefeldes* auch aus Wirtschaftlichkeitsüberlegungen im Sinne von Kosten-Nutzen-Kalkülen, die durch die Interviewten geäußert werden. Während für den Einrichtungsleiter von *Einrichtung 2* andere Beweggründe zwar vorrangig sind, kann eine interkulturelle

Öffnung „mittel- oder langfristig“ für ihn auch „eine ökonomische Entscheidung sein“, wenn beispielsweise „die Belegung nicht mehr stimmen würde“. Denn er geht davon aus, dass ein im Altenpflegefeld bekannter Vorreiter einer interkulturellen Öffnung im stationären Sektor aufgrund seiner spezifischen Bewohnerstruktur „einen anderen Pflegesatz“<sup>381</sup> verhandeln“ (LK21) kann. Dass finanzielle Überlegungen insbesondere auch über das Ausmaß bzw. die Ausrichtung einer interkulturellen Öffnung entscheiden, offenbart sich zumeist in der Thematisierung von Einrichtungen, die sich ganz oder innerhalb einzelner Wohnbereiche auf eine bestimmte Gruppe pflegebedürftiger Migranten spezialisiert haben. Die Befragten stellen sich in dieser Hinsicht, sowohl mit Blick auf die eigene als auch auf andere Einrichtungen die Frage, ob sie selbst oder andere Einrichtungsbetreiber ein solches Haus oder eine solche Abteilung „vollkriegen“ (LK21; LK31). Entscheidungen zu einer interkulturellen Öffnung, die sich in Form einer Insellösung zeigt, werden demnach an die Einschätzung darüber geknüpft, ob eine Vollbelegung erreicht werden kann. Dementsprechend hat *Einrichtung 3*, die bereits „mit dem Gedanken gespielt“ hat, „ob sich das rentieren würde“, sich auf die „Zielgruppe“ muslimischer Pflegebedürftiger zu spezialisieren, die Entscheidung noch aufgeschoben. Denn man scheint sich nicht sicher darüber zu sein, ob eine solche Ausrichtung „jetzt schon rentabel wäre“. Gegenwärtig geht die Leitungskraft „eher“ davon aus, dass das „was“ für die Zukunft wäre – „in die Tendenz vielleicht 10, 15, 20 Jahre, in die Richtung“ (LK32).<sup>382</sup>

Auch die Zukunft interkultureller Öffnungsbemühungen scheint von ökonomischen Logiken abhängig zu sein, wenn man der Schlussfolgerung des bereits zuvor zitierten Pflegedienstleiters glaubt. Aus seiner Sicht wird ein „Trend des Positiven“ dann eintreten, wenn eine interkulturelle Öffnung Pflegeanbietern durch die politischen Verantwortlichen „neugierig gemacht wird, auch vergütungsmäßig“ und Heimleitungen „das Ganze“ als „Marketing von Einrichtungen“ (LK12) begreifen werden. Zusammenfassend erscheint mit der *Vermarktlichung des Altenpflegefeldes* eine weitere soziale Triebkraft interkultureller Öffnungsszenarien identifiziert worden zu sein, wenn man festhält, dass Einrichtungen sich sowohl in Orientierung an anderen Mitbewerbern als auch infolge von Reputations- und Rentabilitätsüberlegungen für eine solche Spezialisierung entscheiden oder ihre Ausgestaltung davon abhängig machen. Weitere Handlungslogiken, die offenbar für die Orientierung an interkulturellen Konzepten relevant sind, drücken sich in *professionellen Erwartungen* nach einer *guten* oder *richtigen Pflege* aus. Die Interviewteilnehmer vertreten klare Vorstellungen davon, wie adäquate Betreuungs- und Pflegeleistungen ausgestaltet sein müssen oder welche Handlungsziele mit einer angemessenen Versorgung erreicht werden sollen. Es ist zu vermuten, dass es sich dabei um zentrale geteilte Normen der Akteure auf dem Altenpflegefeld handelt, die mit Wünschen ihrer Klienten korrespondieren. Bevor auf die Verbindung dieser pflegespezifischen Erwar-

<sup>381</sup> Pflegesätze stellen jenen Teil von Heimentgelten dar, die von den Nutzern und Kostenträgern für pflegespezifische Leistungen, soziale Betreuung und u. U. medizinische Behandlungspflege zu entrichten sind (§ 84 Abs. 1 SGB XI). Ihre Höhe wird in Pflegesatzverhandlungen zwischen Kostenträgern und Leistungsanbietern für einen festgesetzten Zeitraum vereinbart (§ 85 SGB XI).

<sup>382</sup> Dass sich die *Vermarktlichung des Altenpflegefeldes* bei der privaten Einrichtung auch in der Prämisse einer ‚wirtschaftlichen Freiheit‘ ausdrückt, zeigt bspw. die Antwort der Einrichtungsleiterin auf die Frage, ob deutsche Altenheime eine Verantwortung haben, „die Pflege von älteren Migranten zu übernehmen“: Aus ihrer Sicht „muss [das] jedem selbst überlassen sein“ (LK31).

tungen mit interkulturellen Öffnungsprozessen eingegangen wird, sollen wesentliche Elemente, die sich hinter der Kategorie einer *guten bzw. richtigen Pflege* verbergen, erläutert werden. Ein – vielleicht banal klingendes – Kernanliegen von Leitungs- und Pflegekräften ist es, dafür Sorge zu tragen, dass es den Bewohnern in ihren Einrichtungen gut geht:

„Ich bin dazu da, den Menschen in seinen Bedürfnissen, wenn er nach hier kommt, soweit zu unterstützen, dass er sich wohlfühlt, und das Wohlbefinden auf jeden Fall erhalten bleibt. Und wenn das nicht der gesellschaftliche Auftrag von einer Pflegeeinrichtung sind/ ist, dann sind wir irgendwie ein bisschen falsch hier, das ist jetzt meine persönliche Meinung, ja?“ (LK12)

Der Pflegedienstleiter aus *Einrichtung 1* sieht also genau darin, den (normativ) ‚richtigen‘ (sonst wären sie ‚falsch‘ hier) ‚gesellschaftliche[n] Auftrag‘ eines Pflegeheims: Es hat die Aufgabe (hier in Person des PDLs: ‚Ich bin dazu da‘), stationär versorgten Pflegebedürftigen zu ‚Wohlgefühl‘ und ‚Wohlbefinden‘ zu verhelfen. Dass damit eine weitgehend geteilte Auffassung benannt wurde, wird in ganz ähnlich klingenden Aussagen anderer Befragter deutlich, wie z. B. in dieser: ‚Und das geht ja eigentlich immer um das Wohlfühlen, Geborgenheit auch in so einem Heim‘ (LK31). Auch für diese Leitungskraft dreht sich das Organisationshandeln einer Pflegeeinrichtung ‚immer‘ auch darum, dass sich die Bewohner wohl und behütet fühlen.

Dieses wesentliche Ziel bzw. diesen ‚Auftrag‘ versuchen Leitungs- und Pflegekräfte mittels (fach-)spezifischer ‚Methoden‘ zu erreichen. Dazu zählt einerseits eine bewusste Gestaltung der sozialen Interaktion zwischen den Dienstleistungsanbietern und den Klienten, um eine Verbindung mit dem Bewohner zu schaffen und sein ‚Vertrauen‘ zu gewinnen (z. B. LK33). Andererseits wird eine Aktivierung der Pflegebedürftigen verfolgt, die eine Pflegefachkraft damit begründet, ‚wenn ich den ganze Arbeit abnehme von den Mensch, ne, ich tue für sie nur Schlechtes. Ich muss die Menschen motivieren. Die müssen ja selbstständig bleiben. Das ist auch sehr wichtig, besonders bei Demenzpatienten, ne‘ (PuB12). Eine gute Pflege wird also nicht verstanden als eine ausschließlich durch das Pflegepersonal erbrachte Dienstleistung an der Person des Pflegebedürftigen. Sondern sie enthält ebenso eine Förderung des Klienten zur Eigenständigkeit, was von der Befragten ‚besonders‘ im Hinblick auf Demenzerkrankte als ‚sehr wichtig‘ beschrieben wird. Neben der Motivation der Pflegebedürftigen Verrichtungen des täglichen Lebens, wenn möglich, weitgehend selbstständig auszuführen, wie es die Befragte in einem anschließenden Beispiel ausführt, spiegelt sich eine aktivierende Pflege auch in diversen sozialen (Freizeit-)Aktivitäten im Einrichtungsalltag wider, zu denen die Bewohner ermuntert werden (LK33).

Neben diesen Methoden von Beziehungs- und Aktivierungsarbeit soll das Wohlbehagen der Klientel auch dadurch erreicht werden, dass Leitungs- und Pflegekräfte eine individuumorientierte Versorgung sicherstellen. Alle Befragten stimmen darin überein, dass in ihrer eigenen Arbeit bzw. in ihrem Haus zumindest ‚versucht‘ (LK33) wird, eine individuelle Betreuung und Pflege zu gewährleisten. Dass diese pflegerische Ausrichtung gegenwärtig einen hohen Stellenwert unter den professionellen Erwartungen einnimmt, wird über ihre vielen Wiederholungen auch innerhalb eines Interviews offenbart. Gleichzeitig weisen Aussagen, wie ‚man pflegt grundsätzlich [...] individuell‘ (PuB11), auf eine geteilte Einschätzung dieses Anspruchs hin. Die Begründung ist darin zu sehen, dass ‚Bedürfnisse [...] immer unterschied-

lich, immer persönlich [sind]“ (PuB21). In welcher Form die Individuumsorientierung zu-  
meist praktiziert wird, zeigt folgendes Zitat exemplarisch auf:

„Also das/ da stellen wir uns auch sowieso ganz individuell auf den Bewohner ein. Also so oder so, wir haben so ein Biographiebogen, der ist elf Seiten, das geben wir den Angehörigen immer mit, dass sie das ausfüllen, das sind dann die ganzen Vorlieben, was ein Bewohner hat, wo drauf man besonders achtet, was er nicht mag.“ (LK32)

Zunächst scheint es der Befragten wichtig zu sein, zu unterstreichen, dass in ihrer Einrichtung, in jedem ‚Fall‘ („sowieso“, „so oder so“) eine individuelle Betreuung erfolgt. Ein (Hilfs-)Mittel, diese Orientierung zu realisieren, stellt ein „Biographiebogen“ dar. Dieses elfseitige Dokument, das den „Angehörigen“ stets ausgehändigt wird, umfasst Fragen zu den „ganzen Vorlieben“ eines Bewohners, seinen Wünsche und Abneigungen. Die Antworten, so scheint es, sollen für das Personal in der Pflege und Betreuung der Bewohner richtungsweisend sein („wo drauf man besonders achtet“). Dass auch die Arbeit mittels eines solchen biographieorientierten Fragebogens als ‚Standard‘ gilt, kommt beispielsweise in Passagen zum Ausdruck, die eine „Biographiearbeit“ als „A und O“ (LK33) bezeichnen oder verallgemeinernd betonen, „man arbeitet ja nach der Biographie. Das ist ja ein ganz großer Bestandteil in der Altenpflege“ (LK31).

Diese Merkmale einer *guten* oder *richtigen Pflege*, die auf Vertrauen, Aktivierung sowie Individuums- und Biographiebezug fokussieren und das pflegerische Handeln der Dienstleistungsanbieter auf dem Altenpflegefeld leiten, entfalten auch als Triebkräfte einer interkulturellen Öffnung ihre Wirkung. Wie es schon auf die normativen Erwartungen auf gesellschaftlicher Ebene zutraf, werden auch die *professionellen Erwartungen* meist nur andeutungsweise kenntlich. Mit den prägnantesten Beispielen soll jedoch auch ihre Relevanz nachgezeichnet werden. Dass es prinzipiell darum geht, durch interkulturelle Konzepte das Wohlbefinden von Senioren mit Migrationshintergrund zu fördern, schwingt in folgender Antwort einer Pflegekraft mit. Sie gibt diese, nachdem sie mit dem Kritikpunkt konfrontiert worden ist, dass eine interkulturelle Öffnung eine bevorzugende Behandlung von älteren, pflegebedürftigen Migranten darstellen würde:<sup>383</sup> „Es ist auch eine Sonderbehandlung, aber in, ne, ne positive Sinne. Man geht ja auf den einen ein und versucht ihn mal zufriedenzustellen“ (PuB11). Die Erwartung, welche die Pflegekraft mit einer interkulturellen Öffnung verbindet, ist es, die Zufriedenheit von einem Klienten (mit Migrationshintergrund) zu schaffen bzw. seine Wünsche zu erfüllen („zufriedenzustellen“), indem seinen Bedürfnissen Gehör oder Beachtung geschenkt wird („Man geht ja auf den einen ein“). Daraus ergebe sich eine Vorzugsbehandlung, die allerdings positiv bewertet wird. Dass die Befragte davon spricht, dass „versucht“ wird, den Klienten „mal“ zufriedenzustellen, könnte ein Hinweis dafür sein, dass im Falle einer fehlenden interkulturellen Öffnung dies nicht üblich ist.

Für ihre Chefin lagen die „ersten Beweggründe“ einer interkulturellen Öffnung in den Erfahrungen, welche die Einrichtung mit einer „russische[n] Mitbewohnerin“ gemacht hat. Da für die Bewohnerin „keine Beziehung“ und „keine Nähe zu irgendjemand“ bestanden hat, war eine Situation gegeben, die „alle Beteiligten“ als „sehr unbefriedigend“ empfanden (LK11).

<sup>383</sup> Zur Thematisierung von kultursensiblen oder interkulturellen Pflegeangeboten als bevorzugende Behandlung von älteren Migranten vgl. z. B. Matthäi (2005: 231).

Aus Sicht der Einrichtungsleiterin ergab sich daher aus einem Mangel an einer vertrauensvollen Verbindung zwischen Klientin und Professionellen die Herausforderung nach neuen Ansätzen. Das heißt, indem der professionelle Anspruch der Beziehungsarbeit mit bewährten Mitteln bei einer Bewohnerin mit Migrationshintergrund nicht erfolgreich war, bestand der Bedarf nach alternativen Strategien zu greifen. In ihrer Realisierung, deren genaue Beschreibung später Thema ist, spielen schließlich auch Aktivierungsanforderungen eine Rolle. Während dies in der Äußerung einer Pflegekraft erst nur anklingt, mit der interkulturellen Öffnung „den Bewohner[n] andere Aspekte dann halt zu geben“ (PuB11), wird es in der Bewertung, die ihre Kollegin von der interkulturellen Öffnung der eigenen Einrichtung vornimmt, deutlicher. Für sie steht außer Frage, dass man im Zuge der interkulturellen Öffnungsbemühungen immer „[n]och mehr machen“ könnte. Denn „die Menschen sitzen den ganzen Tag da, ganz allein, das finde ich schade. Ne, ich sage immer, die müssen ja mehr unternehmen, feiern und machen und tun. Weil, gibt ja Menschen, die sind noch fit, ne. Und dann, die wollen ja einiges machen“ (PuB12). Der Grund, warum aus Sicht der Befragten noch weitere Anstrengungen unternommen werden könnten, liegt also darin, dass die Bewohner die meiste Zeit inaktiv sind („[da]sitzen“), was sie als bedauerlich empfindet. Sie vertritt daher die Meinung, dass Bewohner stärker tätig oder beschäftigt sein sollten („mehr unternehmen, feiern und machen und tun“) und die Fittin unter ihnen, das auch „wollen“.

Damit schwingt neben dem Anspruch einer aktivierenden Betreuung und Pflege zugleich die Ausrichtung an individuellen Wünschen und Bedürfnissen als Treiber interkultureller Öffnungsprozesse mit. Im Vergleich zu den zuvor genannten Aspekten einer *guten* bzw. *richtigen Pflege* sticht dieser Beweggrund besonders hervor. Einerseits deutet er sich in Beispielen unterschiedlicher Praktiken einer ‚kultursensiblen Pflege‘ an, wenn Interviewteilnehmer äußern, dass es möglich ist, „jedem gerecht zu werden in irgendeiner Form“ (LK11) oder dass es geboten sei, spezifische Wünsche zu respektieren: „Es stört mich ja nicht, aber gibt Menschen, ne, die mögen es nicht. Dann muss man das akzeptieren. Wenn ich eine Mensch nicht akzeptiere, wie kann ich von den anderen Mensch erwarten, dass er mich akzeptiert. Geht nicht, ne“ (PuB12). Während es für die Altenpflegerin selbst, was vorausgehende Passagen deutlich machen, nicht grundsätzlich unangenehm ist von einem männlichen Pfleger oder Gynäkologen versorgt oder untersucht zu werden, erkennt sie an, dass anderen Personen eine nicht-gleichgeschlechtliche pflegerische oder medizinische Behandlung nicht zusagt. Eine solche individuelle Neigung gelte es nach Ansicht der Befragten „[d]ann“ zu „akzeptieren“. Denn für sie erscheint es regelhaft zu sein, dass erst die Akzeptanz eines Gegenübers es möglich macht, Akzeptanz für sich selbst zu beanspruchen. Neben diesen Andeutungen, dass professionelle Erwartungen an eine individuumsorientierte Pflege auch Antreiber einer interkulturellen Öffnung sind, lässt sich diese Interpretation andererseits vor allem in Bezug auf Biographiearbeit eindeutiger nachvollziehen. So erläutert eine stellvertretende PDL beispielsweise, dass eine Biographieorientierung „immer wichtig“ ist. Indem man Kenntnis davon hat, was ein Bewohner „früher gemacht hat, was er früher geliebt hat, wo/ welche Themen ihn beschäftigt haben“, ist es möglich „manchen Bewohner noch [zu] erreiche[n]“. Sie schließt die Aussage dazu mit ihrer Auffassung, „dass es wichtig ist, dass ich das auch eben bei den Emigranten

alles weiß“. Und auf die unabgeschlossene Nachfrage, „also wenn man biographieorientiert pflegt, dann sind/ ist so ein Prozess, wie die interkulturelle Öffnung/“, antwortet sie: „Das gehört für mich dann auch mit dazu“ (LK22). Die Befragte stellt demnach, wenn auch auf Nachfrage, einen direkten Zusammenhang zwischen einer Biographiearbeit und einer interkulturellen Öffnung her und zwar in dem Sinne, dass eine interkulturelle Öffnung ein Bestandteil einer biographieorientierten Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund zu sein scheint. Dem folgt auch der Einrichtungsleiter, wenn er im Hinblick auf die Versorgung älterer Migranten den „Anspruch“ erhebt „Biographie auch zu leben“: „Das kann ich n/ nur, wenn ich mich auch vorbereite“. Dass er mit dieser Vorbereitung die interkulturellen Öffnungsprozesse seiner Einrichtung meint, wird kurz später deutlich, wenn er sie als „eine Individuum- und biographiebezogene Arbeit“ (LK21) beschreibt.

Dass sich in einer interkulturellen Öffnung professionelle und gesellschaftliche normative Erwartungen nicht selten auch verbinden, zeigt sich schließlich exemplarisch noch in diesem Zitat:

„[I]ch kann ja nicht einfach was überstülpen, was wir seit Jahrzehnten vielleicht für gut befinden, aber in diesem Kulturkreis gar nicht bekannt ist. Ich kann ja nicht einfach das, was bei uns richtig ist, über diesen Menschen stülpen. Und der damit überhaupt nicht umgehen kann. Deshalb finde ich, ist es schon wichtig, dass ich die Kultur dieses Menschen kennenlernen, um ihn dann auch in seinem Sinne zu pflegen. Da denke ich schon, dass das ganz wichtig ist.“ (LK22)

Mit Blick auf die spezifische Zielgruppe dieser Einrichtung stellt die Befragte fest, dass hierzulande vorherrschende, konventionelle und als adäquat erachtete Praktiken, die in deren „Kulturkreis“ nicht gängig sind, aus ihrer Perspektive nicht „einfach“ auf die Versorgung dieser „Menschen“ angewandt werden können. Denn es besteht die Möglichkeit, dass ein Angehöriger dieser Gruppe mit diesen Praktiken nicht zurechtkommt. Daraus folgert sie die Relevanz, sich kulturspezifisches Wissen anzueignen – was als häufiger Bestandteil einer interkulturellen Öffnung gelten kann –, um den Pflegebedürftigen „in seinem Sinne“, d. h. orientiert an seinen individuellen Bedürfnissen und Bedarfslagen, „zu pflegen“. Eine Orientierung, die für die Befragte große Bedeutung hat („ganz wichtig“). In diesem Zitat schwingt dann auch jene Erwartung mit, die zuvor als Anerkennungskultur beschrieben wurde, d. h. der Anspruch, von den eigenen Konventionen verschiedene kulturspezifische Verhaltensweisen oder -erwartungen zu akzeptieren und zu berücksichtigen.

Eine letzte Bedingung, die auf der Meso-Ebene dieser Untersuchung zu verorten ist, fokussiert auf die Träger von stationären Altenpflegeeinrichtungen. Während für die Einrichtungsleiterin des privat getragenen Pflegeanbieters, wie bereits kurz angedeutet wurde, Entscheidungen etwa der Versorgung von pflegebedürftigen Migranten einem Unternehmen „selbst überlassen sein [müssen]“ (LK31), geben die Interviews mit den Einrichtungsleitungen der freigemeinnützigen Häuser einen Hinweis darauf, dass ihre interkulturellen Öffnungsbemühungen auch in Zusammenhang mit der Ausrichtung ihrer Träger stehen. Das bedeutet, dass *normative Erwartungen der Wohlfahrtsverbände* Organisationen der stationären Altenpflege mit dazu veranlassen, sich interkulturell zu öffnen. Die Verbände geben den ihnen zugehörigen Einrichtungen mittels spezifischer Leitideen Handlungsorientierung, welche eine interkul-

turelle Öffnung als angemessene Praxis begreifen, auch wenn sie diese nicht „explizit“ (LK11) einfordern. Dies zeigt sich etwa in folgender Aussage:

„Ich hatte ganz viele Bewerbungen, die mir dann immer sagten: ‚Ja, ich werde gar nicht erst vorgeladen‘, ne? ‚Warum nicht?‘ ‚Ja, weil ich ein Kopftuch tragen‘, ne? Und dann/ das finde ich einfach/ also das war nicht so unser Ding, und dann haben wir einfach mal überlegt, WOHLFAHRTSVERBAND 1 passt auch nicht, wir müssen uns auch öffnen, und was soll der Mensch anders haben als, als wir letztendlich, ne?“ (LK11)

In den Bewerbungsverfahren von *Einrichtung 1* stellte sich heraus, dass viele Frauen die Erfahrung gemacht haben, in anderen Häusern nicht zu Bewerbungsgesprächen eingeladen worden zu sein. Die Bewerberinnen führen das darauf zurück, dass sie „Kopftuch tragen“. Diese Praxis beschreibt die Befragte für ihre eigene Einrichtung als unpassend („das war nicht so unser Ding“), was sie zu weitergehenden Überlegungen anregte. Dabei nimmt sie direkt Bezug auf ihren Träger, wobei es den Anschein hat, als ob sie die Vereinbarkeit ihrer eigenen Überlegungen etwa mit den Leitideen des Wohlfahrtsverbandes überprüft. Sie kommt zu dem Schluss, dass das Verhalten anderer Einrichtungen, verschleierte Bewerberinnen nicht zu Vorstellungsgesprächen zuzulassen, auch nicht mit etwas vereinbar ist, dass den Verband aus ihren Augen charakterisiert („WOHLFAHRTSVERBAND 1 passt auch nicht“). Darüber hinaus ergibt sich aus dieser ‚Vereinbarkeitsprüfung‘ vielmehr die Feststellung, sich (interkulturell) öffnen zu „müssen“. Die nachgeschobene rhetorische Frage könnte schließlich ein Hinweis darauf sein, was ein Leitgedanke des Verbandes sein könnte, nämlich das Gemeinsame zwischen Menschen herauszustellen und gleichzeitig Verschiedenartigkeit anzuerkennen. Dies klang bereits zu einem früheren Zeitpunkt des Interviews an, als die Befragte erläutert, dass ihr Träger dafür steht, „eine gewisse Offenheit“ gegenüber „anderen Menschen, egal welcher Couleur“ (LK11) zu besitzen.

Ebenso deutet sich in *Einrichtung 2* ein normativer Einfluss des konfessionellen Trägers auf die interkulturelle Öffnung an. Auf die direkte Frage, ob der Wohlfahrtsverband an den ersten Schritten der interkulturellen Öffnung beteiligt war, antwortet der Befragte noch: „Die haben das sehr wohlwollend be/ zur Kenntnis genommen und begleitet, da/ wenn ich davon erzählt habe, aber wir hier vor Ort, wir haben die Arbeit gemacht“ (LK21). Während diese Aussage vermittelt, dass der Träger zwar informiert und interessiert den Prozess verfolgt hat, aber nicht aktiv in dessen Gestaltung involviert war, kommt an späterer Stelle aber sehr wohl ein normativer Rückbezug zum Träger zu Sprache, wenn der Einrichtungsleiter unterstreicht: „[A]lso so die Grundeinstellung, von Christen ist eben: Wir nehmen jeden Menschen so an, wie er ist, egal mit welcher Religion auch und mit welcher Ethnie und mit welchen geschlechtsmäßigen Vorlieben, (.) das alles, das ist so das Fundament, auf dem wir arbeiten. (.) Das ist so.“ Demnach scheint in der christlichen Ausrichtung, auf die der Träger fußt, und die eine Anerkennung und Gleichbehandlung aller Menschen unterschiedlicher ethnischer Herkunft, religiöser und sexueller Orientierung vertritt, eine förderliche Bedingung interkultureller Öffnungsprozesse zu liegen. Denn diese Grundeinstellung, die der Befragte anspricht, sei die Basis ihres organisatorischen Handelns.

Zwar lässt sich der Einfluss normativer Leitlinien der Wohlfahrtsverbände weit weniger häufig im Interviewmaterial finden, als es für die bereits zuvor beschriebenen und die noch folgenden Beweggründe einer interkulturellen Öffnung gilt. Die Aussagekraft dieser einzel-

ten Nachweise gewinnt jedoch an Stärke, wenn man sie mit weiteren Passagen vergleicht, in denen die Befragten Bezug zu ihren Trägern herstellen. Dass sich das organisatorische Selbstbild von *Einrichtung 2* – zumindest in gewissen Teilen – an dem eigenen Träger orientiert, wird in Aussagen ersichtlich, in denen der Einrichtungsleiter von ‚uns‘ als der Wohlfahrtsverband spricht: „[A]ls WOHLFAHRTSVERBAND 5 zum Beispiel haben wir nicht so die Affinität (.) zu Menschen DER RELIGIONSANGEHÖRIGKEIT 5“ (LK21). Aus einer solchen offenen Identifikation mit Neigungen des Trägers lässt sich schließen, dass eine normative Orientierung an dem eigenen Wohlfahrtsverband auch in anderen Bereichen – wie z. B. der interkulturellen Öffnung – jedenfalls nicht unwahrscheinlich ist. Die Führungskräfte von *Einrichtung 1* setzen ihre Antworten zudem wiederholt in Verbindung mit Veranstaltungen und Projekten ihres Wohlfahrtsverbandes, die sich beispielsweise gegen Fremdenfeindlichkeit oder für die Unterstützung von berufstätigen Migrant\*innen einsetzen. Für die Einrichtungsleiterin, die schon lange mit dem Gedanken einer interkulturellen Öffnung gespielt hatte, gab ein solches Ereignis im Haus dann auch den letzten Motivationsschub, das eigene Projekt „anzustoßen“ (LK11). Daneben betont der Pflegedienstleiter im Hinblick auf eine solche Initiative, dass „da [...] DER WOHLFAHRTSVERBAND 1 schon weit [ist]“ und setzt ihn im Folgenden auch von anderen Trägerverbänden ab, die „noch weniger“ verstanden hätten, dass man etwa im Hinblick auf die Integration ausländischer Arbeitnehmer als Leiter oder Träger selbst aktiv werden müsste (LK12). Andersgelagerte Projekte des eigenen Wohlfahrtsverbandes halten demnach für die Akteure normative Muster bereit, an denen sie sich in ihrem eigenen Handeln orientieren,<sup>384</sup> was wie bereits ausgeführt ebenso für die interkulturelle Öffnung der Organisation zuzutreffen scheint.

Nach den auf gesellschaftlicher Ebene identifizierten Bedingungen einer interkulturellen Öffnung stationärer Altenpflegeeinrichtungen konnten in diesem Kapitel Voraussetzungen hierfür beschrieben werden, die sich der Ebene des Altenpflegefeldes zurechnen lassen. Zunächst ist dabei eine Erfahrung und Annahme zu nennen, die als *Heterogenisierung der Altenpflegeakteure* konzeptionalisiert worden ist. Den Aussagen der Studienteilnehmer ist zu entnehmen, dass das deutsche Altenpflegefeld bis heute eine zunehmende Differenzierung zweier zentraler Akteursgruppen erlebt hat. Sowohl die (potenzielle) Klientel als auch das Pflegepersonal werden hinsichtlich ihrer ethnisch-kulturellen Zusammensetzung als plural erfahren und die Erwartung geteilt, dass beide Gruppen in Zukunft noch „bunter“ in Erscheinung treten werden. Die Heterogenisierung auf Seiten des Pflegepersonals wird durch eine weitere Kategorie unterstrichen, die als *veränderter Arbeitsmarkt* gefasst werden konnte. Der bestehende Pflegekräftemangel, der als erstes Merkmal Veränderungen der Arbeitsmarktstruktur für Akteure des Altenpflegefeldes beschreibt und durch regulative Vorgaben spezifischer Fachkraftquoten in den Einrichtungen zusätzlich brisant ist, hat zur Folge, dass – als zweites Kennzeichen – vermehrt ausländische Arbeitnehmer in der Altenpflege tätig sind. Unterstützt wird diese Entwicklung neben Formen der individuellen Einwanderung ausländischer Pflegekräfte durch

<sup>384</sup> Gleichzeitig grenzen sie sich durch solche Vergleichshandlungen von anderen Trägern ab, was auch als Mittel interpretiert werden kann, die eigene Identität als zugehörige Organisation zu einem bestimmten Verband zu stärken.

(verbands-)politische und organisationseigene Projekte, welche die Anwerbung von Pflegefachkräften aus dem Ausland forcieren. Diese feldspezifischen Vorgänge werden begleitet durch eine *Vermarktlichung des Altenpflegefeldes*, die sich in ökonomischen Handlungslogiken der Pflegeanbieter widerspiegeln. Stationäre Altenpflegeeinrichtungen begreifen sich selbst als Wettbewerber um Klienten und Mitarbeiter, wobei nicht nur Altenheime, sondern auch andere Akteure eines als internationalisiert zu begreifenden Altenpflegefeldes wie ausländische ‚Rund-um-die-Uhr-Dienstleister‘ als Konkurrenten erachtet werden. Daneben fühlen sie sich zugunsten einer rationellen Betriebsführung in unterschiedlichem Ausmaß verpflichtet, ihr organisatorisches Handeln an Reputations- und Rentabilitätskriterien zu orientieren.

Schließlich werden an Einrichtungen der Altenpflege *Erwartungen* gestellt, die ihren Ausdruck in professionellen Vorstellungen einer *guten bzw. richtigen Pflege* finden oder als normative Leitideen der *freigemeinnützigen Trägerschaft* Wirkung zeigen. Eine gute bzw. richtige Pflege wird dabei als eine vertrauensbasierte, aktivierende sowie individuelle, biographieorientierte Betreuung und Versorgung der Bewohner verstanden, mit dem Ziel deren Wohlbefinden zu fördern und zu erhalten. Diese professionsbezogene Norm eines guten oder richtigen Pflegens trifft in den freigemeinnützigen Organisationen mit normativen Leitbildern der Trägergesellschaften zusammen, die etwa zur Anerkennung von Unterschiedlichkeit oder einer christlich motivierten Gleichbehandlung von Menschen verschiedener Hintergründe und Orientierungen aufrufen. Wie die Analyse der Interviewmaterialien zeigen konnte, gibt es Anzeichen dafür, dass an solchen normativen Erwartungen des zugehörigen Wohlfahrtsverbandes das eigene organisationale Handeln gemessen und wenn nötig neu strukturiert wird. In allen hier zusammengefassten Merkmalen der analytischen Meso-Ebene dieser Studie konnten förderliche Bedingungen einer interkulturellen Öffnung von stationären Altenpflegeeinrichtungen ermittelt werden. Während auf gesellschaftlicher Ebene grundsätzliche Vorbedingungen organisationalen Handelns auszumachen sind, die sehr wahrscheinlich auch für andere Praxisfelder wirkmächtig sind, wird auf dem Altenpflegefeld ein Teil dieser Voraussetzungen für die feldspezifischen Akteure gewissermaßen ‚konkretisiert‘. Demnach tritt die plurale Gesamtbevölkerung für Pflegeanbieter etwa auch als eine heterogene Klientel und Belegschaft in Erscheinung und werden normative gesellschaftliche Erwartungen auch über Leitideen des Trägers erfahrbar. Wie die Aussagen der Befragten jedoch veranschaulichen, behalten die gesellschaftlichen als auch die feldspezifischen Beweggründe trotz ihrer gegenseitigen Durchdringung eine eigenständige Funktionalität. Darüber hinaus konnten markante Eigenschaften des Altenpflegefeldes, wie ein verändertes Arbeitsangebot von Arbeitnehmern oder professionelle Vorstellungen einer adäquaten Pflege, identifiziert werden, die als spezifische Beweggründe genau dieses sozialen Feldes Wirkung entfalten. Neben diesen sozialen Triebkräften einer interkulturellen Öffnung, die das Altenpflegefeld hervorbringt, gilt es zuletzt noch jene Bedingungen nachzuzeichnen, welche der mikrosozialen Ebene der Organisationen zugeschrieben werden können.

### 4.2.3 Organisationale Ebene

In der Analyse der Gründe, die Einrichtungen der stationären Altenpflege dazu bewegen sich interkulturell zu öffnen, geht es abschließend also um die Frage, ob sich auch im alltäglichen organisationalen Handeln, in den Organisationsstrukturen oder den Mitgliedern der Einrichtungen Erklärungen hierfür finden lassen. Neben speziellen organisationseigenen Bedingungen, die in jedem Haus zur Entscheidung einer interkulturellen Öffnung mit beigetragen haben, geht es hinsichtlich mikrosozialer Voraussetzungen wie in den vorherigen Kapiteln auch darum, die für diese Fallstudie verallgemeinerbaren Erklärungsmuster herauszukristallisieren. Auf Grundlage dieser Leitfrage konnte eine erste Bedingung in einer *ethnisch-kulturellen Vielfalt* identifiziert werden, die innerhalb der Häuser zu verzeichnen ist. Erste Anhaltspunkte für diese Kategorie lassen sich etwa in folgenden beiden Antworten finden. Im ersten Fall ging die Frage voraus, ob der interkulturelle Öffnungsprozess im Unternehmen Gesprächsthema im Einrichtungsalltag ist. Die zweite Aussage schloss an die Frage an, inwieweit Diskussionen über interkulturelle Öffnungskonzepte, die in Wissenschaft und Praxis geführt werden, Beachtung bei den eigenen Bemühungen erhalten.

„//Das ist definitiv// Thema, also ich meine, wenn Sie/ Sie müssten jetzt nur mal auf Station kommen, da sehen Sie Personen verschiedener Hautfarben, Herkunft, also das ist eigentlich schon offensiv, dass, dass wirklich/ oder offensichtlich, dass wir viele eben mit einem Migrationshintergrund haben, ist definitiv ein Thema, klar.“ (LK32)

„Das ist bei uns Alltag. Es sind immer verschiedene Nationalitäten bei uns. Wenn ich meine ganzen Bilder raushole, dann sehen Sie das von Anfang an, mit Kopftuch, ohne Kopftuch, schwarz, braun.“ (LK31)

Mit Nachdruck („definitiv“) weist die zuerst zitierte Leitungskraft darauf hin, dass die eigene interkulturelle Öffnung ein Gegenstand innerhalb der Organisation ist, über den vermutlich unter den Einrichtungsangehörigen gesprochen wird. Die Erklärung, die sie dafür anführt, liegt in den Personen begründet, die in den zentralen Einrichtungsräumlichkeiten („auf Station“) anzutreffen sind. Sie zeichnen sich durch unterschiedliches Aussehen und verschiedene Hintergründe aus, die möglicherweise auf die nationale Abstammung der Angesprochenen verweisen sollen, und repräsentieren damit die Mitglieder des Unternehmens, zu der eine große Anzahl von Menschen mit Migrationshintergrund zu zählen ist. Die ‚Offensichtlichkeit‘ einer ethnisch-kulturellen Vielfalt innerhalb der Organisation, die damit zum Ausdruck kommt, wird durch die implizite Aufforderung unterstrichen, die Station selbst zu besuchen und die dort Anwesenden zu sehen. Indem die Befragte außerdem davon spricht, dass „wir viele eben mit einem Migrationshintergrund *haben*“, entsteht der Eindruck, dass es sich dabei in gewissem Maße um eine Auszeichnung des Unternehmens handelt. Die plurale Zusammensetzung der Organisationsangehörigen scheint eine *Eigenschaft* darzustellen, die ganz offen (vielleicht sogar „offensiv“) kundgetan wird. Auch das zweite angeführte Zitat erweckt diesen Anschein. Für die Einrichtungsleiterin ist etwas, das der (in der vorausgegangenen Frage angesprochene) Wissenschafts- und Praxis-Diskurs über interkulturelle Öffnung ihrer Vorstellung nach beinhaltet, „Alltag“, d. h. ein regelmäßiger Bestandteil des organisationalen Handelns und Seins („bei uns“). Die Begründung hierfür liefert die ständige Anwesenheit von Menschen unterschiedlicher nationaler Herkunft. Dass damit ein wesentliches, eventuell sogar besonderes Merkmal der Organisation beschrieben wird, lässt sowohl die Unternehmensge-

schichte (das war „von Anfang an“ der Fall) als auch die fest gehaltenen Erinnerungen vermuten (und ist auf den „ganzen Bilder[n]“ ersichtlich). Um zu dem Ausgangspunkt der genannten Zitate zurückzukommen, deutet sich schließlich auch in dieser Aussage die Kategorie einer *ethnisch-kulturellen Vielfalt* von Einrichtungsmitgliedern an, wenn auf die Zugehörigkeit von unterschiedlichen nationalen, religiösen oder ethnisch-kulturellen Personengruppen sowie Menschen unterschiedlicher Hautfarbe verwiesen wird.

Während diese Interviewpassagen erst einmal darauf hinweisen, dass die Heterogenität der Akteure auf dem Altenpflegefeld auch auf organisationaler Ebene zu erkennen ist und sich in einer ethnisch-kulturellen Pluralität der Einrichtungsmitglieder offenbart, veranschaulichen andere Materialstücke, dass in dieser Vielfalt zugleich eine Bedingung für interkulturelle Öffnungsprozesse auszumachen ist. In der Schilderung ihrer Entscheidung zu einer interkulturellen Öffnung der eigenen Einrichtung führt eine Befragte beispielsweise an: „[E]s hat mich einfach bewegt. Wir haben ganz viele Kulturen hier im Haus, ob arbeiten oder leben“ (LK11). Die Tatsache, dass sich das Personal und die Bewohnerschaft der Einrichtung über eine große Anzahl von „Kulturen“ beschreiben lässt, d. h. dass es eine Eigenschaft der Organisation ist („wir haben“), (*ethnisch-)*kulturell vielfältig zu sein, berührt die Befragte emotional und veranlasst sie dazu, eine interkulturelle Öffnung in dem von ihr geleiteten Haus zu beschließen. Dies bekräftigt sie, wenn sie anschließend „Menschen, die um uns rum sind, aber andere Kulturen haben“ als Zielgruppe des Öffnungsprozesses umschreibt (ebd.). Dass die Pluralität der Einrichtungsmitglieder auch in der organisationsinternen Kommunikation als Grund für die eigene interkulturelle Öffnung angeführt wurde, stellt eine Pflegekraft heraus:

„Wir haben ja, wir haben ja so gesprochen und dann sie hat gesagt: ‚Wir möchten hier gerne, weil hier leben ja auch so viele polnische oder russische Bewohner und, und, und. Arbeitet auch so viele Menschen, ausländische Menschen, wir möchten hier gerne mit und/ mit anfangen‘.“ (PuB12)

In einem Gespräch zwischen der befragten Pflegekraft und der Einrichtungsleiterin begründet die Vorgesetzte ihren Wunsch die Einrichtung interkulturell zu öffnen, den sie zu diesem Zeitpunkt vermutlich schon mit anderen Leitungskräften abgestimmt hatte („wir möchten“), in zweifacher Hinsicht; einerseits weil „viele polnische und russische“ und möglicherweise noch andere Bewohnergruppen mit einem ausländischen Hintergrund („und, und, und“) in diesem Heim leben; andererseits aufgrund der großen Anzahl von Personen mit ausländischem Hintergrund, die dort beruflich tätig sind.

Neben diesen Aussagen, die sowohl die Klientel als auch das Personal im Blick haben, wenn es um die Begründung interkultureller Öffnungsprozesse geht, liegt der Fokus anderer Befragten maßgeblich auf einer der beiden Gruppen. Die Frage nach dem Stellenwert interkultureller Aspekte in seiner Einrichtung beantwortet dieser Pflegedienstleiter etwa so:

„Das gehört natürlich in die Pflege mit vielen unterschiedlichen Prozessen, die hier auch noch nebenbei laufen, also Kultur ist jetzt, sage ich, nicht das Wichtigste, es geht hier auch um qualitative Pflegeleistung am Menschen selber oder um medizinische Pflegeleistung, die dann verbunden wird, aber einen wichtigen Stellenwert, weil ohne den geht es nicht, dafür haben wir viel zu viele unterschiedliche Kulturen hier arbeiten.“ (LK12)

Die erste Zitateile legt nahe, dass interkulturelle Gesichtspunkte – neben vielen anderen Verfahrensweisen – für den Befragten einen selbstverständlichen Bestandteil in der Pflege bilden. Dabei stellt er jedoch anschließend klar, dass „Kultur“ kein Kriterium von vorrangiger Bedeu-

tung ist. Er erweckt indes den Eindruck, dass für ihn eine „qualitative“, auch „medizinische Pflegeleistung“ diesen primären Stellenwert im organisatorischen Handeln einnimmt,<sup>385</sup> welche jedoch um kulturelle Faktoren ergänzt werden. Dementsprechend haben interkulturelle Aspekte dann auch einen „wichtigen Stellenwert“. Während es bis hierhin den Anschein hat, als ob sich ihre Relevanz in Bezug auf Menschen ergibt, die gepflegt werden, etwa dadurch, dass der Befragte von einer „Pflegeleistung am Menschen selber“ spricht, eröffnet der Abschluss des Zitats, dass der Pflegedienstleiter eine andere Gruppe fokussiert, derentwegen „Kultur“ in der Pflege für ihn bedeutsam ist. Für den Befragten ist Kultur nicht nur ein wichtiger, sondern sogar ein unersetzlicher Bestandteil der Pflege in seiner Einrichtung („ohne den geht es nicht“), weil zahlreiche Personen unterschiedlicher ethnisch-kultureller Hintergründe (hier ausgedrückt in „Kulturen) dort „arbeiten“. Möglicherweise könnte auf kulturelle Gesichtspunkte in der Pflege verzichtet werden, wenn sich die (*ethnisch-*)*kulturelle Vielfalt* geringer darstellen würde. Hier ist das aber nicht der Fall, weil dem Haus „dafür“ bereits „viel zu viele“ verschiedene „Kulturen“ angehören. Dass dieser Befragte insbesondere Mitarbeiter mit Migrationshintergrund im Blick hat, wenn er Beweggründe für eine interkulturelle Öffnung thematisiert, macht er in folgenden beiden Passagen noch expliziter:

„Alleine hier in der Einrichtung könnte ich da Polen, Russen, Marokkaner, also Mitarbeiter, Türken, also Deutsche, wir sind ja auch nur eine Kultur, und das muss einen Anlass geben. Eigentlich müsste jede Einrichtung oder jeder Betrieb, der damit konfrontiert wird, müsste dafür/ es zumindest mal zum Thema gemacht haben [...].“ (ebd.)

„[E]s ist ja gar nicht zu umgehen, dass ich nicht in jedem Dienst zwei unterschiedliche Kulturen oder zwei unterschiedliche Nationalitäten arbeiten habe, das heißt, ich bin letztendlich gezwungen, mich damit auseinanderzusetzen.“ (ebd.)

Das erste Zitat knüpft an die Ausführungen des Befragten darüber an, dass interkulturelle Öffnungsprozesse aufgrund einer pluralen Wohn- und Arbeitsbevölkerung relevant sind (vgl. Kap. IV. 4.2.1). Dieses zunächst in Hinblick auf die Gesamtgesellschaft beschriebene Phänomen sieht der PDL bereits in seiner eigenen Einrichtung bestätigt, was er durch eine Aufzählung von unterschiedlichen Staatsangehörigen belegt, die als „Mitarbeiter“ der Einrichtung angehören. In dieser *ethnisch(-kulturellen Vielfalt)* auf Mitarbeiterebene sieht er schließlich einen notwendigen Grund dafür, warum ein interkultureller Öffnungsprozess aufgenommen werden „muss“. Er erhebt sogar den Anspruch, dass jede Organisation, die „damit konfrontiert wird“, d. h. die selbst eine heterogene Belegschaft besitzt, ein solches Vorhaben „zumindest mal“ thematisieren „müsste“. Bereits die Formulierung des Konfrontiert-Seins legt einen Umstand nahe, mit dem sich notwendigerweise befasst werden muss. Dass sich der PDL infolge des heterogenen Personals tatsächlich dazu „gezwungen“ sieht, kann der zweiten Passage entnommen werden. Der Umstand, dass in seiner Einrichtung unweigerlich zu jeder Zeit Mitarbeiter aus zwei unterschiedlichen kulturellen oder nationalen Kontexten zusammenarbeiten, bedingt die Notwendigkeit sich mit Fragen einer interkulturellen Öffnung eingehend zu beschäftigen. Für eine andere Leitungskraft liegt schließlich der Anlass, interkulturelle

<sup>385</sup> Damit ist möglicherweise auch auf bestehende Praxis- und Expertenstandards in der Altenpflege verwiesen, die als Richtlinien das Pflegehandeln der Dienstleister leiten und zur Qualitätssicherung in den Einrichtungen beitragen sollen. Auf sie verweist der Befragte an anderer Stelle und hebt eine SGB XI-Regelung zu diesen Standards hervor, die besagt, „dass wir die umsetzen MÜSSEN, da gibt es kein Links und kein Rechts“ (LK12).

Öffnungsstrategien auch immer wieder an den vorherrschenden Gegebenheiten innerhalb ihrer Einrichtung anzupassen, letztendlich auch auf der Personalebene begründet. Dadurch, dass „jetzt ständig auch neue [Menschen mit Migrationshintergrund, BS] kommen und halt mitarbeiten“, ist eine Voraussetzung gegeben, dass „man [...] immer wieder was machen muss“ (LK33).

Versteht man daran anschließend eine *ethnisch-kulturelle Vielfalt* unter Bewohnern und Mitarbeitern in einer Einrichtung als grundsätzliche Vorbedingung einer interkulturellen Öffnung, können weitere Beweggründe auf organisationaler Ebene ausgemacht werden, die in engem Bezug zu einer solchen Pluralität stehen. Zunächst fällt auf, dass die bestehende oder erwartete ethnisch-kulturelle Vielfalt in den Häusern für die Mehrheit der Befragten mit *Differenzen* einhergeht oder einhergehen wird, die sich von bisher Bekanntem und Erlebtem oder für sich bzw. die eigene ethnisch-kulturelle Gruppe als üblich Erfahrenem unterscheiden. Vieles, was den Einrichtungsalltag berührt, wird demzufolge als „unterschiedlich“ oder „ganz anders“ beschrieben. Dabei äußern die Studienteilnehmer Differenzen sowohl auf abstrakter Ebene, die beispielsweise Auffassungs- und Verhaltensweisen von Menschen betreffen, als auch in expliziter Art und Weise, wenn z. B. (religiöse) (Alltags-)Rituale angesprochen werden; und sie schildern Unterschiede sowohl bezogen auf die eigene als auch eine oder mehrere andere ethnisch-kulturelle Gruppen. Bevor die Verbindung von bestehenden oder erwarteten Differenzen in einer pluralen Organisation mit interkulturellen Öffnungsentscheidungen thematisiert wird, soll ein Überblick über die beschriebenen ‚Verschiedenheiten‘ gegeben werden.

Als erstes sind dabei Unterschiede zu nennen, welche die Befragten im Verhalten, Fühlen und Denken von Menschen verschiedener ethnisch-kultureller Hintergründe erkennen. Ihrer Ansicht oder Erfahrung nach „ticken“ die Menschen unterschiedlich, verfügen über verschiedene „Mentalitäten“ und „Lebensweise[n]“ oder fallen durch ein divergentes „Temperament“ auf (z. B. LK21; PuB32; PuB11). Sie pflegen einen spezifischen „Umgang[ ]“ untereinander oder mit Angehörigen anderer sozialer Gruppen, empfinden und „denken anders“ als ‚Andere‘. Dies drückt sich zum Beispiel auch darin aus, dass ethnisch-kulturelle Gruppen hinsichtlich ihrer Werte („Vorstellungen davon, wie etwas sein darf und wie es nicht sein darf“) oder ihres Humors verschieden sind („für mich ist was zum Lachen und für die andere nicht“) (z. B. PuB21; LK21; PuB31). Neben solchen allgemeinen Äußerungen, die vielfach in den Interviewmaterialien zu finden sind, werden an anderen Stellen konkretere Beispiele dieser Differenzen genannt. Während für eine Pflegekraft „südländische[Menschen“ beispielsweise „ein bisschen bequemer“ sind (PuB12), was sie anhand der Pflege einer Bewohnerin erläutert, legen für einen Einrichtungsleiter Mitarbeiter aus einer anderen Region „eine andere Freundlichkeit mit an den Tag“ und verfügen gleichsam über „eine andere Frustrationstoleranz“ in der Zusammenarbeit mit „schwierig[en]“ Bewohnern oder Angehörigen (LK21). Wieder anderen, in diesen Fällen nationalstaatlich gefassten Gruppen wird zugeschrieben, „erst mal ganz vorsichtig“ zu sein oder aber „oft“ „Feingefühl“ und „Empathie“ gegenüber der Klientel vermissen zu lassen (PuB22). Daneben würden Pflegebedürftige verschiedener ethnisch-

kultureller Gruppen sich in ihrem „Schamgefühl“ bzw. ihren „Schwellen“ der eigenen „Intimität“ sowie ihrem „Schmerzempfinden“ voneinander unterscheiden (LK12; LK21). Eine zweite Gruppe von Differenzen können als – in manchen Fällen religiös bedingte – (Alltags-)Rituale gefasst werden, die zum Teil in divergierende Pflegevorstellungen und -ansätze münden. Mit dem Einzug in eine stationäre Einrichtung bringt eine neue Bewohnerin oder ein neuer Bewohner spezifische Vorstellungen und Routinen mit, die ihren oder seinen Alltag bis dahin bestimmt haben. Die Wünsche und Bedürfnisse einer pflegebedürftigen Person, die damit verbunden sind, werden von vielen Befragten als ethnisch-kulturell verschieden bewertet. Dabei greifen die Studienteilnehmer häufiger auf Annahmen als auf konkrete Erfahrungen innerhalb ihrer Einrichtung zurück. Sie gehen beispielsweise von der Möglichkeit aus, dass ein Bewohner mit Migrationshintergrund bereits sein Zimmer „anders einrichten“ (LK21) und im Jahresverlauf andere Feste zelebrieren oder gemeinsame Feiertage in anderer Form gestalten will (PuB12; PuB21). Ebenso könnte der Wunsch nach religiösen Zeremonien bestehen, die sich von denen unterscheiden, die in einer Einrichtung üblicher Weise praktiziert werden (PuB32). Neben solchen räumlichen und rituellen Komponenten wird zum Teil auch in pflegerischer Hinsicht eine „ganz andere Kultur“ (LK22) erwartet. Dies gründet ebenso auf spezifischen Gewohnheiten der Körperpflege wie auf Bedürfnissen nach einer gleichgeschlechtlichen Pflege (LK21; LK22; PuB21; LK31; PuB12). Am Lebensende werde sich zudem die „Sterbekultur“ (LK22) unterscheiden und „der Mensch mit einem Migrationshintergrund“ (LK11) eine andere palliative Betreuung benötigen. Dass sich auch aus solchen Differenzen ein Handlungsbedarf für stationäre Altenpflegeeinrichtungen ergibt, macht etwa folgendes Beispiel deutlich:

„Et gibt Länder, die in Prozessen, wenn jemand stirbt, mit der ganzen Familie anrücken und so ein Zimmer durcheinanderbringen. Ich sage dat jetzt so ganz unreflektiert, weil dat für uns ja oft so auch aussieht, ne, wo wir alles im Stillen tun, wir Deutschen, wo wir immer so sehr diszipliniert verhalten sind, bloß nicht zeigen, wie es uns geht, ne? Und alles so unterm Deckmäntelchen. [...] Dafür bin ich als Leitung auch gefordert zu gucken, wie kann ich dann auch den Menschen das bieten, was sie brauchen: Rückzugsmöglichkeit, die anders aussehen muss, (.) ne, andere Rituale, die, die derjenige benötigt.“ (LK11)

In diesem Zitat beschreibt die Befragte zunächst Praktiken der Sterbebegleitung, die in anderen „Länder[n]“, welche an dieser Stelle nicht näher spezifiziert werden, existieren. Dabei stellt sie zum einen heraus, dass es sich dabei um ritualisierte Verhaltensweisen handelt, die sich von denjenigen unterscheiden, die für „Deutsche[]“ als typisch beschrieben werden. Zum anderen werden sie in ihrer Unterschiedlichkeit problematisiert. Dass mit einer ganzen „Familie“ eine möglicherweise zahlenmäßig große Gruppe den Sterbenden aufsucht, scheint für eine Einrichtung bedrohlich zu sein (indem sie militämetaphorisch ausgedrückt „anrücken“). Zumindest sieht sie darin aber eine Handlung, welche wahrscheinlich üblichen Einrichtungsstrukturen zuwiderläuft und dadurch Verwirrung stiftet („ein Zimmer durcheinanderbringen“). Diese Beschreibung, die sie selbst als „unreflektiert“ bezeichnet, entspricht ihrer Auffassung nach einer typischen Bewertung oder Sichtweise, welche Deutsche mit divergierenden Praktiken der Sterbebegleitung auf solche Formen einnehmen. Damit zeigt die Befragte zwar auf, dass sie gängige – mitunter negativ konnotierte – Beurteilungen eines abweichenden Verhaltens sehr wohl überdenkt. Sie scheint aber nicht zu erkennen, dass sie in ihrer Beschreibung ‚deutscher‘ Verhaltensweisen – „alles im Stillen [zu] tun“ oder sich „immer so sehr diszipli-

niert [zu] verhalten“ – (unbedacht) auf generalisierende Stereotype zurückgreift.<sup>386</sup> Aus solchen Differenzen, welche die Befragte schildert, leitet sie die Anforderung an sich als Führungskraft ab, den Bedarfen der Klienten entsprechende Strukturen und Angebote zu schaffen. Denn aus Sicht der Befragten, „brauchen“ bzw. „benötig[en]“ Bewohner, die möglicherweise aus dem Ausland kommen oder ausländische Wurzeln haben, „andere“ Rahmenbedingungen. Daran schließen auch andere Befragte an, wenn sie diejenigen ethnisch-kulturellen Unterschiede, die sie selbst benennen, als hoch relevant oder erforderlich markieren (PuB21; LK21).

In Bezug auf Mitarbeiter, die einer anderen ethnisch-kulturellen Gruppe zugeordnet werden, kommen vor allem divergierende Ausbildungsinhalte als pflegespezifische Differenzen zur Sprache. Dies folgt der Tatsache, dass die ausländischen Mitarbeiterinnen, die in dieser Hinsicht fokussiert werden, in ihren Herkunftsländern eine Ausbildung oder ein Studium zur Krankenschwester absolviert haben, womit in der Praxis andere Aufgabenbereiche verbunden sind, als es für die Alten- und Krankenpflege in Deutschland heutzutage üblich ist (LK31; PuB32). Daneben ist das Kopftuchtragen von muslimischen Pflegekräften ein viel beachtetes und teils emotionalisiertes Thema, das ungefragt immer wieder von den Studienteilnehmern aufgegriffen wird. Eine Pflegekraft berichtet etwa davon, dass die Belegschaft nicht „ganz begeistert“ und sogar „ein bisschen traurig“ (PuB12) darüber war, dass eine neue Mitarbeiterin Kopftuch trägt. Die junge Frau sah sich dann auch vielen Rückfragen ausgesetzt, die Kollegen diesbezüglich an sie richteten. In einem anderen Fall kam die Kopfverschleierung von Pflegekräften zur Sprache, um auf spezifische Regeln innerhalb der Einrichtung zu verweisen. So ist es Mitarbeiterinnen zwar grundsätzlich erlaubt, während der Arbeit Kopftuch zu tragen, die Einrichtungsleitung setzt aber voraus, dass es rückseitig gebunden wird. Denn „es wirkt ja [zum einen] nochmal ganz anders, wenn man komplett verummmt ist hier vorne [...] und zum anderen aus Sicherheitsgründen einfach“ (LK32), wie die stellvertretende Heimleiterin erklärt.<sup>387</sup>

Über die bereits beschriebenen vielfältigen Differenzen hinaus, welche die Befragten in Bezug auf Bewohner oder Mitarbeiter mit Migrationshintergrund darlegen, sind mit den beiden folgenden diejenigen beschrieben, die am häufigsten und nicht selten auch als erstes genannt werden: divergierende Essgewohnheiten und nicht-deutsche dominante Sprachen.<sup>388</sup> Sowohl

---

<sup>386</sup> In dieser Passage zeigt sich auch die häufig vorzufindende Abgrenzung von ‚wir Deutschen‘ und ‚die Anderen‘, die bereits in Kap. IV. 4.2.1 kurz angedeutet wurde.

<sup>387</sup> Beachtenswert ist an dieser Stelle die starke Simplifizierung, die mit einem vorderseitig, am Hals bzw. unterhalb des Kinns gebundenen Kopftuch vorgenommen wird, nämlich dass ein solcher Stil des Kopftuchtragens einer Vermummung gleichkommt. Dabei werden nicht nur die vielfältigen Möglichkeiten Kopftuch zu tragen und zu binden ausgeblendet, sondern eventuell Kopftuch auch stärker mit einer Voll- bzw. Gesichtverschleierung gleichgesetzt, die häufig im Sinne einer Handlung des Sich-Verhüllens thematisiert wird. Auch wenn die Befragte diese Assoziation nicht hat, sondern ihre Beschreibung auf den Halsbereich fokussiert hat, drückt sie mit ihrer Äußerung „es wirkt ja nochmal *ganz anders*, wenn man *komplett* verummmt ist hier vorne“ eine starke Wirkung aus, die von einer vorderseitigen Bindung des Kopftuches ihrer Ansicht nach ausgeht.

<sup>388</sup> In Anlehnung an Gladis, Kowoll und Schröder (2014: 39 ff.) wird von der dominanten anstelle der Muttersprache gesprochen. Diese Unterscheidung zogen die Forscher in neuropsychologischen Studien heran, in denen sie u. a. demenzielle Erkrankungen und Sprachkompetenzen untersuchten. Sie gehen davon aus, dass „ein frühzeitiges Erlernen einer zweiten Sprache und das Leben in einem anderen Land zu einer Restrukturierung führen [können], in deren Rahmen die Fremdsprache quasi an die Stelle der Muttersprache rückt“. In den vorliegenden

ungefragt als auch in Antwort auf diese oder eine ähnliche Frage, ob die Versorgung älterer Migranten spezielle Anforderungen an die Pflegekräfte stellt, verweisen viele Befragte mit als erstes auf unterschiedliche Vorlieben im Ernährungsverhalten. Sie glauben zu wissen oder vermuten, dass Bewohner, aber auch Mitarbeiter mit Migrationshintergrund spezifische Speisen präferieren oder ablehnen, was ebenso mit Gewohnheiten oder Geschmäckern als auch religiösen Vorschriften begründet wird. Während ein Befragter ohne Migrationshintergrund dies etwa so ausdrückt: „Türkisches Essen ist ganz anders als das deutsche oder wir haben eine Marokkanerin hier, die isst ganz anders, als wir das gewöhnt sind“ (LK12), urteilt eine Befragte mit Migrationshintergrund im Hinblick auf potenzielle Bewohner, die aus dem gleichen Herkunftsland stammen wie sie selbst: „wir wollen auch so gewohntes Essen“ (PuB21). Wie in vielen Äußerungen zuvor, welche auf Differenzmerkmale zwischen Angehörigen von gesellschaftlichen Mehrheit- und Minderheitsgruppen hinwiesen, finden auch in diesen Aussagen deutliche gruppenspezifische und tendenziell generalisierende Zuschreibungen statt. Weniger verallgemeinernd berichtet dagegen eine Pflegekraft davon, dass sie einen türkischen Bewohner darüber informiert hat, dass seine Kost schweinefleischlos ist, als dieser sein Essen verweigerte. Sie erklärt ihr Handeln damit, dass „viele“ (PuB12) – aber eben nicht *alle* – türkischstämmigen Personen kein Schweinefleisch zu sich nehmen. Für einen anderen Befragten werden schließlich spezifische Essenswünsche für Bewohner mit Migrationshintergrund dann präsenter, wenn die Pflegebedürftigen an Demenz erkranken: „[U]nd das mit dem Essen muss man natürlich auch gucken, wenn die immer/ wenn die eine Demenz kriegen, die Menschen, dann wollen die auch immer stärker ihr altes, bekanntes Essen haben“ (LK21). Während der Befragte an dieser Stelle zwar von „Menschen“ spricht, womit es durchaus sein kann, dass er seine Einschätzung auf alle Demenzerkrankten, ob mit oder ohne Migrationshintergrund, beziehen möchte, ist hier dennoch davon auszugehen, dass er speziell Migranten im Blick hat. Denn in den Passagen, die diesem Zitat unmittelbar vorausgehen, steht durchgehend eine spezifische Migrantengruppe im Fokus der Schilderungen. Mit dem Einfluss von Demenzerkrankungen auf die Ernährungswünsche von Betroffenen, das der Einrichtungsleiter hier anspricht, ist für ihn letztendlich auch ein Anlass gegeben, auf den die Einrichtung reagieren muss („muss man natürlich auch gucken“).

Wie im Hinblick auf Ernährungsgewohnheiten spielen Demenzerkrankungen auch in der Thematisierung von sprachlichen Differenzen eine wesentliche Rolle, was folgendes Zitat exemplarisch aufzeigt:

„[W]ir haben noch eine russische Dame, die/ die kein Deutsch spricht, die einiges versteht, aber nicht Deutsch spricht, da kommt dann die Demenz noch dazu, ne? Wir haben eine Sardin, die gut Deutsch gesprochen hat und jetzt mit ihrer Demenz wieder in ihre Muttersprache zurückfällt, auch ganz klassisch [...].“ (LK11)

Einerseits schildert die Befragte, wie bereits angekündigt, den Einfluss von Demenzerkrankungen auf die deutsche Sprachfähigkeit von Bewohnern mit Migrationshintergrund, d. h.

---

Interviews wurde von den Befragten ein solches Phänomen zwar nicht explizit beschrieben, da aber auch nicht automatisch davon ausgegangen werden kann, dass es sich bei der Sprache, welche Bewohner oder Mitarbeiter besser beherrschen als das Deutsche oder im Gegensatz zum Deutschen gebrauchen, um deren Muttersprache handelt, wird auf diese allgemeinere Kategorie der dominanten Sprache zurückgegriffen.

dass durch eine Demenz fehlende Sprachfähigkeiten verstärkt oder erlernte Sprachkenntnisse der nicht-dominanten – in diesem Fall der deutschen – Sprache in der Regel („ganz klassisch“) wieder verlernt werden. Andererseits deutet die Interviewte unterschiedliche Formen sprachlicher Differenzen an. Während die erste Bewohnerin zwar über passive deutsche Sprachkompetenzen verfügt („einiges versteht“), ist sie nicht in der Lage aktiv die deutsche Sprache anzuwenden. Die zweite Bewohnerin, die genannt wird, war hingegen vor ihrer Erkrankung imstande „gut Deutsch“ zu sprechen. Die Formulierung „noch eine russische Dame“ deutet zudem auf eine vorherige Erzählung der Einrichtungsleiterin hin, in der sie von einer russischen Bewohnerin berichtet, die ausschließlich Russisch sprechen und verstehen konnte. Neben der Relevanz, welche die deutschen Sprachkenntnisse im Hinblick auf Bewohner mit Migrationshintergrund innerhalb der Einrichtung besitzen, kommt in diesem Interview sehr deutlich zum Ausdruck, dass pflegebedürftige Migranten die deutsche Sprache in sehr unterschiedlichem Ausmaß beherrschen. Obwohl sehr viele Befragten einer gemeinsamen Sprache einen hohen Stellenwert im Einrichtungsalltag insbesondere mit Verweis auf demente Bewohner zuschreiben, halten andere Studienteilnehmer gerade in Bezug auf Pflegebedürftige mit einer Demenzerkrankung die Beherrschung der dominanten Sprache des Erkrankten aber auch für nachrangig. Denn „Körperbewegung“, „Berührungen, (.) Mimik und Gestik“ bieten alternative Möglichkeiten mit Bewohnern „mit diesem Krankheitsbild“ zu „kommunizieren“ (LK21). Und auch im Gesang wird eine Chance gesehen, dementen Klienten „näher zu kommen“ (PuB21).

Neben der Bedeutung, die sprachlichen Differenzen der Bewohnerschaft beigemessen wird, erfahren sie schließlich auch hinsichtlich der Belegschaft Aufmerksamkeit in den Interviews. Dabei wird wiederholt auf Beispiele verwiesen, in denen Mitarbeiter zu Beginn ihrer Tätigkeit in den Häusern „so gut wie kein Wort Deutsch gesprochen“ (LK31) haben oder „sprachliche Probleme“ (LK33) besaßen. Aber auch die deutschen Sprachkenntnisse von Mitarbeitern werden in ihrer Relevanz unterschiedlich, zum Teil sogar innerhalb eines Interviews inkongruent bewertet. Während für die einen Leitungs- und Pflegekräfte „die Sprache ganz, ganz wichtig“ ist, damit sich ein Mitarbeiter mit einem deutschsprachigen Bewohner „auch ein bisschen unterhalten kann“ (LK22), schreiben andere Befragte den deutschen Sprachkompetenzen von Pflegekräften eine untergeordnete Rolle zu. Aus der Erfahrung, „wie gut“ Mitarbeiter mit geringen deutschen Sprachfähigkeiten mit den mehrheitlich deutschsprachigen Bewohnern „zurechtkommen“, schlussfolgert eine Leitungskraft zum Beispiel, dass „die Sprache nicht immer [ein] Hindernis“ darstellt, „auf jeden Fall nicht [...] in der Pflegebranche“ (LK33).

Obwohl die Befragten mehrheitlich Unterschiede von Angehörigen verschiedener ethnisch-kultureller Gruppen aufzeigen, soll an dieser Stelle nicht vernachlässigt werden, dass Differenzen durch die Befragten auch stellenweise individualisiert werden oder Gemeinsamkeiten zwischen Migranten und Nicht-Migranten zur Sprache kommen. Demnach werden Pflegebedarfe von Bewohnern mit und ohne Migrationshintergrund entweder als „gleich“ beschrieben, weil eine bestimmte „Diagnose“ (PuB31) eine immer gleiche spezielle Behandlung nach sich zieht. Oder sie werden als „individuell“ (PuB22) bezeichnet. In diesem Zusammenhang findet dann auch gelegentlich eine ‚Entkulturalisierung‘ von spezifischen Bedürfnissen statt, wenn beispielsweise eine Pflegekraft betont, „[j]eder mag es anders, ne? Also ich glaube, das hat mit Kultur oder Herkunfts/

wenig zu tun“ (PuB11), oder es wird sich wie im folgenden Fall gegen Verallgemeinerungen von Bedarfslagen ausgesprochen: „Das ist ja dann persönliche Sache, ne. Dann also so eine Stereotyp darf man auch nicht haben, ne. Muss man deswegen immer abwägen, also so Persönlichkeit erstmal gucken, ne“ (PuB21).<sup>389</sup> Aus einer solchen Haltung heraus schildert eine Pflegekraft ihre berufliche Praxis: „Für mich, alle Bewohner sind/ ich mache keine Unterschied. Egal, nein. Ich meine, ich mache meine Aufgabe gut wie möglich, ja. Aber ich mache keine Unterschied zu/ zwischen Menschen. Ja, der Bewohner ist schwarz oder chinesisch oder/ nein“ (PuB32). Zunächst gewinnt man den Eindruck, als ob auch diese Befragte sagen möchte, für sie sind „alle Bewohner“ *gleich*. Bevor sie jedoch äußert, wie „alle Bewohner“ für sie sind, wechselt sie die Perspektive von der Beschreibung der Pflegebedürftigen auf die Darstellung ihrer Handlungsweise „keine[n] Unterschied“ zu machen. Ihr berufliches Handeln scheint dabei dem nicht eindeutig explizierten Bild zu folgen, welches sie selbst von der Klientel besitzt. Berücksichtigt man die spätere Ergänzung, nicht „zwischen Menschen“ zu unterscheiden, gleich welche Hautfarbe oder Nationalität ein Bewohner aufweist, kann vermutet werden, dass sich ihr Klientenbild auf die allgemeine Eigenschaft des ‚Menschseins‘ der Bewohner stützt. Dies entspräche auch einer Feststellung, die eine befragte Leitungskraft mehrfach betont, wenn er sagt „Mensch ist Mensch“. Diese Haltung hat zur Folge, dass in der Einrichtung „alle gleich [sind]. Also es gibt hier auch arm und es gibt hier sehr reich. Es gibt hier Polen, es gibt Russen, es gibt Deutsche, also ich sehe hier keinen Unterschied“ (LK12).<sup>390</sup> Dabei ist interessant zu bemerken, dass eine Gemeinsamkeit zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund, die der Befragte an dieser und anderer Stelle zum Ausdruck bringen will, für die elementare Ebene der Menschlichkeit zu gelten scheint.<sup>391</sup> In spezifischen Lebens- und Verhaltensweisen (z. B. Ernährungsverhalten, religiösen Handlungen, Scham- und Schmerzempfinden, Artikulationen etc.) hebt der Befragte dagegen immer wieder Unterschiede zwischen Migranten und Nicht-Migranten hervor und zwar häufig in Form von deutlichen Differenzen („ganz anders“).<sup>392</sup> Und auch die Mehrheit der anderen Interviewteilnehmer, die zuvor genannt wurden, wechseln in ihren Antworten zwischen der Betonung von Unterschieden und Gemeinsamkeiten, gruppenspezifischen und individuellen Merkmalen – zum Teil mit Verweisen darauf, nicht „pauschalisieren“ (z. B. PuB22) zu wollen, zum Teil ohne Einschränkungen oder weiterführenden Erklärungen.

Während die Differenzen, die zuvor beschrieben wurden und die auf die ethnisch-kulturelle Vielfalt innerhalb der Einrichtungen zurückzuführen sind, von verschiedenen Befragten als „spannend“ oder „interessant“ (z. B. LK11; LK22; PuB22; LK32) beurteilt werden, findet häufiger jedoch eine Problematisierung dieser vorherrschenden Unterschiede statt. Zurückhaltend drückt dies eine Einrichtungsleiterin aus, welche die ethnisch-kulturelle Vielfalt innerhalb ihres Hauses als einen Umstand beschreibt, der „es nicht immer einfach macht“. Als erklärende Faktoren führt sie dabei Differenzen hinsichtlich der vorherrschenden Sprachen als auch „der Idee zu leben“ (LK11) an. Deutlich nachdrücklicher betont eine Pflegefachkraft was hier als *Problematisierung von Differenzen* gefasst wird, wenn sie die Erzählung über die Versorgung eines türkischstämmigen Bewohners wie folgt beendet:

<sup>389</sup> Hier kommt erneut der normative Anspruch zum Ausdruck, die Betreuung und pflegerische Versorgung der Klientel individuumsorientiert zu gestalten, der zuvor als Bestandteil der professionellen Erwartung nach einer guten bzw. richtigen Pflege erläutert wurde (vgl. Kap. IV. 4.2.2).

<sup>390</sup> Es ist zu vermuten, dass der Pflegedienstleiter hier eine *Gleichwertigkeit* der Einrichtungsmitglieder ausdrücken möchte, wenn man eine spätere Passage berücksichtigt, in der er sich von der Überlegung distanziert, einzelne nationale oder kulturelle Gruppen „gut“ und andere „nicht“ gut zu „behandeln“ (LK12).

<sup>391</sup> An einer anderen Stelle des Interviews verweist der PDL zudem darauf, dass im Vergleich zu anderen Nationalitäten, „Deutsche [...] ja auch nur eine Kultur [sind]“ (LK12).

<sup>392</sup> Eine Ausnahme bildet sein Hinweis darauf, dass geschlechtsspezifische Pflegegewünsche ebenso unter einheimischen Bewohnern wie unter Klienten mit Migrationshintergrund anzutreffen sind (LK12).

„Aber es ist ja so, wir haben dann Schwierigkeiten, egal ob einer Türke ist oder Italiener ist oder aus Polen ist. Die Schwierigkeit ist immer da. Die Kulturen sind anders, ne. Die Sprache ist anders. Besonders Sprache, ne. Wenn die auch irgendwann so älter werden und dann Demenz wird noch stärker, dann, (...) die Pflege ist, die Menschenpflege ist sehr extrem, muss ich sagen.“ (PuB12)

Anders als die zuvor zitierte Befragte, die ihre Beurteilung auf keine spezifische Gruppe der Einrichtungsmitglieder bezieht, empfindet diese Mitarbeiterin ihre berufliche Tätigkeit im Hinblick auf die Bewohnerschaft mit Migrationshintergrund nicht nur „nicht immer [als] einfach“, sondern explizit „immer“ als schwierig. Indem sie die existierenden „Schwierigkeiten“ als unabhängig vom nationalen Hintergrund einer Person bezeichnet („egal ob einer Türke ist oder Italiener ist oder aus Polen ist“), scheint die Versorgung von Migrantinnen und Migranten grundsätzlich problembelastet zu sein. Hierfür gelten neben kulturellen insbesondere sprachliche Differenzen als ursächlich, wobei auch diese Befragte Demenzerkrankungen als zusätzlichen ‚Verstärker‘ sprachlicher Barrieren andeutet. Während zu Beginn des Zitats der Verweis auf verschiedene Nationalitäten und die Verschiedenheit von „Kulturen“ und „Sprachen“ den Fokus der Befragten auf Bewohner mit Migrationshintergrund stärker hervorhebt, könnte ihr abschließendes Urteil, dass „Menschenpflege“ eine ‚außerordentliche‘ Aufgabe darstellt („extrem“ ist), auf die Pflegearbeit insgesamt abzielen. Ethnisch-kulturelle Unterschiede wären dementsprechend nur ein Teilbereich eines an sich anspruchsvollen beruflichen Aufgabenfeldes. In ihrer Antwort auf die Nachfrage „[i]n welcher Hinsicht?“ (I) kehrt sie jedoch wieder zur Beschreibung der Versorgung einer pflegebedürftigen Migrantin zurück. Daher liegt die Vermutung nahe, dass ihre Schilderung beschwerlicher Versorgungslagen sich zumindest in diesem Fall allein auf Klienten mit Migrationshintergrund bezieht.

Dass für sie „[b]esonders“ Sprache als ein „Problem“ (PuB12) in der Pflege von älteren Migranten angesehen wird, verbindet sie mit anderen Befragten. Auch die zuvor zitierte Einrichtungsleiterin bewertet die Erfahrung von Kommunikationsschwierigkeiten mit einer Bewohnerin etwa als „ÄUSSERST schwierig“ (LK11). Die Folgen, in denen diese sprachlichen Belastungen zum Ausdruck kommen, sind beispielsweise Fremdheitsgefühle, welche ‚sprachlich isolierte‘ Bewohner in der Einrichtung erleben können und mit denen die Gefahr von „Depressionen“ (PuB22) einhergeht; Beziehungen zwischen Mitarbeitern und pflegebedürftigen Migranten, die als distanziert beschrieben werden können; oder ein zeitlicher Mehraufwand,<sup>393</sup> den die pflegerische Versorgung abverlangt (PuB22; LK11; LK33).

Die Problematisierung von Sprache erfolgt darüber hinaus im vorliegenden Interviewmaterial ebenso mit Hinblick auf Mitarbeiter mit Migrationshintergrund. Auch hier werden ‚fehlende‘ oder ‚schlechte‘ Deutschkenntnisse als belastend empfunden und zwar sowohl für die angesprochenen Personen selbst als auch für Bewohner und Mitarbeiter, deren dominante Sprache Deutsch ist. Während beispielsweise von deutschsprachigen Befragten vermutet wird, dass Mitarbeiter, die über geringe deutsche Sprachkompetenzen verfügen, dadurch im sozialen Miteinander innerhalb der Einrichtung verunsichert würden, äußern Studienteilnehmer, die selbst mit wenigen Deutschkenntnissen ihre beruflichen Tätigkeiten in einer Altenpflegeein-

---

<sup>393</sup> Dies bringt erneut die zuletzt zitierte Pflegekraft auf den Punkt: „Diese Kommunikationsschwierigkeit durch Demenz und durch fremde Sprache. Wenn man bei eine deutsche Bewohner waren wir 15, 20 Minuten braucht bei Pflege. Ne, und dann da braucht man halbe Stunde oder noch länger“ (PuB12).

richtung aufgenommen haben, Schwierigkeiten insbesondere in Bezug auf ihre Arbeitsinhalte wie die schriftliche Pflegedokumentation (LK11; PuB21; PuB32). Daneben werden eingeschränkte deutsche Sprachkompetenzen, aber auch spezifische Sprechweisen oder Akzente von Mitarbeitern dahingehend problematisiert, dass sie zur Verunsicherung von Bewohnern führen können. Manche Klienten könnten mit solchen Differenzen „nicht so gut umgehen“ (PuB22) oder würden sogar verängstigt (z. B. „dann laufen [bei den Bewohnern, BS] andere Filme ab“, LK21<sup>394</sup>). Schließlich werden die Möglichkeiten benannt, dass geringe Sprachkompetenzen oder spezifische Ausdrucksweisen als „Hindernis“ (LK32) oder „Barriere“ (LK33) innerhalb von Pflgeteams wirken und bis hinzu Konflikte hervorrufen können.

Über sprachlich begründete Problemlagen hinaus, werden weitere belastende Momente thematisiert, die auf verschiedene ethnisch-kulturelle Differenzen oder auf kontextuelle Einstellungen diesbezüglich zurückzuführen sind. Ein solches Moment kann als gruppenbezogene Ablehnung gefasst werden, die zum Teil hypothetisierend und zum Teil in Bezug auf erlebte Erfahrungen durch die Befragten geschildert wird. Während eine Befragte bspw. artikuliert, sich nicht oder nur schwer vorstellen zu können, Angehörige einer speziellen sozialen Minderheitengruppe aufgrund spezifischer Rituale zu pflegen, wird ebenso von Erfahrungen berichtet, in denen einzelne Bewohner eine Versorgung oder Betreuung durch Mitarbeiter mit Migrationshintergrund oder dunkler Hautfarbe verweigerten. Auch von Angehörigen wurde eine solche Ablehnung bereits erlebt (z. B. LK22; PuB22; PuB21). Ebenso kommen Ressentiments zwischen Bewohnern oder Konflikte innerhalb der Belegschaft zur Sprache, in denen etwa die Herkunft oder das „Temperament“ einzelner Beteiligten als ursächlich gelten oder Rassismuskorwürfe Gegenstand der Auseinandersetzung sind (LK12; LK21; PuB22).<sup>395</sup> Ein anderes Moment betrifft das Wohlbefinden von Bewohnern mit Migrationshintergrund in einer Einrichtung, deren soziale Aktivitäten vorrangig an mehrheitsgesellschaftlichen Bräuchen und Riten orientiert sind. So sieht eine Befragte beispielsweise die Gefahr, dass eine bestimmte Herkunftsgruppe an bestimmten Feiertagen ihre „Heimat vermissen“ (PuB21) würden, wenn nicht deren eigene Riten ebenso Berücksichtigung finden würden, womit zugleich der Anspruch einer individuumorientierten Versorgung (vgl. Kap. IV. 4.2.2) im Hinblick auf die soziale Betreuung der Pflegebedürftigen bekräftigt wird.<sup>396</sup>

Über diese diversen Formen der *Problematierung von Differenzen* hinaus nehmen *fehlende* (bzw. *notwendige*) *Kompetenzen* in Bezug auf die vorherrschenden ethnisch-kulturellen Unterschiede einen hohen Stellenwert in den Interviews ein. Vor allem in der Pflege als auch der sozialen Betreuung von Bewohnern mit Migrationshintergrund scheint Unwissenheit für große Verunsicherung zu sorgen. Egal ob pflegespezifische „Prioritäten“ spezifischer ethnisch-

<sup>394</sup> An dieser Stelle weist der Befragte vermutlich darauf hin, dass spezifische Akzente bei einer bestimmten Generation von Klienten Kriegserfahrungen wachrufen können, deren Stellenwert in multikulturellen Pflegesettings auch von anderen Befragten in unterschiedlichen thematischen Kontexten angesprochen wurde.

<sup>395</sup> In einem Fall wird ein Konflikt zwischen Kollegen von zwei Befragten jedoch sehr unterschiedlich gedeutet. Während eine der beiden befragten Personen das herkunftsbedingte Temperament einer Mitarbeiterin als ausschlaggebend bewertet, liegt die Konfliktursache aus Sicht der anderen im Familienstand der angesprochenen Pflegekraft und der damit zusammenhängenden Dienstplangestaltung.

<sup>396</sup> Dabei soll nicht vernachlässigt werden, dass einzelne Befragte in bestehenden Differenzen aber auch mehrheitlich oder ausschließlich „gar kein Problem“ sehen (z. B. LK33; LK13).

kultureller und religiöser Gruppen betont werden, von denen die Mitarbeiter „so gar nicht[s] wissen“ bzw. sich „überhaupt nicht auskenne[n]“, oder spezielle „Feiertage“ einzelner Gruppen angesprochen werden, wovon die Pflege- und Betreuungskräfte „überhaupt gar keine Ahnung“ haben, immer scheint fehlendes Wissen negativ konnotiert zu sein (PuB22; LK22; PuB12). Denn einerseits läuft die Unkenntnis einer offenbar vorherrschenden institutionellen Erwartung zuwider, dass „man [...] ja wissen [muss], was ist da erlaubt, was ist nicht erlaubt. Und was ist schlecht und ist gut“ (PuB22). Und andererseits würde man sich „ganz anders“ verhalten, würde man über bestimmtes Wissen zu ethnisch-kulturellen Differenzen verfügen (PuB12). Für einen Pflegedienstleiter ist in einer fehlenden Deutungskompetenz ethnischer-kultureller Unterschiede auf Mitarbeiterebene schließlich ein (existentielles) Risiko für eine Organisation zu finden: „[W]enn ein Deutscher in ein anderes Land geht und dem seine Kultur nicht bekannt ist in auch einem Betrieb, dann kann das Ganze nicht funktionieren, weil ich die Reaktionen oder das Verhalten von dem Gegenüber, sei es jetzt wieder bei Essenssituationen, religiösen Aspekten nicht deuten könnte, das wäre dann für mich ja fremd“ (LK12). Demnach stellt die Unwissenheit – und gleichsam Fremdheit – von einer „Kultur“, die impliziert, dass auch das (Re-)Agieren eines Angehörigen dieser „Kultur“ nicht verstanden werden kann, in einem ‚multikulturellen Team‘ ein Hindernis dafür dar, dass betriebliche Abläufe „funktionieren“ können.

Daran schließt eine weitere Konsequenz im Zusammenhang mit bestehenden Differenzen an, die als *ingeschränkte Handlungs-* bzw. *Leistungsfähigkeit* konzeptionalisiert wird. Was bereits die Schwierigkeiten mit und Unwissenheit von ethnisch-kulturellen Differenzen erahnen ließ, bemerken einzelne Befragten an anderen Stellen mit Nachdruck. Aus ihrer Perspektive führt eine solche Verschiedenheit innerhalb der Bewohnerschaft oder des Personals dazu, dass als gängig erlebte Organisationspraktiken beeinträchtigt oder gar verhindert werden. Während ein Einrichtungsleiter die (Dienst-)Leistungsfähigkeit seines Hauses in der Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen Migranten grundsätzlich eingeschränkt sieht – „wir können das gar nicht alles bieten, was die Menschen brauchen“ (LK21) –, kommt eine andere Leitungskraft in der Beschreibung von Sprachverlusten durch Demenzerkrankungen zum gleichen Schluss: „Gerade dann passieren ja die Dinge, ne? Oder dann braucht man eigentlich uns, und dann können wir denen nicht mehr so das geben, was sie brauchen, ne?“ (LK11). Beide Befragte bekunden demnach eine Diskrepanz zwischen den Bedarfen, die sie Bewohnern mit Migrationshintergrund allgemein bzw. bei spezifischen Krankheitsbildern zuschreiben, und den Möglichkeiten ihrer Einrichtungen diese zu befriedigen. Im Hinblick auf Differenzen, die auf Mitarbeiterebene festgestellt werden, wird vor allem ein ‚Mehr‘ an notwendigen Leistungen geschildert. Demnach müssten Mitarbeiter gegenüber ihren Kollegen mit Migrationshintergrund „öfter mehr erklären“ oder „mehr Geduld“ (LK31) aufbringen. Sie müssten sie in der Einarbeitungsphase „lang“ unterstützend „begleiten“ (PuB31), aber auch professionsbezogene Sachverhalte „einfacher“ (LK32) vermitteln.

Die *Vielfalt* innerhalb der Einrichtungen, mit der für die Befragten Differenzen, Schwierigkeiten, fehlende Kompetenzen ebenso wie eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit einhergehen, muss für die Organisationen zusammenfassend als *Herausforderung* bewertet werden. Dass

darin ein weiterer wichtiger Beweggrund für interkulturelle Öffnungsbemühungen liegt und zwar sowohl wenn Einrichtungen bereits durch eine ethnisch-kulturelle Vielfalt „herausgefordert“ (LK11) sind als auch wenn sie „Herausforderungen“ durch eine Pluralisierung der Organisationsmitglieder für die Zukunft („irgendwann“) (LK21) erst erwarten, soll im Folgenden veranschaulicht werden. Dabei sollen Belege entlang der zuvor beschriebenen Charakteristika ethnisch-kultureller Vielfalt in den Einrichtungen präsentiert werden. Obwohl sich eine analytische Trennung von Bedingungen einerseits und Strategien bzw. Zielen einer interkulturellen Öffnung andererseits an dieser Stelle nicht mehr gänzlich aufrechterhalten lässt, soll der Fokus der Interpretationen zunächst unverändert auf den Bedingungen verbleiben.<sup>397</sup> D. h. unabhängig davon, ‚wie‘ die Befragten auf diese als relevant erachtete Umstände reagieren (wollen) oder welche Veränderungen sie als notwendig erachten, soll demonstriert werden, dass sie in ihnen Triebkräfte für einen Handlungsbedarf erfahren, dessen Folgeprozesse sie selbst als Bestandteile einer interkulturellen Öffnung ihrer Einrichtung bezeichnen.<sup>398</sup>

So werden von den Studienteilnehmern etwa in den vorherrschenden *Differenzen* Voraussetzungen erkannt, das organisationale Handeln zu verändern. Beispielsweise reiche eine praktizierte biographieorientierte Pflege nicht aus, den Bedürfnissen eines Bewohners mit Migrationshintergrund zu entsprechen:

„Also trotzdem, auch wenn man mit Biographie dann halt pflegt, tut man ja auch, muss man ja auch den Hintergrund dann halt kennen, ne? Und die Kultur von dem jeweiligen dann halt Bewohner dann auch in Erfahrung bringen. Sodass es eine Hundertprozentige, wie soll ich sagen, also pflegen, fördern und alles Mögliche dann halt zusammen bewerkstelligen kann. Sonst funktioniert das nicht so richtig, finde ich, ist meine Meinung.“ (PuB21)

Entgegen der Kritik, eine biographieorientierte Pflege mache eine interkulturelle Öffnung überflüssig, vertritt die Befragte hier die Auffassung, dass eine Versorgungssituation, die an der Biographie des Pflegebedürftigen ausgerichtet ist, nicht genügt. Für sie umfasst die „Biographie“ nicht zugleich den „Hintergrund“ des Klienten, über den notwendigerweise Kenntnis herrschen „muss“. Denn um eine umfänglich adäquate Pflege sicherstellen zu können, gilt es auch „die Kultur“ des Bewohners, die zu seinem bzw. ihrem Hintergrund zu zählen scheint, festzustellen. In „der Kultur“ liegt für diese Befragte wie für viele andere Studienteilnehmer eine grundlegende Differenz zwischen Klienten mit und ohne Migrationshintergrund. Dass diese Differenz für Einrichtungen der Altenpflege handlungsleitend sein kann, sich interkulturell zu öffnen, d. h. in diesem Fall über eine Biographieorientierung hinaus ebenso eine ‚Kulturorientierung‘ zu verfolgen, wirkt in dieser Aussage unausweichlich. Denn ohne eine solche (Neu-)Ausrichtung könnte der professionellen Erwartung nach einer „[h]underprozentige[n]“ Versorgung von Bewohnern mit Migrationshintergrund nicht entsprochen werden, zumindest würde sie „nicht so richtig“ gelingen. Über diesen sehr allgemeinen Verweis auf „die Kultur“ von pflegebedürftigen Migranten hinaus gelten auch spezifischere Unterschiede als Beweggründe, das organisationale Handeln weiterzuentwickeln. Exemplarisch sei dabei auf die

<sup>397</sup> Die Strategien und Ziele, welche die Öffnungsbemühungen der Untersuchungsteilnehmer auszeichnen, werden in Kap. IV. 4.3.1 thematisiert.

<sup>398</sup> In den ausgewählten Passagen sprechen die Befragten meist zwar nicht von einer ‚interkulturellen Öffnung‘, die Problemzentrierung der Interviews auf solche Phänomene als auch die Kontexte der Zitate lassen aber einen Rückbezug stets zu.

Thematisierung divergierender Schmerzáußerungen verwiesen, woraus eine PDL die Konsequenz zieht, dass das Wissen darüber für die Pflegekräfte „VIEL sensibler und viel transparenter gemacht werden [muss]“ (LK12). Daneben verweist eine Einrichtungsleiterin im Hinblick auf Mitarbeiter mit Migrationshintergrund u. a. auf die sprachlichen Unterschiede, die interkulturelle Öffnungsbemühungen bedingen: „Und wenn sie dann da sind, werden sie in der Richtung gefördert. (I: Okay. Also/) Da werden sie dann, dann muss ich sie ja auch fördern. Weil, da geht es ja um die deutsche Sprache. Da geht es, dass sie sich wohlfühlen. Und das ganze Prozedere“ (LK31). Gleich um welche Förderungsmaßnahmen es sich dreht, ist auch für diese Leitungskraft mit vorherrschenden Unterschieden eine Voraussetzung bzw. sogar eine Notwendigkeit gegeben, (neue) organisationale Schritte zu ergreifen.

Ebenso werden im Zusammenhang mit der *Problemtisierung von Differenzen* Beweggründe ersichtlich, welche die Einrichtungen herausfordern sich interkulturell zu öffnen. Für die einen implizieren Problemlagen, die der ethnisch-kulturellen Vielfalt innerhalb der Einrichtung folgen, die Aufgabe „hellhörig“ zu sein, damit „mein Team da oben funktioniert“ (LK32). Für andere geht mit der Erwartung nach „Schwierigkeiten“ in der Versorgung von pflegebedürftigen Migranten der Bedarf einher „ein bisschen [zu] üben [...], wie wir das dann machen“ (LK21). D. h. eine grundsätzliche Vorstellung davon, dass mit einer ethnisch-kulturellen Vielfalt bzw. ethnisch-kulturellen Unterschieden innerhalb der Klientel und des Personals Probleme verbunden sind, regt stationäre Altenpflegeeinrichtungen dazu an, verschiedene Strategien zu implementieren, welche sie als interkulturelle Öffnung verstehen. Am deutlichsten bringt dies der Pflegedienstleiter von *Einrichtung 1* auf den Punkt:

„[D]as heißt, die Verwaltung gibt mir dann einen Bogen, also ein medizinischer Bogen, und daraus kann ich ja sehen, welche Kultur steckt dahinter, welcher Name steckt dahinter, welches Geburtsdatum steckt dahinter, welcher Jahrgang ist das und da kann/ muss ich ja einschätzen können und auch schon abwägen können, und wenn das jetzt ein jüdischer Hintergrund ist oder ein türkischer Hintergrund, oder was weiß ich, dann kann ich ja schon davon ausgehen, dass ich da auf Problematiken stoße. Und wenn ich das Okay gebe für den Einzug, dann muss ich mir auch, denke ich mal, bewusst sein oder auch die Pflegekräfte, dass ich dann andere Ressourcen anbieten muss als bei den deutschen Mitbürgern.“ (LK12)

Der Befragte geht in dieser Passage auf das Aufnahmeverfahren von neuen Bewohnern ein, das er zuvor bereits als Teil seines Aufgabengebietes geschildert hat. Durch die Verwaltung werden ihm als Pflegedienstleitung Informationen übermittelt, denen er nach eigenen Aussagen entnehmen kann, „welche Kultur“ einem potenziellen Bewohner zugeschrieben werden kann. Aus diesen und weiteren Hinweisen zur Person des Pflegebedürftigen zieht der PDL Schlussfolgerungen für seine Einrichtung, die er zunächst nicht weiter bestimmt („und da kann/ muss ich ja einschätzen können und auch schon abwägen können“). Diese werden erst klar, als der Befragte auf die mögliche Aufnahme von Angehörigen einer religiösen oder nationalstaatlich gefassten Minderheit zu sprechen kommt. Ein solcher Minderheitenstatus einer pflegebedürftigen Person scheint für ihn bereits an sich ein Kriterium dafür zu sein, das den Klienten für die Dienstleistungsanbieter als problematisch kategorisiert. Für die Organisation hat die Aufnahme eines Minderheitenangehörigen dann zur Folge, dass sie „andere Ressourcen anbieten muss“, als dies bei Bewohnern der „deutschen“ Mehrheitsgesellschaft der Fall ist. Dementsprechend schätzt der Befragte allem Anschein nach anhand der Informationen, die er dem „medizinische[n] Bogen“ entnehmen kann, ab, ob mit dem Einzug eines Klienten

spezifische Anforderungen und der Bedarf nach speziellen Angeboten für die Einrichtung einhergehen würden. Indem er für die genannten spezifischen sozialen Gruppen, mit denen er „Problematiken“ für seine Einrichtung assoziiert, „andere“ Leistungen als notwendig erachtet, deutet auch er an, dass in Problemen infolge ethnisch-kultureller Unterschiede eine Ursache auszumachen ist, organisationales Handeln anzupassen.

Gleiches gilt für das *Fehlen* von als notwendig erachteten *Kompetenzen*. Insbesondere die verbreitete Unwissenheit bzgl. spezifischer ethnisch-kultureller oder religiöser Rituale, Pflegevorstellungen und -wünsche zieht Handlungs-, vorwiegend verstanden als Förderungsbedarf, nach sich. Dementsprechend verweisen viele Befragte darauf, dass sie selbst als Pflege- und Betreuungskräfte oder aber das pflegende Personal – aus der Sicht von Leitungskräften – „Unterstützung“ benötigt, um neue Kenntnisse zu erlangen oder spezifische Pflegehandlungen zu erlernen (PuB21; PuB31). Für den Einrichtungsleiter von *Einrichtung 2* besteht etwa die Notwendigkeit, dass Pflegekräfte „für die Kultur und auch für die Pflege und für die Ernährung und für den Umgang miteinander“, für spezifische Rituale und „so Sachen“ grundsätzlich erst „sensibilisiert werden [müssen]“ (LK21), was als Kompetenz, ein Feingefühl gegenüber spezifischen Bedarfslagen zu entwickeln, verstanden werden kann. Und auch die stellvertretende Pflegedienstleiterin dieses Hauses sieht in fehlenden Kompetenzen innerhalb des Mitarbeiterstabs Bedingungen gegeben, die eine interkulturelle Öffnung nach sich ziehen: „Das finde ich, ist schon wichtig. Die uns dann auch da begleiten, weil, ich habe keine Ahnung, wie so Waschungen oder Körperpflege in einigen anderen Ländern abläuft. Also ich brauchte da schon die Erfahrung der Mitbürger, die aus diesem Lande vielleicht kommen. Oder Mitarbeiter, die aus dem Lande kommen“ (LK22). Auch sie stellt heraus, dass aus einer fehlenden Kompetenz – in diesem Fall einer vorherrschenden Unkenntnis über länderspezifische Grundpflegebedürfnisse – ein Bedarf innerhalb der Einrichtung erwächst. Dieser Bedarf besteht in der Begleitung und vielleicht auch Anleitung der bestehenden Pflegebelegschaft durch Mitarbeiter, welche den gleichen nationalstaatlichen Hintergrund besitzen wie die zu pflegenden Bewohner.

Schließlich kann in einer *eingeschränkten Handlungs- bzw. Leistungsfähigkeit* infolge ethnisch-kultureller Differenzen eine Bedingung dafür ausgemacht werden, dass sich Einrichtungen der stationären Altenpflege herausgefordert fühlen, sich interkulturell zu öffnen. Dass solcherlei Voraussetzungen sowohl auf der Bewohner- als auch der Mitarbeiterebene auszumachen sind, soll anhand zweier exemplarischer Passagen nachgezeichnet werden. Zunächst gilt das Augenmerk der Klientel der stationären Pflegedienste, welche eine Leitungskraft als zunehmend heterogen beschreibt und daraus schlussfolgert:

„Polen, Russen, türkischen Mitbürger, wo ich an meine/ mit meiner reinen deutschen oder englischen Sprache an eine Grenze komme, wo es nicht mehr weitergeht, das heißt, ich bin nicht fähig, den Menschen adäquat zu pflegen, und da MUSS ich als Pflegekraft oder als Pflegeeinrichtung tätig werden [...]“ (LK12)

Aufgrund der Pluralität der Bewohnerschaft sieht dieser Pflegedienstleiter die Aufgabe, pflegebedürftige Menschen innerhalb seiner Einrichtung angemessen zu versorgen, „nicht mehr“ sichergestellt. Dabei ist ein wesentlicher Grund in den vorherrschenden Sprachkenntnissen der Pflegeanbieter auszumachen. Der Befragte geht davon aus, dass deutsche oder englische

Sprachkompetenzen in der Versorgung von Klienten mit polnischem, russischem oder türkischem Hintergrund die Pflegefähigkeit der Mitarbeiter – entsprechend professioneller Ansprüche – begrenzen oder sogar vollkommen blockieren („nicht fähig“ sein). Dieser Umstand bedingt schließlich, dass sich der Befragte sowohl als „Pflegekraft“ als auch als Vertreter der „Pflegeeinrichtung“ herausgefordert fühlt, zu reagieren („MUSS ich [...] tätig werden“). Dass Strategien einer interkulturellen Öffnung diese Reaktion verkörpern, wird im Anschluss an diesen Zitatausschnitt deutlich, wenn der Befragte seine persönlichen Ziele des hauseigenen Öffnungsprozesses benennt.

Während diese Passage beispielhaft veranschaulicht hat, dass Altenpflegeeinrichtungen durch Beschränkungen ihres erwarteten Handlungsvermögens in Bezug auf ihre Klientel angetrieben werden, Veränderungsprozesse im Sinne einer interkulturellen Öffnung einzuleiten, verweist nachfolgendes Beispiel darauf, dass ebenso Erschwernisse innerhalb des Pflgeteams hierzu Anlass geben können.

„In der Pflegebranche arbeitet man im Team, und das ist ganz, ganz wichtig, wenn man im Team arbeitet, dass man sich versteht, und dass man sich versteht, muss man auch wissen, wer ist dieser Mensch, wie denkt er? Was/ warum ich sie so gut verstehe oder nicht gut verstehe, also es liegt vielleicht wirklich an ihre Kultur oder halt/ ja. Und das/ ich denke, das, das/ ohne das ging nicht, dass man halt nicht bereit ist oder dieses Gegebenheit schafft, dieses Mensch diese Möglichkeit zu geben und sagen: ‚Du sag/ kannst sagen, wie du bist, also ich gebe dir die Möglichkeit, da/ damit ich weiß und verstehe dich, deine Handlungen und alles‘. Ich denke, ohne das funktioniert nicht. Also ich kann nicht nur einfach Menschen nehmen zusammen und wir haben ein Ziel und das Ziel muss man nur, wenn man halt zusammen kommuniziert und weiß, wie man es/ wa/ was man von anderen erwartet, und das ist nur möglich, wenn man kennt: ‚Aha, der kommt aus diese Kultur, bei denen ist so und so‘. Wenn ich den besseren/ den anderen besser verstehe, dann kann ich mit den auch zusammenarbeiten, deswegen meine ich, ohne das geht nicht, also wie will man das Ziel erreichen? Dann erreicht man das Ziel nicht, weil jeder arbeitet und irgendwie, wie er denkt, und jeder denkt anders, weil er eben aus anderer Kultur kommt, und dann, hm, ja, dann wird es schwierig, das Ziel zu erreichen. Deswegen denke ich mal, dass es gar nicht irgendwie möglich ist f/ für das Unternehmen, der mehrere Mitarbeiter hat mit Migrationshintergrund, dass sie sich, ja, MÜSSEN interkulturell öffnen, MÜSSEN, ist meine Meinung.“ (LK33)

Die Befragte stellt zunächst heraus, dass die berufliche Pflege eine Tätigkeit ist, die gemeinschaftlich, „im Team“ erbracht wird. Dabei hält sie es grundsätzlich für relevant, dass Personen, die zusammenarbeiten, sich „versteh[en]“. Das heißt, dass sie in der Lage sind das Handeln und Verhalten der Kollegen sinngemäß zu erfassen. Um eine solche Verständigung zu gewährleisten, „muss“ der Gegenüber in gewissem Maße bekannt sein. Eine mögliche Eigenschaft eines Menschen, die sein ‚Sein‘ und ‚Denken‘, aber auch die Verständlichkeit seines Handelns für andere beeinflussen könnte, sieht die Befragte in seiner Kulturzugehörigkeit gegeben. Um als Organisation nun zu erreichen, dass sich die Mitarbeiter kennen und sie die – möglicherweise auch kulturspezifischen – Handlungen der jeweils anderen nachvollziehen können, werden spezifische Rahmenbedingungen benötigt. Ohne in der Interpretation nun weiter auf notwendige Strukturen oder Maßnahmen einzugehen, die diese Rahmenbedingungen repräsentieren sollen, soll die Begründung hierfür näher betrachtet werden. Für die Befragte ist die Zusammenarbeit im Team auf ein Ziel hin ausgerichtet. Aufgrund kultureller Unterschiede und damit einhergehender divergierender Handlungslogiken besteht jedoch aus ihrer Perspektive stets die Gefahr, dass ein anvisiertes Leistungsergebnis nicht realisiert werden kann. Damit drückt auch sie – zumindest hypothetisch – aus, dass kulturelle Differenzen die Handlungsfähigkeit einer Altenpflegeeinrichtung und zwar im Hinblick auf die Koopera-

tion innerhalb eines ethnisch-kulturell vielfältigen Mitarbeiterstabs einschränken können. Um dem Risiko eines nicht-erfolgreichen Zusammenwirkens von Mitarbeitern mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen zu begegnen, sieht sie die Arbeit gebenden Organisationen, „die mehrere Mitarbeiter [...] mit Migrationshintergrund“ beschäftigen, schließlich dazu veranlasst, sich interkulturell zu öffnen. Dementsprechend stellen auch für diese Befragte mögliche Grenzen der Handlungs- bzw. Leistungsfähigkeit einer Einrichtung infolge ethnisch-kulturell bedingter Diversität einen Beweggrund dafür dar, dass Organisationen ihre Verfahrensweisen verändern „müssen“.

Um die Frage zu beantworten, welche Beweggründe stationäre Altenpflegeeinrichtungen dazu antreiben, sich interkulturell zu öffnen, wurden in diesem Kapitel schließlich noch Erklärungsmuster präsentiert, die auf der Organisationsebene verortet werden können. Dabei sollten auch hier allein jene Bedingungen berücksichtigt werden, die aus einer analytisch abstrakten Perspektive für alle Einrichtungen relevant sind.<sup>399</sup> Dazu zählt zunächst eine *ethnisch-kulturelle Vielfalt*, welche die Einrichtung für ihre Klientel, ihr Personal oder beide organisationsangehörigen Gruppen als bezeichnend erachten oder deren Entwicklung sie innerhalb des eigenen Hauses für die Zukunft erwarten. Darüber hinaus verbinden die Befragten mit dieser Pluralität verschiedene Merkmale oder Folgen, die zusammengenommen als *Herausforderung* für die Einrichtungen charakterisiert werden konnten. Als erstes Merkmal stießen *ethnisch-kulturelle Differenzen* in den Erzählungen der Befragten heraus, welche die Einrichtungen vor neue oder andere Aufgaben stellen. Neben eher geläufigen Unterscheidungskriterien zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund bzw. Angehörigen ethnisch-kultureller Minderheits- oder Mehrheitsgruppen wie sie in verschiedenen dominanten Sprachen, aber auch diversen Ernährungsgewohnheiten zum Ausdruck kommen, gelten auch unterschiedliche Einstellungen und Empfindungen, Lebensvorstellungen sowie Sterbe- und Trauerrituale als bedeutsam. Während die wahrgenommenen Unterschiede für sich genommen bereits als Bedingungen dafür gelten können, dass Einrichtungen interkulturelle Öffnungsprozesse in die Wege leiten, sind auch in Problemen, die von ihnen abgeleitet werden, d. h. in der *Problematisierung von Differenzen* teils verstärkende Triebkräfte zu erkennen. In vielen Fällen bleiben diese Schwierigkeiten abstrakt. Andere Fälle bieten an, die von den Befragten erlebten Problematiken als eigenständige Beweggründe einer interkulturellen Öffnung zu konzeptionalisieren. Dies gilt ebenso für *fehlende Kompetenzen* wie für *ingeschränkte Handlungs- bzw. Leistungsfähigkeiten*, die als Folgen ethnisch-kultureller Differenzen innerhalb der Bewohnerschaft sowie der Belegschaft erfahren werden. Während es vielen Befragten nach eigenen Aussagen zum Beispiel an Wissen fehlt, pflegebedürftige Migranten angemessen zu versorgen, schränken mangelnde Kommunikations- oder Verständigungsmöglichkeiten etwa das Leistungsvermögen der Pflegeanbieter sowohl im Hinblick auf die Klientel als auch die Zusammenarbeit innerhalb der Mitarbeiterschaft teils umfassend ein. Das „muss“

<sup>399</sup> Da in den mikrosozialen Bedingungen einer interkulturellen Öffnung die organisationseigenen Voraussetzungen stärker Wirkung zeigen, als dies für gesellschaftliche und feldspezifische Beweggründe zutrifft, liegt ihnen sogar ein höherer Abstraktionsgrad zugrunde. Dies bezieht etwa die Zielgruppenorientierung oder den Erfahrungsschatz einer Einrichtung mit ein. Hierzu sollen jedoch die anschließenden Kapitel weiter Aufschluss geben.

für einzelne Befragte schließlich ein Anlass sein, die eigene Einrichtung interkulturell zu öffnen.

Wie bereits für gesellschaftliche und altenpflegefeldspezifische Bedingungen aufgezeigt werden konnte, stehen auch die mikrosozialen Beweggründe einer interkulturellen Öffnung zum Teil in engem Bezug zu den Bedingungen der beiden anderen Analyseebenen. So spiegelt etwa die ethnisch-kulturelle Vielfalt innerhalb der Organisationen ebenso die heterogenen Akteursgruppen des Altenpflegefeldes wie die plurale Gesamtbevölkerung wider. Oder es lassen sich Merkmale der gesellschaftlichen Abgrenzung von Minderheits- und Mehrheitsgruppen, die auf der Makro-Ebene angesprochen wurden, in vielfältigen Differenzziehungen zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund innerhalb der Einrichtungen wiederfinden. Schließlich klingen in der Problematisierung einzelner Differenzmerkmale, wie beispielsweise sprachlicher Unterschiede, die zu einem zeitlichen Mehraufwand in der Pflege oder der Zusammenarbeit führen können, ebenso Rahmenbedingungen der Altenpflege an, die auf ihre Vermarktlichung und zwar in Form von standardisierten Pflegeprozessen hindeuten. Sie müssen als ein wesentlicher Grund dafür angesehen werden, dass ‚Zeit‘ zu den wichtigsten Ressourcen in der (stationären) Altenpflege gezählt wird bzw. ‚Zeitdruck‘ ein drängendes Problem der Praktiker darstellt, was in fast allen Interviews zur Sprache kommt.

Im Vergleich zu den bis hierhin vorgestellten Beweggründen einer interkulturellen Öffnung sollen im Folgenden die Bedingungslagen derjenigen Einrichtungen veranschaulicht werden, die sich einer solchen konzeptionellen Ausrichtung ihrer Organisation nicht verschrieben haben. Die Ergebnisse beinhalten dabei ebenso Triebkräfte, die Einrichtungen der stationären Altenpflege dazu bewegen könnten, einen interkulturellen Öffnungsprozess in die Wege zu leiten. Sie informieren im Wesentlichen aber auch über die Gegenkräfte, die erklären, warum diese Einrichtungen eine interkulturelle Öffnung nicht verfolgen.

#### **4.2.4 Trieb- und Gegenkräfte aus Perspektive der Vergleichsgruppe**

Werden nun mit *Einrichtung 4* und *Einrichtung 5* zwei Organisationen untersucht, die mit den zuvor betrachteten Altenpflegeheimen den – im weitesten Sinne – gleichen gesellschaftlichen und feldspezifischen Kontext gemein haben, interessieren an erster Stelle jene Gegebenheiten, die dafür bestimmend sind, dass beide stationären Dienste keiner interkulturellen Öffnung nachgehen. Neben Aussagen, die explizit auf Gegengründe einer interkulturellen Öffnung verweisen, beschreiben viele Erzählungen Rahmenbedingungen, die erst interpretativ Indikatoren hierfür liefern. Im Folgenden sollen dabei jene Erklärungen veranschaulicht werden, die für diese Untersuchung als verallgemeinerbar gelten können. Da die Analyse nicht interkulturell geöffneter Einrichtungen dazu beitragen soll, das Verständnis der Bedingungsfaktoren einer interkulturellen Öffnung vergleichend zu schärfen, soll die Ergebnisdarstellung in diesem Kapitel soweit möglich entlang der zuvor verwendeten Analyseebenen erfolgen. Demnach stellt sich zunächst die Frage, ob gesamtgesellschaftliche Rahmenbedingungen von *Einrichtung 4* und *5* für ihre Erfahrungen mit Menschen mit Migrationshintergrund – als wesentliche Zielgruppen einer interkulturellen Öffnung – im organisationalen Handeln von Bedeutung sind.

Im Vergleich zu den Befragten von *Einrichtung 1* bis *3* kommen die Studienteilnehmer dieser beiden Dienste nur sehr selten auf makrosoziale Aspekte zu sprechen. Ist dies jedoch der Fall, zeigen sich erste, wenn auch vage Anhaltspunkte dafür, warum interkulturelle Öffnungsprozesse in diesen Einrichtungen nicht realisiert werden. Ein solcher Hinweis kann in der Thematisierung der örtlichen Bevölkerungsstruktur gefunden werden. Zwar wird eine *plurale Bevölkerung*, wie sie von den zuvor beschriebenen Studienteilnehmern betont wird, nicht ausgeschlossen. Wie sie sich jedoch vor Ort darstellt, ist entweder *weitgehend unbekannt* oder für das Einrichtungshandeln eines Altenpflegeheims *unerheblich*. Während ein Einrichtungsleiter zuerst noch darauf hinweist, dass im Umfeld der eigenen Einrichtung „viele Russlanddeutsche“ (LK41) leben, stellt er kurz später jedoch heraus, dass es ihm eigentlich an Wissen über die Bevölkerung mit Migrationshintergrund vor Ort fehlt. Obwohl die Stadt „recht überschaubar von der Größe“ sei, ist es ein „weißer Fleck auf der Landkarte“ für ihn, „[o]b viele Italiener hier sind, viele Russlanddeutschen, Türken“ (ebd.). Ebenso kann die zweite befragte Einrichtungsleiterin „die Situation“ vor Ort „nicht beurteilen“, d. h. auch „welche Nationalitäten“ dort „zusammenkommen“ (LK51). Dagegen scheint die Pflegedienstleiterin von *Einrichtung 4* zwar besser über die örtliche Bevölkerungsstruktur informiert zu sein, wenn sie schildert, dass von den „unheimlich viele[n] Menschen [...], die jetzt hierhingekommen sind in den letzten Jahren oder auch Jahrzehnten“ viele Personen „aus dem Osten, aus Russland und [...] Ukraine“ stammen und „so südliche Länder oder muslimische Länder [...] noch nicht“ (LK42) vertreten sind. Mit Blick auf ihre Klientel scheint die vorherrschende Pluralität das Einrichtungshandeln aber nicht zu tangieren: „Also es sind auch viele Mitbewohner hier vor Ort, aber noch nicht, die das Alter für uns erreicht haben“ (ebd.).<sup>400</sup> Insgesamt legen die Unkenntnis von der lokalen Bevölkerung mit Migrationshintergrund, aber auch die Schlussfolgerung, welche die PDL aus deren spezifischen Alterszusammensetzung zieht, nahe, dass die gesellschaftliche Pluralität beide Organisationen („noch“) nicht in dem Maße berührt, als dass sie Gegenstand aktiven organisationalen Handelns wird. Das heißt, sich beispielsweise über die Bevölkerungsstruktur vor Ort zu informieren oder aber ältere Migranten ‚für sich‘ als Organisation als bedeutsame Akteure zu bewerten.<sup>401</sup>

Nehmen die Befragten hingegen die Belegschaft in den Blick, wird deutlich, dass auch ihre Einrichtungen Berührungspunkte zu den lokalen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund haben, worauf detailliert noch später eingegangen wird, wenn organisationspezifische Bedingungen analysiert werden. Dass die Einrichtungen aber nicht wenige Mitarbeiter mit Migrationshintergrund beschäftigen, ist insofern an dieser Stelle wichtig, da sich insbesondere mit ihnen – aber auch mit der Versorgung von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund – *normative Erwartungen* für das organisationale Handeln verknüpfen. Die Befragten teilen in vielerlei Hinsicht den normativen Anspruch nach Anerkennung, Gleichbehandlung und In-

<sup>400</sup> So trifft man in einem Teil der ansässigen Vereine, mit denen die Einrichtung in engem Kontakt steht, dann auch eher auf „viele Kinder und Jugendliche Migranten“ (LK42) als auf ältere Menschen mit Migrationshintergrund.

<sup>401</sup> In Zukunft, sind sich alle Befragten jedoch einig, wird sich hinsichtlich Bedarf und Nachfrage von älteren Migranten „durchaus was verändern“ (LK52). Dabei schwanken die Meinungen zwischen der Vorstellung, dass dies „ein ganz großes Thema“ (LK42) werden wird, und der Erwartung, dass „ein bisschen mehr auf uns zukommen wird“ (PuB42).

tegration von Menschen mit Migrationshintergrund in ihren Einrichtungen, wie sie durch die Vertreter der sich interkulturell öffnenden Häuser geäußert wurden.<sup>402</sup> Während in den *Einrichtungen 1* bis *3* damit aber notwendige Anpassungsmaßnahmen verbunden werden, etwa um divergierende Bedarfe und Bedürfnisse zu berücksichtigen, scheint in *Einrichtung 4* und *5* daraus eine andere Konsequenz zu folgen. Auf die Frage, ob „Interkulturalität in der Altenpflege“ bereits ein Thema innerhalb der Einrichtung war, antwortet beispielsweise eine Pflegekraft:

„Die Bewohner sind nicht ablehnend, teilweise interessiert und teilweise ist es egal. [I: Okay.] Und bei uns, ja, ist es ja eine Selbstverständlichkeit im Laufe der Zeit. Also, da brauchen wir/ das ist eigentlich kein Thema. [I: Okay.] Das ist normal. Ja, so wie es sein soll. Und wir möchten da, glaube ich, auch gar kein Thema von machen.“ (PuB52)

Es ist davon auszugehen, dass die Befragte in ihrer Antwort ihre Kollegen mit Migrationshintergrund im Blick hat, über die sie vor der Frage bereits gesprochen hat. Das heißt zunächst, dass eine „Interkulturalität in der Altenpflege“ für sie – zumindest primär – mit der Mitarbeiterebene von Altenpflegeeinrichtungen in Zusammenhang steht. Das Zitat beginnt demnach mit einer Schilderung, wie die „Bewohner“ auf Mitarbeiter mit Migrationshintergrund reagieren. Darauf soll an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden, da für die hier verfolgte Argumentation das Verhalten der Belegschaft entscheidend ist, das die Befragte anschließend beschreibt („bei uns“). Die vermutlich bereits längere Erfahrung mit Kollegen mit Migrationshintergrund hat dazu geführt („im Laufe der Zeit“), dass es keine Besonderheit (mehr) darstellt, dass Migranten zum Personal der Einrichtung zählen. Aus der Alltäglichkeit oder auch ‚Normalität‘ dieser personellen Zusammensetzung wollte die Befragte eventuell schlussfolgern, dass eine Thematisierung daher nicht notwendig ist („Also, da brauchen wir“). Sie bricht diesen möglichen Gedanken allerdings ab und resümiert stattdessen, dass darüber innerhalb der Mitarbeiterschaft „eigentlich“ nicht gesprochen wird („kein Thema [ist]“). Nachdem sie die „Selbstverständlichkeit“ von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund noch einmal unterstreicht, indem sie sie als „normal“ bezeichnet, bewertet sie diesen vorherrschenden Zustand schließlich als einen solchen, der normativ angemessen ist („wie es sein soll“). Diese ‚richtige‘ Haltung scheint dann auch ein Grund dafür zu sein, dass man die Pluralität der Belegschaft auch nicht thematisieren „möchte“.

Dieses Zitat bringt exemplarisch zum Ausdruck, was als weitere, wenn auch latente Gegenkraft zu einer interkulturellen Öffnung verstanden werden kann: eine normative Erwartung

---

<sup>402</sup> Im Hinblick auf ältere Migranten als potenzielle Klienten zeigt sich dies z. B. ebenso in einer klaren Aufnahmebereitschaft durch die Einrichtungen („wenn einer kommt, nehmen wir den, keine Frage“, LK51; ein älterer Migrant „[w]ürde ja genauso gerne herzlich bei uns aufgenommen“, LK41) wie in einem gleichberechtigten Anspruch nach einer adäquaten Betreuung und Versorgung („Angenommen ich würde irgendwo hingehen [...]. Dann erwarte ich das auch, wenn ich krank bin, dass ich in irgendeine Einrichtung komme und vernünftig behandelt werde und gepflegt werde. [...] Können die das doch auch erwarten, wenn die hier nach Deutschland kommen.“, PuB51; „man will ja dann auch, dass die sich genauso zu Hause fühlen, wie alle anderen auch“, LK42). Und auch gegenüber Mitarbeitern mit Migrationshintergrund wird Offenheit („wir haben immer Ausländer gehabt bei uns, beschäftigt“, LK41; „Ich beschäftige die gerne.“, LK51) und der Anspruch nach Anerkennung betont (z. B. zum Umgang mit einer Kopftuch tragenden Praktikantin: „Und wir haben da mit ihr zusammen einen guten Weg gefunden, dass sie sich wohlfühlte und sie hier auch akzeptiert wurde. Das war eine gute Erfahrung, auch zu merken, dass die Bewohner sie akzeptieren, ne. Obwohl sie eben etwas anders ausschaute.“, LK52).

Diversität – hier im Sinne des Migrationsstatus – nicht zu akzentuieren bzw. sie nicht mit Bedeutung aufzuladen.<sup>403</sup> Auch im Hinblick auf die Versorgung pflegebedürftiger Migranten klingt dies an, wenn in der Thematisierung von interkulturell geöffneten, auch spezialisierten Einrichtungen ein Einrichtungsleiter etwa die „Meinung“ vertritt, „dass man das Ganze nicht so hochkochen sollte, wenn welche da sind, die hier leben, die gehören auch hier in die Einrichtung“ (LK41).

Während gesamtgesellschaftliche Bedingungen erst marginal zum Verständnis dazu beitragen können, warum stationäre Altenpflegedienste von interkulturellen Öffnungskonzepten absehen, lassen sich in feldspezifischen Voraussetzungen bereits deutlichere Erklärungsmuster finden. Anders als Vertreter der interkulturell geöffneten Einrichtungen, die eine *Heterogenisierung der Altenpflegeakteure* auch durch die Zunahme von Klienten mit Migrationshintergrund artikulieren, sehen viele der hier fokussierten Befragten in älteren Migranten noch keine signifikante Akteursgruppe auf dem Altenpflegefeld. Vor allem indirekt vermitteln die Studienteilnehmer die Ansicht, dass ältere Migranten *keinen* oder lediglich einen *geringen Bedarf* nach stationärer Pflege besitzen. Die Möglichkeit selbst eine ‚klassische‘ oder ‚spezialisierte‘ interkulturelle Öffnung zu verfolgen, sieht eine Einrichtungsleiterin etwa dann, „wenn ich merke, der Bedarf ist da, und ich muss da reagieren“ (LK51; ähnlich LK42). Dementsprechend begründet ihre Kollegin die Fokussierung des eigenen Hauses auf eine andere Klientengruppe damit, „weil wir merken, da ist ein Bedarf“ (LK52). Dass ältere Migranten kaum stationäre Pflege bedürfen, spiegele sich dann auch in deren Nachfrage wider, von der eine andere Leitungskraft „vermute[t]“, dass es „keine [gibt]“ (LK41). Insgesamt lebten daher auch nur „wenig[e]“ Migranten „in Altenheimen“ (PuB41). Während einerseits geurteilt wird, dass stationäre Pflege für ältere Migranten generell weniger erforderlich ist, wird andererseits nicht immer deutlich, ob die Befragten eine feld- oder stärker organisationspezifische Perspektive einnehmen. Es werden jedoch auch Aussagen getroffen, in denen die Befragten ihre Einschätzungen bewusst auf ihre direkte Organisationsumwelt einschränken – so sei „dieser Personenkreis denn noch nicht so in die stationäre Pflege, jedenfalls nicht bei uns, bisher gekommen“ (LK52) –, womit sie einen niedrigen Bedarf und eine geringe Nachfrage durch pflegebedürftige Senioren mit Migrationshintergrund in einen stärker räumlichen Zusammenhang rücken. Ob für das Altenpflegefeld insgesamt oder aber in spezifischen regionalen Kontexten: Indem ältere Migranten in der Wahrnehmung der Befragten eine stationäre Pflege gegenwärtig nicht oder in geringerem Maße bedürfen, stellen sie weder eine relevante (Ziel-)Gruppe für das eigene organisationale Handeln dar, noch spielen sie in der konzeptionellen Arbeit der Häuser eine Rolle.<sup>404</sup>

<sup>403</sup> Andere Äußerungen, die für eine solche Haltung sprechen, sind bspw. die Ergänzung einer Leitungskraft, die sie nach einem Interview noch anführt, dass sie den Migrationshintergrund einzelner Mitarbeiter gar nicht im „Bewusstsein“ hätte (LK51), oder die Aussagen einer Pflegekraft, die mehrfach und teils mit Nachdruck betont, dass die Herkunft von Bewohnern oder Mitarbeitern innerhalb der Einrichtung nicht zur Sprache kommt und auch zukünftig wohl nicht zum Gegenstand wird: „Ich kann mir nicht vorstellen, dass hier irgendwelche, ja, die kommen aus diesem Land und diese kommt aus diesem Land. Ich glaube, das wird es hier gar nicht geben“ (PuB51).

<sup>404</sup> Dass für die Befragten ein nicht vorhandener oder geringer Bedarf der ausschlaggebende Grund dafür ist, dass keine oder nur wenige ältere Migranten einen Pflegeplatz nachfragen, bestätigt sich zusätzlich darin, dass

Gleichzeitig ist sich die Mehrheit der Befragten nicht sicher, ob es in ihrer Verantwortung liegen würde, ältere Migranten zu versorgen. Für eine Leitungskraft ist dies erneut eine Frage des bestehenden Bedarfs: „Ich weiß nicht, ob wir dafür verantwortlich sind. Wir sind ja nur/wir erfüllen einen Bedarf. Und ich kann den Bedarf ja nicht erzeugen. Sollte ich nicht tun. Aber für jemand, der einen Bedarf hat, den Bedarf zu bieten, das ist richtig“ (LK41). Während der Befragte zunächst noch unsicher scheint, ob die Versorgung älterer Migranten in seinem Verantwortungsbereich liegt, sieht er es grundsätzlich jedoch als die Aufgabe seiner Einrichtung an, konkrete Bedarfe zu befriedigen.<sup>405</sup> Weniger klar positioniert sich eine andere Leitungskraft zu dieser Frage. Einerseits habe sich die Pflegedienstleiterin „damit noch nicht beschäftigt“, ob sie „als Heim zuständig sind“. Andererseits denkt sie eher an „größere Einrichtungen“, hinter denen „ganze Ketten“ stehen, „die dann solche Entscheidungen treffen könnten“ (LK52). Schließlich beantwortet eine Pflegekraft, die zugleich stellvertretende PDL in der Einrichtung ist, diesen Sachverhalt im Sinne einer unternehmerischen Entscheidungsfreiheit: „das muss jede Einrichtung für sich selber entscheiden“ (PuB42), wobei sich der Befragte anschließend auf christliche Träger bezieht, denen es ebenso freistehe, sich auf die Versorgung christlicher Pflegebedürftiger zu konzentrieren („wenn die natürlich jetzt nur christliche Bewohner haben möchten, dann ist das halt so“, ebd.). Wenn stationäre Dienste die Versorgung älterer Migranten also nicht grundsätzlich zu ihrem verantworteten Aufgabengebiet zählen, d. h. eine *fragliche Verantwortung* vorliegt, muss auch die Wahrscheinlichkeit geringer eingeschätzt werden, dass sich Einrichtungen konzeptionell einer solchen Bevölkerungsgruppe nähern.

Die zweite Gruppe, die nach Mitgliedern sich interkulturell öffnender Einrichtungen zur *Heterogenisierung der Altenpflegeakteure* beiträgt, sind Mitarbeiter mit Migrationshintergrund. Wie noch gezeigt werden wird, sind diese Akteure zwar auch für die Befragten von *Einrichtung 4* und *5* auf der Ebene der Organisationen nicht wegzudenken. In der Perspektive der Befragten auf das Altenpflegefeld spielen sie jedoch insgesamt keine nennenswerte Rolle.<sup>406</sup> Dagegen bringen auch diese Studienteilnehmer Rahmenbedingungen zur Sprache, die zuvor als *veränderter Arbeitsmarkt* konzeptionalisiert wurden und sich vorrangig in einem vorherrschenden Pflegekräftemangel widerspiegeln. Mit Blick auf das Altenpflegefeld insgesamt teilen die Befragten die Auffassung, dass Pflege(fach)kräfte zunehmend fehlen. Für die einen „fängt“ der Pflege(fach)kräftemangel „jetzt langsam an“ (LK51). Für andere stellt die Sicherung der Fachkraftquote „immer ein großes Problem“ (LK41) für Altenpflegeeinrichtungen

---

andere Erklärungen wie bestehende Hürden zu den stationären Diensten weitgehend ausgeschlossen werden. Demnach glaubt eine Leitungskraft nicht daran, dass eine „Barriere unsererseits oder aber der Beratungsstellen“ (LK52) für Migranten existieren und auch „dass irgendjemand eine Berührungsangst [zu der eigenen Einrichtung, BS] hat“ (LK41), sei nicht bekannt.

<sup>405</sup> Unangebracht wäre aus Sicht des Befragten dagegen einen Bedarf künstlich zu generieren.

<sup>406</sup> Gleichwohl weisen die Leitungskräfte aus *Einrichtung 4* auf Tendenzen einer Internationalisierung der (Alten-)Pflege hin, wie sie bereits von anderen Befragten thematisiert wurde. Dies kommt einerseits in „Angebote[n] für zeitlich befristete Mitarbeiter zum Ausdruck, die der Einrichtungsleiter meist von „Firmen, die aus Polen kommen“ (LK41) erhält, selbst aber aus unterschiedlichen Gründen ablehnt. Andererseits zeigt sich diese Entwicklung darin, dass „überwiegend Studenten, Medizinstudenten“ aus Rumänien „in ihren Semesterferien“ nach Deutschland kommen, um etwa in „einem ambulanten Dienst hier aus der Nachbarschaft“ „Geld [zu] verdienen“ (LK42).

dar.<sup>407</sup> Dabei wird die Bedeutung, die dieser Umstand für die Altenpflege hat, zum Teil explizit von Fragen abgegrenzt, welche eine ‚Interkulturalisierung‘ des Feldes zum Gegenstand haben.

„Im Moment hat das, glaube ich, jedenfalls bei uns hier, noch nicht so einen großen Stellenwert. Es hat in der Altenpflege generell einen unglaublichen Stellenwert, wie wir in der Zukunft überhaupt die Pflege sichern. Durch den Pflegefachkraftmangel werden Situationen auf uns zukommen, die uns auch wirklich alen, wir sind ja auch in Kontakt mit anderen Häusern, das hat gerade den größten Stellenwert. Sodass wir uns da eigentlich so drauf konzentrieren und auch ein bisschen Bauchschmerzen haben, wie die Zukunft sein wird.“ (LK52)

Das Zitat folgt auf die Frage, welchen Stellenwert die Befragte dem „Thema Interkulturalität“ in der Altenpflege insgesamt beimisst. Während sie zu Beginn ihrer Antwort urteilt, dass dieser Sachverhalt aktuell in dem Altenpflegerischen Kontext, in dem sie sich bewegt, eher von geringerem Belang ist („noch nicht so einen großen Stellenwert“ hat), stellt sie ihn anschließend jenem Problem gegenüber, dass ihrer Auffassung nach „generell einen unglaublichen Stellenwert“ in diesem Feld besitzt: die zukünftige Gewährleistung pflegerischer Versorgung. Dass die Sicherstellung der Pflege durch Pflegeanbieter problematisiert wird, begründet die Befragte mit dem Mangel an Pflegefachkräften. Dass dieser Umstand – anders als Fragen der Pluralisierung der Altenpflegeakteure – gegenwärtig im Fokus steht, ist ebenso der Tatsache geschuldet, dass der Pflegefachkräftemangel von „größte[r]“ Bedeutung im Feld ist. Gleichzeitig scheint er Anlass dafür zu sein, dass sich die Einrichtung um ihre eigene Zukunftsfähigkeit sorgt oder zumindest mit Blick auf die bevorstehende Zeit verunsichert wird („Bauchschmerzen [...], wie die Zukunft sein wird“).<sup>408</sup> Stärker als eine plurale Bevölkerung oder eine Nachfrage nach stationärer Pflege durch ältere Migranten scheint der Pflege(fach)kräftemangel also einen Umstand darzustellen, der die Einrichtungen berührt und auf den sie sich anders als bei Fragen einer kultursensiblen Pflege oder interkulturellen Öffnung „konzentrieren“ (müssen).

Während für viele Befragte aus *Einrichtung 1* bis *3* der erlebte Pflegekräftemangel gerade eine Bedingung für eine interkulturelle Öffnung und zwar gegenüber Mitarbeitern mit Migrationshintergrund darstellt, wirken zwei Gründe bei diesen beiden Einrichtungen dem entgegen. Erstens scheint das geringe Angebot an Pflege(fach)kräften auf dem deutschen Arbeitsmarkt *Einrichtung 4* und *5* zwar als Akteure des Altenpflegefeldes zu betreffen, beide Organisationen unterstreichen aber, dass sie selbst keinen oder kaum einen Mangel erleben. Neben den Erfahrungen, dass die Anzahl oder auch Qualität von Bewerbungen rückläufig sind (LK42; LK51; LK52) oder einmalig ein kurzzeitiger „Engpass“ aufgrund einer „Krank[heits]-welle“ (LK42) aufgetreten ist, fühlen sich die Einrichtungen gegenwärtig vor dem Pflegekräftemangel geschützt. Sie beschreiben die Situation vor Ort als „noch nicht so weit“ (LK42)

<sup>407</sup> Die Gründe, die für den Pflegekräftemangel verantwortlich gezeichnet werden, werden vor allem in den Arbeitsbedingungen, aber auch der geringen Anerkennung des Altenpflegeberufes sowie der mehrheitlich negativen Berichterstattung über Altenpflegeangebote gesehen. Diese haben zur Folge, dass entweder „definitiv kein Nachwuchs kommt“ (LK52) oder langfristig „keiner mehr diesen Job machen will“ (LK42).

<sup>408</sup> In solchen Erzählungen schwingt auch immer wieder die feldspezifische Konkurrenz um Pflegekräfte mit, wenn z. B. davon berichtet wird, dass Einrichtungen im „Nachbarkreis [...] 500 Euro brutto mehr [bezahlen]“ (LK51) oder von Erfahrungen berichtet wird, dass sich andere Häuser um das „Abwerben“ von Mitarbeitern der eigenen Einrichtung bemühen, wobei „gerade große Einrichtungen“ mit finanziellen Mitteln „locken“ (LK42).

oder die Personalausstattung in ihren Häusern als „recht stabil“ (LK51). Dafür sind vor allem geringe Personalfluktuationen und die Ausbildung des eigenen Nachwuchses verantwortlich (LK41; LK42; LK52). Zweitens stellen die Befragten keine Verknüpfung zwischen dem Pflegekräftemangel einerseits und einer interkulturellen Öffnung gegenüber Mitarbeitern mit Migrationshintergrund andererseits her. Während für einen Teil der Befragten aus den ersten drei Einrichtungen eine interkulturelle Öffnung zur Lösung des Pflegekräfteproblems beitragen soll, wurde diese Überlegung von den Mitgliedern von *Einrichtung 4* und *5* nicht angestellt. Gleichzeitig scheinen aber auch (noch) keine anderen Strategien angedacht worden zu sein, was etwa eine PDL auf den Punkt bringt: „Ich habe selber nicht mal eine Idee, wie wir das dann machen“ (LK42).

Daran anschließend gilt auch die Anwerbung ausländischer Pflegekräfte, was als zweites Merkmal eines veränderten Arbeitsmarktes zuvor herausgearbeitet wurde, für die Altenpflege allgemein zwar als ein „Versuch“ (LK52), den Personalbedarf zu decken. Mit Ausnahme einer Leitungskraft, die selbst schon einmal „darüber nachgedacht“ (LK41) hat, ausländische Fachkräfte anzuwerben, lehnen alle anderen Befragten, die sich hierzu äußern, die Einstellung ausländischer Pflegekräfte für die eigene Einrichtung jedoch tendenziell ab („Ich will es nicht hoffen“, LK51; „Eher nicht“, LK52) oder sehen sie gegenüber anderen Personalsicherungsstrategien als nachrangig an („Wenn es// weiter so schwierig ist, wird das/ werden wir da gar nicht drum rum kommen. [...] Also das Erste, was wir immer ganz oben auf unserer Prioritätenliste stehen haben, ist eben selber ausbilden, selber übernehmen“, LK42).<sup>409</sup> Eine Erklärung dafür, warum sich beide Einrichtungen eher gegen eine Beschäftigung von ausländischen Pflegekräften aussprechen, liegen in den erwarteten Anforderungen wie etwa der Schaffung von Wohnraum, die für sie als „eine private, kleine Trägerschaft“ nur „sehr schwierig zu stemmen“ (LK42) wären oder die sie als „kleines Haus“ „nicht leisten“ (LK52) könnten. Dass die Einstellungspraxis von Ausländern in der Altenpflege für diese Einrichtungen nebensächlich ist, scheint ein weiterer Grund dafür zu sein, dass interkulturelle Konzepte für beide Häuser gegenwärtig keine Relevanz besitzen. Das wird insbesondere dann nachvollziehbar, wenn man berücksichtigt, dass Vertreter jener Dienste, die sich interkulturell öffnen, in der zunehmenden Betätigung ausländischer Pflegekräfte in der deutschen Altenpflege eine Erklärung dafür sehen, dass interkulturelle Öffnungskonzepte derzeit gefragt sind.

Weitere Kräfte, die einer interkulturellen Öffnung stationärer Altenpflegeeinrichtungen entgegenwirken, kommen zum Vorschein, wenn man prüft, wie sich die beiden Dienste auf dem *Altenpflegemarkt* positionieren. Auch in den Interviews mit Leitungs- und Pflegekräften von *Einrichtung 4* und *5* zeigen sich zunächst ökonomische Handlungslogiken, Wettbewerbs- und Wirtschaftlichkeitsüberlegungen, die bereits zuvor als Merkmale einer *Vermarktlichung des Altenpflegefeldes* konzeptionalisiert wurden. Über diese Gemeinsamkeit zeigt sich dann auch zum ersten Mal sehr deutlich, dass alle fünf Einrichtungen Mitspieler in einem gemeinsamen Handlungsfeld sind. Eine wesentliche Reaktion auf diese Rahmenbedingungen, die bereits bei

---

<sup>409</sup> Sollten keine anderen Möglichkeiten bestehen, „muss man“ die Beschäftigung ausländischer Mitarbeiter auch laut der Leiterin von *Einrichtung 5* „ausprobieren“ (LK51). Bezogen auf den vergleichsweise kleinen Personalstamm schränkt sie aber ein: „der prozentuelle Anteil dürfte auch nicht zu hoch werden“ (ebd.).

den sich interkulturell öffnenden Einrichtungen identifiziert werden konnte, ist die eigene Einrichtung zu spezialisieren, um sich von Mitbewerbern bzw. Konkurrenten abzuheben. Auch die beiden hier fokussierten Organisationen weisen dieses Verhalten auf. Am deutlichsten macht die Leiterin von *Einrichtung 5* hierauf aufmerksam.

„Also (...) ich bin natürlich in meiner Funktion damit beschäftigt, die Einrichtung am Markt zu halten. Wir machen uns konzeptionelle Gedanken jetzt darüber, was können wir hier leisten, womit können wir uns/ oder wo können wir uns eine Nische suchen, um am Markt bleiben zu können? (...) Auf Migrant\*innen sind wir bislang nicht gekommen, Demenzkranke ist nur eingeschränkt möglich, ich erwähnte es. Sie/ wir sind ja noch gar nicht beide durchs Haus gegangen, wenn ich Ihnen das Haus zeige, dann werden Sie es merken. Wir haben hier Wendeltreppen, wir haben also da drüben Treppe, wir haben einfach zu viel Gefährdungspotenzial für demente Bewohner, insbesondere so für Läufer, die den ganzen Tag in Gang sind, ist das hier in der Einrichtung ziemlich gefährlich. Und das können wir hier gar nicht abdecken. Also wir hatten irgendwann mal I/ die Idee, Demenzkranke, weil die ja immer mehr werden, und sind dann aber drauf gekommen, das schaffen wir nicht hier, weil die müsste man ja bewachen, damit sie Treppen nicht runterfallen, weil die/ wenn die unterwegs sind, sind die unterwegs, dann ist denen auch eine Treppe egal. Aber dann ist es passiert. Ja, und wir haben jetzt überlegt, ob wir in die Palliativpflege gehen, ob wir das verstärken, dieses Thema. Man macht es ja ohnehin, nicht? Ich will nicht sagen zwangsläufig, das ist das falsche Wort, aber das bringt ja die Bewohnerstruktur mit sich, die Palliativpflege, es ist aber noch ausbaufähiger. Wir haben gemerkt, dass wir einen/, jetzt besonders im letzten Jahr, sehr junge Bewohner\*innen hatten, mit einem ganz schweren Krankheitsbild, die auch gestorben sind. Ja, und jung, also noch Anfang 60, Ende 50, Anfang 60, das ist ja eigentlich keine Klientel für uns, aber aufgrund der Krankheitsbilder und aufgrund dessen, dass eben kein familiärer Hintergrund da ist oder da war, wäre das eine Nische für uns. Also das ist im Moment unser Thema, was wir hier in der Einrichtung haben.“ (LK51)

Ohne im Detail auf jede Einzelheit der Beschreibung der Einrichtungsleiterin einzugehen, zeigt sich in diesem Zitat anschaulich, die Verbindung von ökonomischer Handlungslogik und Spezialisierungsbestrebungen in der stationären Altenpflege. Zunächst legt die Befragte dar, dass die Sicherung der Einrichtung am Markt nicht selbstverständlich ist, sondern vielmehr zu einer wesentlichen Aufgabe der Leitung zu rechnen und aktiv herzustellen ist. Um die Existenz des Hauses zu wahren, scheint es dann geboten, die eigene Einrichtung auf ein spezielles Angebot hin auszurichten. Zwar äußert die Befragte an dieser Stelle nicht explizit, dass es sich dabei um eine Wettbewerbsstrategie handelt. Indem die Einrichtung aber versucht eine „Nische“ zu besetzen, d. h. entweder eine spezifische, für eine kleine Zielgruppe interessante Dienstleistung zu offerieren und/oder einen bisher nicht erfüllten Bedarf vor Ort zu befriedigen, „um am Markt bleiben zu können“, liegt die Interpretation nahe, dass sich die Einrichtung mit dieser Vorgehensweise von anderen Dienstleistern abgrenzen möchte, um konkurrenzfähig zu bleiben. Während sich die Einrichtung zunächst überlegt hatte („wir hatten irgendwann mal I/ die Idee“), sich stärker der Versorgung der wachsenden Klientel von Demenzerkrankten zu widmen, sprachen die räumlichen Gegebenheiten der Einrichtung dieser Überlegung entgegen. Eine Zielgruppe, die demgegenüber für eine Neuausrichtung des Hauses infrage kommt, sind Pflegebedürftige, die eine Palliativversorgung benötigen. Zwar zählt die Palliativbetreuung von Bewohnern bereits aktuell zum Aufgabengebiet der Einrichtung. Nach Ansicht der Leiterin kann diese aber noch erweitert werden, indem man sich über das bisherige Klientel hinaus auch auf jüngere Palliativpatienten ohne familiäre Unterstützung(smöglichkeiten) ausrichtet.

Berücksichtigt man zudem, dass auch *Einrichtung 4* sich einerseits bereits auf demenz- und suchterkrankte Pflegebedürftige spezialisiert hat und andererseits weitere Überlegungen verfolgt, ihr Angebot auf eine spezifische Zielgruppe zu erweitern (d. h. Leistungen anzubieten,

die „mehr im Wohncharakter“ liegen, LK41), kann man resümieren, dass beide Gruppen von Einrichtungen darin übereinstimmen, Spezialisierungen als relevante Maßnahmen des Organisationshandelns zu begreifen und umzusetzen. Sie unterscheiden sich lediglich darin, wer ihre jeweiligen Zielgruppen sind: Menschen mit Migrationshintergrund oder bspw. Palliativpatienten. Wenn die zuvor zitierte Einrichtungsleiterin dann auch bemerkt, „[a]uf Migranten sind wir bislang nicht gekommen“, scheint die Entscheidung für eine spezifische Zielgruppe schließlich auch durch die Perspektive beeinflusst zu werden, die auf die gesamte Klientel in der Altenpflege eingenommen wird, d. h. ob eine spezifische Gruppe von Pflegebedürftigen erst einmal wahrgenommen wird. Gleichzeitig ist aber auch in diesen Überlegungen der Einrichtungen wieder von Bedeutung, welcher Bedarf einer speziellen Klientel zugeschrieben wird. So begründet etwa die PDL von *Einrichtung 5*, die ebenso auf die geplante Neuausrichtung ihres Hauses zu sprechen kommt, diese damit, dass für die Zielgruppe der Palliativpatienten „ein ganz großer Bedarf, sogar eine Lücke da [ist]“ (LK52). Damit spricht gegen eine interkulturelle Öffnung von *Einrichtung 4* und *5* also auch, dass sie ihre Dienstleistungsangebote auf ‚andere‘ Klientengruppen mit spezifischen Bedarfen und Bedürfnissen ausrichten.

Neben einem Einrichtungshandeln, das sich an ökonomischen Grundsätzen zu orientieren hat, gleichen sich alle fünf stationären Dienste auch darin, dass sie *professionellen Erwartungen* einer *guten bzw. richtigen Pflege* folgen. So erheben ebenso die Mitglieder von *Einrichtung 4* und *5* den Anspruch, dass sich die Arbeit von Pflegedienstleistern im Kern darum dreht, dass sich Klienten „wohlfühlen“ (LK41; LK42; ähnlich LK51; LK52). Darüber hinaus gründet eine adäquate Pflege und Betreuung ebenso auf einer Vertrauensbasis zwischen Bewohnern und Mitarbeitern, sozialen und aktivierenden Angeboten wie auch individuums- und biografieorientierten Ansätzen. Dass insbesondere die Berücksichtigung individueller Wünsche und Gewohnheiten das gegenwärtige Leitbild einer angemessenen pflegerischen Betreuung leiten, verdeutlicht sich auch über die Abgrenzung zu vergangenen Pflegepraktiken, wie es bspw. eine Einrichtungsleiterin akzentuiert: „Satt, sauber, warm und heute Morgen um sechs Uhr stehen wir alle Mann auf, dann stellen wir alle unter die Dusche, dann gibt es Frühstück, Klaps vorn Popo und ab zu Bett“, so. (.) Davon entfernt man sich ja, da ist man ja nicht mehr so, dass/ also Bewohner in so ein Schema zu pressen, geht gar nicht“ (LK51).

Während sich für Befragte der sich interkulturell öffnenden Einrichtungen mit diesen professionellen Erwartungen mehrheitlich Anforderungen verbinden, die pflegerische Betreuung von älteren Migranten an anderen ‚Ansätzen‘ auszurichten oder sich spezifisches ‚Wissen‘ hierfür anzueignen, vertreten Mitglieder der beiden übrigen Einrichtungen vermehrt eine andere Haltung; d. h. sie ziehen aus dem Anspruch, die pflegerische Versorgung eines jeden Menschen stets individuell zu gestalten, andere Schlussfolgerungen. Für die einen ergibt sich daraus eine gewisse ‚Entstandardisierung‘ des Betreuungs- und Pflegeprozesses. Da es immer „der Bewohner“ ist, der „eigentlich vor[gibt], was er braucht“, ist es „weniger“ die Pflegekraft, die „sich überlegt, was jetzt gemacht werden kann“ (LK52): „Also das, das macht Altenpflege eigentlich auch aus, dass wir immer über den Bewohner auch lernen“ (ebd.). Dementsprechend „fragen“ die Pflege- und Betreuungskräfte die individuellen Bedürfnisse „nach“ und vertreten die Einstellung, dass bspw. eine Bewohnerin „weiß, was sie will“ (PuB51). Ne-

ben den Klienten selbst spielen in dieser Ausrichtung aber auch die Angehörigen eine wichtige Rolle, mit deren Hilfe „sämtliche Informationen“ über die Klienten gesammelt werden könnten, was „keine Fortbildung“ (LK52) zu leisten imstande wäre.

Für die anderen bedeutet eine individuelle Versorgung ebenfalls, dass es „immer auf die speziellen Wünsche der Leute an[kommt]“ (PUB52). Sie sehen diese Orientierung jedoch in ihrer bisher verfolgten Praxis auch für pflegebedürftige Migranten erfüllt. Dementsprechend wird ein Veränderungsbedarf, sollten zukünftig vermehrt ältere Migranten zur Klientel der Einrichtung zählen, eher ausgeschlossen, da ein „Ablauf“ gegeben ist, der sich an individuellen Bedürfnissen orientiert (ebd.). Gleichzeitig hätten die ersten Erfahrungen mit der Versorgung älterer Migranten denjenigen entsprochen, wie sie auch auf Bewohner ohne Migrationshintergrund zutreffen: „Also wir haben erstmal so versucht zu pflegen, was/ w/ wie wir es so machen, und haben aber so vorher erfragt, auch mit den/ mit den/ mit den Angehörigen, ob es gewisse W/ Wünsche gibt und, und Gewohnheiten. Das ist eigentlich so ein/ so ein Standardprozedere, was man eben macht, ne, bei jedem Bewohner“ (LK42).<sup>410</sup>

Schließlich finden sich auch auf der organisationalen Mikro-Ebene Bedingungen dafür, die in beiden Einrichtungen gegen eine interkulturelle Öffnung sprechen. Was bereits die Wahrnehmung der lokalen Bevölkerungsstruktur als auch der Relevanz von älteren Migranten als Akteure des Altenpflegefeldes angedeutet hat, wird mit Blick auf die spezifischen Erfahrungen der Organisationen noch klarer: In beiden Einrichtungen stellt sich eine *ethnisch-kulturelle Vielfalt* bezogen auf die Klientele sehr gering dar. Die konkreten Erfahrungen mit pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund werden in ersten Antworten so oder ähnlich als „quasi keine“ (LK51) oder „relativ wenig“ (PuB42) geschildert. Im Detail bedeutet das, dass in beiden Einrichtungen bisher jeweils zwei Migrantinnen versorgt wurden. Während es sich für *Einrichtung 4* um ehemalige Klientinnen handelt, sind in *Einrichtung 5* beide angesprochenen Frauen mit Migrationshintergrund zum Zeitpunkt der Studie in der Einrichtung wohnhaft.<sup>411</sup> Diese geringe Anzahl von Bewohnern mit Migrationshintergrund scheint eine weitere Erklärung dafür zu sein, die gegen eine konzeptionelle Öffnung gegenüber pflegebedürftigen Migranten spricht.

Eine interkulturelle Öffnung scheint, wie die zuvor herausgearbeiteten Analysen deutlich gemacht haben, jedoch nicht nur auf der Pluralität der Bewohnerschaft, sondern ebenso auf der Vielfalt des Personals zu fußen. Wie bereits angesprochen sind sich in dieser Hinsicht jedoch alle fünf Einrichtungen gar nicht so unähnlich. Auch die Befragten aus *Einrichtung 4* und *5* stellen heraus, dass in ihren Häusern einige oder sogar „ganz viele“ Mitarbeiter mit Migrationshintergrund beschäftigt sind (z. B. LK42). Während es sich in *Einrichtung 5* vorrangig um Mitarbeiter mit osteuropäischen Hintergründen handelt, sind die nationalen Hintergründe der Belegschaft in *Einrichtung 4* heterogener („wir haben Italiener, wir haben Iraner, wir haben

<sup>410</sup> In beiden Pflegepraktiken scheint sich ein grundsätzlicher Leitgedanke auszudrücken: „Jeder Mensch ist anders, ob jetzt mit Migrationshintergrund oder nicht“ (PuB52).

<sup>411</sup> Dass in *Einrichtung 5* zu einem früheren Zeitpunkt möglicherweise bereits eine dritte Migrantin gewohnt haben könnte, ist auf die unterschiedlichen Erzählungen der Befragten zurückzuführen. Während zwei der vier Befragten zum Zeitpunkt der Befragung auf aktuell zwei Bewohnerinnen mit Migrationshintergrund verweisen, spricht eine dritte Studienteilnehmerin von einer Bewohnerin mit Migrationshintergrund, die gegenwärtig versorgt wird und einer weiteren, die mehrere Jahre zuvor, in dem Haus gelebt hatte.

Afghanistaner, aus Russland, aus [...] Polen. Wir haben [...] viele.“, PuB41). Alleine die Pluralität innerhalb der Mitarbeiterschaft muss daher kein Beweggrund für eine interkulturelle Öffnung darstellen. Vielmehr kann angenommen werden, dass die Art und Weise wie Vielfalt wahrgenommen wird, Erklärungen für, aber auch wider diese Konzepte bieten. Daher wird an dieser Stelle die Frage aufgeworfen, was Mitglieder von Einrichtungen, die keine interkulturelle Öffnung verfolgen, mit einer personellen Vielfalt verbinden, die auf unterschiedliche Migrationshintergründe zurückzuführen ist. Zur Erinnerung: Von den Befragten aus den *Einrichtungen 1 bis 3* wurden mit einer *ethnisch-kulturellen Vielfalt* insbesondere Differenzen und damit einhergehende unterschiedliche Schwierigkeiten assoziiert, die zusammengenommen als *Herausforderung* für die Dienste begriffen wurden.

Werden nun die Perspektiven vorgestellt, welche die Befragten aus den beiden Häusern der Vergleichsgruppe auf pflegebedürftige Migranten einerseits und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund andererseits einnehmen, sticht eine Dimension heraus, die in der Beschreibung dieser Betrachtungsweisen unerlässlich ist: nämlich, ob sich die Äußerungen der Befragten in allgemeiner Weise auf feldspezifische Akteure mit Migrationshintergrund oder speziell auf Migrantinnen und Migranten innerhalb ihrer Einrichtungen beziehen. Mit unterschiedlichen Differenzen, welche die Befragten zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund wahrnehmen,<sup>412</sup> verknüpfen sie *generell* eher verschiedene Probleme oder Herausforderungen, wie sie auch von den Studienteilnehmern der anderen drei Einrichtungen betont werden. Grundsätzlich wird die Versorgung von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund aufgrund von deren unterschiedlichen kulturellen Hintergründen als „schwierig“ (LK51) oder „nicht so einfach“ (LK42) bewertet. Erschwerend muss damit gerechnet werden, dass „Probleme“ (PuB51) oder „Barriere[n]“ (PuB52) durch fehlende Deutschkenntnisse bzw. andere dominante Sprachen hinzukommen, da ältere Migranten gegenwärtig „noch sehr stark an ihrer Muttersprache hängen“ (LK51) würden. Neben den Schwierigkeiten, die sich daraus für die Pflege- und Betreuungskräfte ergäben, bestünde auch die Gefahr, dass Bewohner, die keine oder nur geringe Deutschkompetenzen besitzen, vereinsamen und sozial isoliert werden könnten (PuB41; PuB42). Anforderungen, welche die Befragten mit der Betreuung und Pflege von Migranten andeuten, liegen z. B. in der Einstellung von Mitarbeitern mit gleichem oder ähnlichem ethnisch-kulturellen oder sprachlichen Hintergrund (LK51), in räumlichen Anpassungen (LK41; LK52) oder der Erweiterung des sozialen, auch religiösen (Beschäftigungs-)Angebots (LK42; PuB42).

Zugleich erwarten viele Befragte Herausforderungen, die mit der Beschäftigung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund einhergehen, insbesondere dann, wenn sie auf ausländische Pflegekräfte zu sprechen kommen. Der „wichtigste Aspekt“, weshalb die Einrichtungsleiterin von *Einrichtung 5* etwa die Einstellung ausländischer Pflegekräfte „als schwierig“ ansieht, ist ihre Befürchtung, dass es diesen Mitarbeitern an dem notwendigen hiesigen „kulturellen“ Wissen für die „Betreuung Demenzkranker“ fehlt: „[J]emand aus Spanien weiß vielleicht gar

---

<sup>412</sup> Differenzen, die hierbei zur Sprache kommen, sind unterschiedliche Ernährungsweisen, Sterbebegleitungs- und Trauerrituale, verschiedene Werte, Sozialisationserfahrungen oder berufliche Prinzipien, andere auch religiöse Riten, Familienformen und dominante Sprachen, um nur einige Beispiele zu nennen.

nicht, welche Lieder wir gesungen haben, der weiß nicht, was ‚Hänschen klein‘ ist. Da fehlt der kulturelle Hintergrund, den wir gebrauchen, um mit den Bewohner in ihrer Demenz angemessen umgehen zu können“ (LK51). Dieser „ganz, ganz wichtige[] Aspekt“ werde zwar auch von „einige[n] Deutschstämmige[n]“ nicht erfüllt, „von denen erwa[r]te[t]“ die Leiterin allerdings, „dass sie sich damit beschäftigen“ (ebd.). Auch die Pflegedienstleitung von *Einrichtung 4* hält es für ausländische Pflegekräfte für „ganz schön schwierig“, sich die „Gepflogenheiten“ der bestehenden Klientel „an[zu]eignen“ (LK42). Für die Einrichtung selbst würde das bedeuten, dass sie diese Mitarbeiter immens fortbilden müssten („ganz, ganz, ganz viel schulen“, ebd.).<sup>413</sup> Schließlich werden auch in Hinblick auf Mitarbeiter geringe oder fehlende Deutschkenntnisse problematisiert. Sowohl hinsichtlich der Verständigung zwischen Mitarbeitern und Bewohnern als auch innerhalb des Pflgeteams sowie in Bezug auf die Dokumentationsaufgaben ist man davon überzeugt, „wenn das nicht geht mit der Sprache, da sind wir uns, glaube ich, alle einig, dann kann niemand hier in der Pflege arbeiten“ (PuB52). Probleme, die ansonsten im Einrichtungsalltag entstehen, können andere Mitarbeiter „ja nicht mit auffangen“ (ebd.). Demnach stellen grundlegende Kenntnisse „der deutschen Sprache“ auch „die größte Voraussetzung“ (PuB42) für Pflegekräfte dar.

Werden nun Aussagen der Befragten näher betrachtet, die sich auf ihre *konkreten* Erfahrungen mit Menschen mit Migrationshintergrund innerhalb ihrer Häuser oder auf diesbezügliche Erwartungen für ihre *eigenen* Einrichtungen beziehen, stellen sich diese zwar nicht ausschließlich, aber doch in den meisten Fällen als ‚problemlos‘ dar. Kommen die Befragten dennoch auf Schwierigkeiten oder zusätzliche Aufgaben zu sprechen, werden diese in der Regel relativiert oder hinsichtlich erfahrener Erlebnisse als ‚Ausnahmen‘ umschrieben. Demnach gilt – als erster Aspekt, der hierzu betrachtet werden soll – die Versorgung von pflegebedürftigen Migranten für die Einrichtungen selbst insgesamt als ‚unproblematisch‘. Bezogen auf die Klientinnen mit Migrationshintergrund, die derzeit in *Einrichtung 5* leben, zeigt sich dies zunächst andeutungsweise, wenn die Einrichtungsleiterin die beiden Bewohnerinnen benennt und hinzufügt, dass sie „aber durchaus deutschsprachig sind“ (LK51). Damit scheint die Befragte ausschließen zu wollen, dass Kommunikationsschwierigkeiten vorliegen würden, die häufig als zentral bewertet oder zumindest primär angesprochen werden. Wenn dann doch „mal ein Wort nicht verstanden wird“, so eine Mitarbeiterin (PuB52), „findet sich immer jemand“, vermutlich unter den mehrsprachigen Kollegen (PuB51), der oder die unterstützen kann. Darüber hinaus verneint die Pflegefachkraft die Frage, ob für Mitarbeiter der Einrichtung bereits Fortbildungsangebote bestanden haben, die sich mit einer kultursensiblen Pflege beschäftigen, und begründet dies damit, „weil wir ja auch gar kein Problem damit haben“ (PuB52). Ähnlich hat sich die Pflege von zwei Migrantinnen in *Einrichtung 4* gestaltet, worauf die PDL des Heims zurückblickt. Während die Betreuung und Versorgung der „einen Dame [...] überhaupt gar kein Problem“ war, wurden die „Eigenarten“ der anderen zwar „als ein bisschen schwierig“ empfunden, aber auch damit seien die Mitarbeiter irgendwann „gelas-

<sup>413</sup> „Eher“ als für Einrichtungen wäre es aber „für die Person selber schwierig, sich dann in einem deutschen Altenheim zurechtzufinden“ (ebd.).

sen“ (LK42) umgegangen.<sup>414</sup> Sprachliche Barrieren durch die voranschreitende Demenz einer der beiden Bewohnerinnen waren schließlich auch „nicht ganz so schlimm“, da die Einrichtung „einige Mitarbeiter“ beschäftigt, welche die dominante Sprache der Klientin „sprechen können“ (ebd.).

Ebenso ‚gelassen‘ schauen die Befragten auf eine mögliche Zunahme von Bewohnern mit Migrationshintergrund. Für die Einen gehen mit der Versorgung von Migranten für die eigene Einrichtung keine geänderten Anforderungen einher, weil „die Pflege nicht anders“ (PuB52) ist oder sich die Interessen bezüglich der Betreuungsangebote nicht unterscheiden werden („ich kann mir nicht vorstellen, dass das/ in anderen Ländern weniger gebastelt wird“, PuB51).<sup>415</sup> Andere Befragte sehen sich trotz eines möglichen Veränderungsbedarfs für eine neue Klientel bereits gut aufgestellt.

„Also das wird für uns sicherlich eine kleinere Herausforderung, ich glaube gar nicht mal, dass es so schwierig wird, weil wir haben eigentlich auch ein recht junges Team hier, und ich glaube, da kriegt man noch viel, viel mehr mit und kann sich auch viel mehr umstellen, und wir haben eben auch einige ausländische Mitarbeiter, die uns da hoffentlich dann auch hilfreich zur Seite stehen können mit Ihren Erfahrungen und Ihrer Kultur [...]“ (LK42)

Dem Zitat geht die Beschreibung möglicher Anforderungen in der pflegerischen Versorgung von älteren Migranten voraus, welche die Befragte verschiedenen Berichten aus Fachzeitschriften entnommen hat. Ihre eigene Einrichtung sieht sie dadurch aber kaum herausgefordert. Dies begründet die PDL damit, dass das Haus auf eine junge Belegschaft zurückgreifen kann, von der sie eine größere Offenheit gegenüber oder Aufnahmefähigkeit von etwa neuen oder unüblichen Sachverhalten als auch eine größere Anpassungsbereitschaft an solche Gegebenheiten erwartet. Ein weiterer Grund der aus Sicht der Befragten dafür spricht, dass die Einrichtung ohne größere Probleme dazu in der Lage wäre, vermehrt ältere Migranten zu versorgen, ist in der Betriebsangehörigkeit von „ausländische[n] Mitarbeiter[n]“ zu finden. In deren „Erfahrungen“ und deren „Kultur“ scheint sie Kompetenzen auszumachen, von denen sich die PDL für eine solche Aufgabe eine zusätzliche Unterstützung erhofft.

Eine andere Befragte sieht das Team durch viele Mitarbeiter mit unterschiedlichen Migrationshintergründen zudem sprachlich gut aufgestellt, um mögliche Bewohner ohne Deutschkenntnisse angemessen versorgen zu können (PuB41). Darüber hinaus könnten Kenntnisse der dominanten Sprache von Bewohnern als nachrangig bewertet werden, wenn diese an Demenz erkrankt sind, da bei einem solchen Krankheitsbild vor allem auch mit nonverbalen Mitteln kommuniziert werden könnte (LK41; PuB51). Gegebenenfalls wäre es auch „zusammen mit den Angehörigen“ machbar, sich auf divergierende Bedarfe und Bedürfnisse „ein[zu]stellen“ (LK52).

---

<sup>414</sup> Bereits zuvor umschrieb die Befragte die Erfahrung mit beiden Bewohnerinnen als unproblematisch und führte dies wie die Einrichtungsleiterin von *Einrichtung 5* u. a. auf deren Deutschkenntnisse zurück („das war relativ einfach, sie sprachen gut Deutsch“, ebd.).

<sup>415</sup> Seltener werden zudem spezifische Bedürfnisse von einzelnen Personengruppen, die allgemein zu bestehen scheinen, für das Leben in einer Pflegeeinrichtung relativiert. So stellt eine Pflegekraft während der Thematisierung von Veränderungsbedarfen etwa infrage, ob muslimische Pflegebedürftige noch rituelle Gebete praktizieren würden: „[W]enn jetzt Muslime kommen, die dann/ also das ist jetzt schon ein bisschen lachhaft, wir sprechen über Altenheim. Ich glaube nicht, dass sich viele Menschen da noch auf den Fußboden legen und noch beten möchten“. Gleichzeitig ergänzt sie aber: „[W]enn sie es möchten, würde sicherlich irgendwo eine Möglichkeit dafür geschaffen“ (PuB52). Somit besteht auch dahingehend für die eigene Einrichtung keine Herausforderung.

Die positiven Erfahrungen mit Bewohnern mit Migrationshintergrund scheinen schließlich auch denen zu entsprechen, welche die Befragten mit Mitarbeitern und Kollegen mit Migrationshintergrund gemacht haben. Während die Beschäftigung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund allgemein häufig aufgrund von fehlenden deutschen Sprachkenntnissen problematisiert wird, legen viele indirekte Aussagen der Befragten nahe, dass in ihren Einrichtungen Sprachschwierigkeiten nicht bestehen und zwar deshalb, weil alle Mitarbeiter über ausreichend deutsche Sprachkompetenzen verfügen. Dementsprechend erklärt eine Leitungskraft, dass sie „Frauen aus dem Ostblock“ in ihrer Einrichtung „gerne“ einstellt, „VORAUSGESETZT, sie sind unserer Sprache mächtig“ (LK51). Auch eine Pflegekraft bestätigt, dass deutsche Sprachkenntnisse „von vornherein“ vorhanden sein müssen, was im „Einstellungsgespräch“ (PuB52) aber überprüft werde. Direkt äußert sich eine andere Pflegekraft dazu, dass hinsichtlich der deutschen Sprache so gut wie keine Probleme bestehen, als er auf eine Kollegin mit Migrationshintergrund zu sprechen kommt: „[S]ie kann gut Deutsch, auch die anderen können gut Deutsch“. „Nur“ bei „gewisse[n] Fachbegriffe[n]“ stießen die Deutschkenntnisse von manchen Kollegen an ihre Grenzen. Dem könnte aber leicht begegnet werden, indem „einfach ein bisschen intensivere Gespräche“ geführt oder ein „bisschen anders“ (PuB42) mit diesen Kollegen gesprochen würde.

Ebenso gilt die Zusammenarbeit im Pflorgeteam als grundsätzlich positiv (LK42; PuB41), (immer) problemlos (LK41; PuB52) oder „NORMAL“ (LK51). Wird dennoch von Konflikten zwischen Kollegen mit und ohne Migrationshintergrund berichtet, werden diese als Einzelfälle („Von einer Erfahrung lasse ich mich nicht vom Wege abbringen“, LK41; „Nur der eine, wirklich“, PuB41), „generell menschliche Schwierigkeiten“ (LK52) und/oder „kleine Reibereien“, die sich „leicht aus dem Weg schaffen“ (PuB42) lassen, bezeichnet.<sup>416</sup> Fachliche Meinungsverschiedenheiten bspw. auf Grund von unterschiedlichen Betreuungs- und Pflegevorstellungen sind kaum ein Thema; anscheinend auch deshalb, weil die Pflege- und Betreuungskräfte mit Migrationshintergrund in diesen beiden Einrichtungen mehrheitlich ihre Ausbildungen in Deutschland absolviert haben, was Differenzen (eher) auszuschließen scheint („wir haben ja die Ausbildung [...] und danach richten wir uns“, PuB51; auch PuB52).

Darüber hinaus finden sich Anzeichen, dass Mitarbeiter mit Migrationshintergrund in diesen Häusern geneigt sind, sich in vorherrschende Gegebenheiten zu integrieren oder sich daran anzupassen: So beschreibt eine Fachkraft eine spezifische Gruppe von Migrantinnen, nicht nur als besonders fleißig, sondern auch als diejenigen Mitarbeiter, die am „anpassungsfähigsten“ sind, was für die Befragte auch bedeutet, dass Aufgaben nicht „permanent“ hinterfragt,

<sup>416</sup> Eine Ursache eines solchen Konfliktes wurde etwa darin gesehen, dass „Mitarbeiter, die eine andere Kultur gewohnt sind, Schwierigkeiten haben, sich unterzuordnen unter gewissen Maßstäben“. In einem Fall hatte dies zur Folge, dass die „Kompetenz“ eines Vorgesetzten durch eine Mitarbeiterin infrage gestellt wurde. In der Auseinandersetzung, die darauf folgte, wurde dann auch der Vorwurf an die Einrichtungsmitglieder laut, „ihr könnt ja keine Ausländer leiden“. Nachdem Arbeitstage von der Mitarbeiterin „krankgefeiert“ und ein gemeinsames Gespräch „ausgeschlagen“ wurde, folgte die Kündigung der Mitarbeiterin durch die Einrichtung sowie eine Einigung vor dem „Arbeitsgericht“ (LK41). Für einen anderen Befragten „war das Problem“ in diesem Fall einerseits „die Kommunikation“. Die Mitarbeiterin „konnte Deutsch, nur halt nicht fließend“, weswegen „sie das alles nicht so begriffen hat, wie wir ihr das erklärt haben“. Andererseits – und zwar hauptsächlich – waren persönliche Charaktereigenschaften der Mitarbeiterin ausschlaggebend dafür, dass es zu Konflikten mit dieser Kollegin gekommen ist. Deshalb hatte das „nicht nur was mit dem Migrationshintergrund zu tun“ (PuB42).

sondern „einfach gemacht“ (LK51) würden. Positiv wird von einer anderen Leitungskraft in diesem Zusammenhang ihre Erfahrung mit einer „Jahrespraktikantin mit muslimischen Hintergrund“ hervorgehoben. Die junge Frau hätte im Vorstellungsgespräch darauf hingewiesen, dass sie bspw. religiöse Riten wie der zeitweise Verzicht auf Nahrungsmittel während des Ramadan auf das Private beschränken und sich somit „im Berufsleben [...] etwas anpass[en]“ würde. Demnach hätten die Einrichtungsmitglieder nicht zu befürchten, „dass sie [die Praktikantin, BS] in irgendeiner Art und Weise eingeschränkt wäre“ oder dass die Kollegen „auf irgendwas Rücksicht nehmen müssten“. Das „fand“ die befragte PDL „sehr, sehr gut“ (LK42).<sup>417</sup> Schließlich trage die Bereitschaft von „im Haus integriert[en]“ Mitarbeitern mit Migrationshintergrund, als „Lehrmeister“ neue Kollegen anzuleiten, dazu bei, dass die Zusammenarbeit im Haus „funktioniert“ (LK41).

Werden nun zuletzt noch Erzählungen der Befragten betrachtet, die sich dem Verhältnis zwischen Mitarbeitern mit Migrationshintergrund und den Klienten, die mehrheitlich keinen Migrationshintergrund besitzen, widmen, fällt erneut auf, dass sie sich von eher generellen Beschreibungen unterscheiden. Hatte die Einrichtungsleiterin von *Einrichtung 5* die Einstellung ausländischer Pflegekräfte noch als schwierig beschrieben, da sie die Gefahr sieht, dass es ihnen an notwendigen ‚kulturellen‘ Wissensbeständen in der Versorgung Demenzerkrankter fehlen könnte, seien die Mitarbeiter mit Migrationshintergrund, die im Haus beschäftigt sind, in der Lage sich „gut“ auf die Bewohner bzw. deren Bedürfnisse „einlassen [zu] können“. Das führt die Befragte auch darauf zurück, dass „einige ja auch einen deutschstämmigen Hintergrund“ hätten und dadurch „ein Stück der Kultur“ (LK51) mitbringen würden. Daneben können beide Einrichtungen zwar auch von Erfahrungen berichten, in denen Mitarbeiter mit Migrationshintergrund von Bewohnern z. B. mit Kriegserfahrungen abgelehnt wurden (LK42; LK52). Aber auch diese Erlebnisse werden, wenn überhaupt nur ansatzweise als problematisch empfunden. Entweder sind Lösungen wie die Umverteilung der Aufgaben innerhalb des Pflorgeteams gut „machbar“ (LK42), „[e]xtreme“ (PuB42) Formen der Ablehnung nicht vorhanden oder abweisendes Verhalten von Bewohnern eher kurzfristig, da sich bei den vielen dementen Klienten „die Zustände auch schnell wieder ändern“ – „von Tag zu Tag teilweise“ (LK52).

Indem die Befragten dieser beiden Einrichtungen mit einer bestehenden oder zu erwartenden Vielfalt innerhalb ihrer Häuser, die auf Migrationshintergründe unterschiedlicher Akteure zurückzuführen ist, weder umfangreiche Schwierigkeiten noch zusätzliche Aufgaben verbinden, ist – aus dem Vergleich mit den Ergebnissen der Befragungen in den sich interkulturell öffnenden Einrichtungen – zu schließen, dass eine wesentliche Bedingung für eine interkulturelle Öffnung in diesen stationären Diensten nicht gegeben ist. Die Wahrnehmung von *Vielfalt als Herausforderungen* wird eher im Allgemeinen, aber kaum im Besonderen, d. h. für die eigenen Einrichtungen, mit den anderen Befragten geteilt.

---

<sup>417</sup> Auf Nachfrage stellt die Pflegedienstleiterin heraus, dass es ihr nicht darum geht, dass religiöse Praktiken bspw. von muslimischen Mitarbeitern im Arbeitsleben grundsätzlich zurückgenommen werden sollten, sondern dass es bei allen Verhaltensweisen oder Äußerlichkeiten von Mitarbeitern darum geht, dass Bewohner „in keiner Weise irgendwo drunter LEIDEN“, sie sich „daran stören“ oder der „Betrieb“ dadurch beeinträchtigt wird (LK42).

Neben den bis hierhin vorgestellten Bedingungen, die als Gegenkräfte einer interkulturellen Öffnung gefasst werden und in Kontrast zu den zuvor identifizierten Beweggründen für eine solche konzeptionelle Ausrichtung gestellt wurden, lassen die Analysen weitere Schlussfolgerungen zu, die für diese Fälle gegen einen interkulturellen Öffnungsprozess sprechen. Ein erster Indikator stellt die *geringe Auseinandersetzung* mit diesem Thema innerhalb der Einrichtungen dar. Auf der einen Seite weisen die Leitungskräfte darauf hin, dass ihnen Diskussionen um kultursensible Altenpflege und eine interkulturelle Öffnung von Altenpflegeeinrichtungen „[d]urchaus“ (LK52) bekannt sind.<sup>418</sup> Insbesondere über Fachzeitschriften, die „öfter“ (ebd.) oder „immer mal wieder“ (LK42) über solche Fragen berichten, aber auch über „Angebote“ (LK52) zu Fortbildungen in diesem Bereich wurden die Befragten darauf aufmerksam. Dabei gilt das Themenfeld für viele der Befragten als „spannend“ (LK42; LK52) und relevant, auch weil es in Zukunft an Bedeutung gewinnen könnte (LK41; LK42; LK52). Auf der anderen Seite äußern die Leitungskräfte aber immer wieder, dass sie sich mit verschiedenen Fragen, die mit kultursensibler Pflege oder organisatorischen Anpassungsprozessen im Zusammenhang stehen, bislang „zu wenig“ (LK51) oder „noch nicht so beschäftigt“ (LK42) hätten. Auch eine Pflegefachkraft schildert, dass man sich beispielsweise über mögliche Barrieren von älteren Migranten zu Einrichtungen der stationären Altenpflege „so keine Gedanken drum [macht]“ (PuB42). Bislang hätte eine Thematisierung von älteren Migranten, ‚Interkulturalität‘ in der Altenpflege oder aber Konzepten einer interkulturellen Öffnung in keiner der beiden Einrichtungen stattgefunden.<sup>419</sup> Und auch in Arbeitskreisen, in denen die Einrichtungen mitwirken, wurden „solche Themen“ (LK42) noch nicht behandelt. Für den Leiter von *Einrichtung 4* erklärt sich die Tatsache, dass sich sein Haus nicht an interkulturellen Konzepten orientiert, schließlich auch damit, weil es ihm schlicht „noch nie in den Sinn gekommen“ (LK41) ist. Damit scheint trotz der Kenntnis über das Themenfeld und dem Interesse oder der Relevanz, die hierzu von einem Teil der Befragten bekundet wird, eine tiefergehende Auseinandersetzung oder Erörterung bis zum Zeitpunkt der Fallstudienuntersuchung nicht erfolgt zu sein.

Dies kann teilweise auch darauf zurückgeführt werden, dass die Befragten diese Thematik gegenüber anderen feld- und organisationspezifischen Problemstellungen als nachrangig bewerten. Dies bringt beispielsweise die Einrichtungsleiterin von *Einrichtung 5* zum Ausdruck. Infolge der Überlegung, dass die Nachfrage von älteren Migranten in Zukunft zunehmen könnte, und der Frage wie eine Einrichtung mit einer solchen neuen Aufgabe, die an sie gestellt wird, umgehen würde, antwortet die Befragte:

„Ich glaube, wir hätten im Moment keine Motivation zu sagen: ‚Wir schulen jetzt mal alle‘. Hängt ein bisschen auch damit zusammen, dass wir auf so vielen/ in so vielen Bereichen schulen müssen, und ständig Neuerungen unterlegen sind, und immerzu müssen wir was Neues lernen, das/ ich glaube, das würden wir hinten anschieben [...]“ (LK51)

<sup>418</sup> Und zwar im Gegensatz zu den Pflege- und Betreuungskräften, die interkulturelle Öffnungskonzepte nicht kennen.

<sup>419</sup> Ein einziges Thema im Hinblick auf Mitarbeiter mit Migrationshintergrund, an das sich die Pflegedienstleitung von *Einrichtung 5* erinnert, ist das Kopftuchtragen einer Praktikantin gewesen (LK52).

Bevor die Befragte beschreibt, wie auf eine solche neue Anforderung innerhalb der Einrichtung reagiert werden würde – worauf später noch eingegangen wird – erläutert sie, wie sie nicht vorgehen würde: Es ist für die Leiterin keine Option die Belegschaft etwa in Vorschau auf eine größere Klientel von pflegebedürftigen älteren Migranten präventiv fortbilden zu lassen. Ein allem Anschein nach wichtiger Grund dafür besteht darin, dass sich die Einrichtung kontinuierlich neuen Herausforderungen ausgesetzt sieht. Da die Einrichtungsglieder dementsprechend schon grundsätzlich mit einem umfassenden Schulungsbedarf konfrontiert sind, scheint die „Motivation“, sich darüber hinaus noch in einem zusätzlichen Bereich weiterzubilden, nicht gegeben zu sein. Das heißt auch, dass die Einrichtung spezifischen Themen unterschiedlich große Bedeutung beimisst und sich auf prioritär bewertete Sachverhalte etwa durch Fortbildungen vorbereitet und nachrangig beurteilte Angelegenheiten „hinten anschieb[t]“. Möglicherweise spricht die Leitungskraft an dieser Stelle einen weiteren Unterschied an. Die Äußerungen, dass sie als Einrichtung „schulen *müssen*“ und „Neuerungen *unterlegen* sind“, könnten auf verpflichtende Entwicklungs- und Qualifizierungsaufgaben hindeuten, zu denen etwa eine interkulturelle Öffnung bzw. kultursensible Versorgungsangebote nicht zu zählen sind (vgl. Kap. IV. 2.3). Ähnlich äußert sich die PDL der Einrichtung, wenn sie darauf verweist, dass Schulungsangebote zu Konzepten einer interkulturellen Öffnung „nicht die erste Fortbildung“ wäre, welche die Mitarbeiter aufsuchen würden: „neben vielen anderen Dingen, die wir auch einfach brauchen und haben müssen“ (LK52).

Dass andere feldspezifische Themen für diese Einrichtungen als relevanter bewertet werden, umschreibt auch die PDL von *Einrichtung 4*. Auf die Frage, ob Diskussionen um eine interkulturelle Öffnung Druck auf Altenpflegeeinrichtungen ausüben, verneint die Befragte und resümiert: „Wir haben andere, ich sage mal, SORGEN“ (LK42).<sup>420</sup> Problemstellungen, welche in ihrer Einrichtung größere Aufmerksamkeit erhielten, fasst sie im „Fachkraftmangel“ und den stattfindenden „Überprüfungen“ (ebd.) zusammen. Zudem erwartet sie, dass eine stärkere Orientierung auf „die Demenzversorgung“ auf die Einrichtung „zukommen“ (ebd.) wird. Eine Altenheimklientel, die sich immer mehr durch eine schwere oder schwerste Pflegebedürftigkeit auszeichnet, hat zur Folge, dass die Betreuungs- und Pflegeangebote weiter nachgebessert werden müssten: „[D]a müssen wir sehen, dass wir am Ball bleiben, dass wir uns entsprechend unseren Konzepten weiter anpassen an die Bedarfe, die die Bewohner haben“ (ebd.). Neben dem Pflegekräftemangel, dem auch in *Einrichtung 5* ein größerer Stellenwert als ‚interkulturellen Fragen‘ zugeschrieben wird, sieht sich dieses Haus zudem durch gesetzliche Veränderungen herausgefordert, welche das Prinzip ‚ambulant vor stationär‘ weiter stärken (LK51; LK52). Demnach könnten Diskussionen um interkulturelle Ansätze sowohl für die eigene Einrichtung, aber auch für das Altenpflegefeld insgesamt als „Randthema“ (LK52) bewertet werden.<sup>421</sup> Grundsätzlich scheint also die beurteilte *Nachrangigkeit* dieser (potenziellen) Aufgabe, vermehrt ältere Migranten zu betreuen und zu pflegen bzw. die

<sup>420</sup> Wobei die Befragte nicht ausschließt, dass für andere Einrichtungen z. B. „in größeren Städten“ dies bereits ein „brandaktuelles Thema“ (LK42) sein könnte, was auch der Leiter von *Einrichtung 4* so sieht (LK41).

<sup>421</sup> Als „Thema Nummer eins“, was alle in der Altenpflege umtreibe, bezeichnet die PDL des Hauses im Gegensatz dazu die Frage, „wie kann die Versorgung und Pflege als attraktiver Beruf bei jungen Leuten angepriesen werden“ (LK52).

eigene Einrichtung dafür interkulturell zu öffnen, einer Umsetzung solcher oder ähnlicher Konzepte entgegenzuwirken.

Schließlich spricht die Tatsache *fehlender Anpassungsmöglichkeiten* für einen Teil der Befragten gegen eine interkulturelle Öffnung ihrer Einrichtungen. Insbesondere mit einer interkulturellen Öffnung assoziierte räumliche Veränderungen schließen beide Einrichtungsleitungen aus. Die Leiterin von *Einrichtung 5* hat dabei etwa divergierende Trauer- und Sterbebegleitungsrituale im Sinn, die möglicherweise „mit lauten Schreien, mit lautem Jammern, mit Weinen“ vollzogen würden, was „in solch einer Einrichtung [...] viele erschrecken [würde]“. Für die Schlussfolgerung, die sie daraus zieht, nämlich dass „man sich räumlich etwas anders aufstell[en] [müsste]“, sieht sie in ihrem eigenen Haus „keine Möglichkeiten“ (LK51). Ebenso schließt der Leiter von *Einrichtung 4* „bauliche Maßnahmen“, beispielsweise für die Einrichtung eines „Gebetsraum[s]“ aus und zwar deshalb „weil wir den Platz nicht haben. Und nicht, weil ich das nicht will“ (LK41). Auch die Vorstellung, dass für die Versorgung von älteren Migranten Personal benötigt wird – oder es zumindest besser wäre, wenn dieses in der Einrichtung tätig wäre –, das den nationalen Hintergründen der Klienten entspricht, erscheint als kaum realisierbar, insbesondere je größer die Pluralität unter den Bewohnern wäre (LK51; LK52).

Neben den Beweggründen, die für beide Einrichtungen gegen eine interkulturelle Öffnung sprechen, stellt sich jedoch auch die Frage, welche Bedingungen sich aus den Perspektiven dieser Befragten für die Verwirklichung solcher Konzepte als förderlich darstellen. Hinweise dazu finden sich ebenso in Antworten der Befragten auf die Frage, ob Konzepte einer interkulturellen Öffnung auch für die eigene Einrichtung denkbar wären, als auch in Äußerungen, die nicht direkt in Bezug zum Ansatz einer interkulturellen Öffnung gesetzt werden. Im Vergleich mit den Triebkräften, welche für *Einrichtung 1* bis *3* identifiziert werden konnten, ist aber anzunehmen, dass auch solche letztgenannten Aussagen Anhaltspunkte dafür liefern, welche Bedingungen eine solche konzeptionelle Ausrichtung anregen könnten. „Grundsätzlich“ (LK51) kann sich die Mehrheit der Befragten vorstellen, dass sich ihre eigene Einrichtung zukünftig – unter bestimmten Umständen – interkulturell öffnet oder an einer potenziellen Klientengruppe ‚ältere Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund‘ ausrichtet.

Zu diesen ‚bestimmten Umständen‘ zählt zunächst wenig überraschend, dass der Bedarf nach (stationären) Pflegedienstleistungen auf dem Altenpflegefeld durch Senioren mit Migrationshintergrund zunimmt. Wie bereits in einem vorherigen Zitat des Einrichtungsleiters von *Einrichtung 4* zum Ausdruck kam, sehen es die Befragten als ‚richtig‘ an, bestehende Bedarfe zu befriedigen. Dies gelte ebenso im Hinblick auf ältere Migranten. Auch das macht der besagte Einrichtungsleiter deutlich:

„Wenn jemand aus seiner Überzeugung heraus ein bestimmtes Leben hat, sagen wir mal, was soll ich sagen, ein ganz extremes Beispiel. Ein Mann läuft mit Frauenunterwäsche rum, so und der kommt zu uns in die Einrichtung, die würde ich dem belassen. Ja. Und das andere würde ich genauso sehen. Weil, wenn da der Bedarf einfach ist, dann muss man gucken, wie kann man diesen Bedarf erfüllen. Wie schon gesagt, ich würde/ Essenbeispiel, dieses schweinefleischfreie Kost voll unterstützen [...].“ (LK41)

Während die meisten Befragten eher allgemein auf einen zunehmenden oder bestehenden ‚Bedarf‘ von älteren Migranten als Umstand für eine Ausrichtung auf diese Klientel zu spre-

chen kommen (z. B. „wenn das irgendwann der Bedarf da ist, muss man sich dem Bedarf anpassen“, LK42), verknüpft die hier zitierte Leitungskraft seine Begründung mit dem Beispiel eines spezifischen Bedürfnisses. Zu Beginn seiner Aussage kommt er exemplarisch auf eine männliche Person zu sprechen, die „Frauenunterwäsche“ trägt. Dass der Befragte ein solches Verhalten als sehr unüblich begreift, drückt er darüber aus, dass er es „ein ganz extremes Beispiel“ nennt. Im Einrichtungskontext hätte eine solche Kleidungspraxis zur Folge, dass dem Bewohner weiterhin die Möglichkeit gegeben werden würde, diesen Bestandteil seines Lebens, wie es durch den Befragten umschrieben wird, beizubehalten. Diese Vorgehensweise seines Hauses überträgt er anschließend auf einen spezifischen Bedarf, den er mit älteren Migranten assoziiert, nämlich dass das Essensangebot für einen Bewohner mit Migrationshintergrund schweinefleischlos wäre. Für den Befragten ist es prinzipiell ein ‚Muss‘, dass eine Einrichtung zumindest bestrebt ist, einen vorhandenen Bedarf zu „erfüllen“. Diese Beschreibung lässt an den professionellen Anspruch von Altenpflegeanbietern erinnern, den individuellen Bedürfnissen und Wünschen ihrer Klienten so weit wie möglich nachzukommen.

Die ersten beiden Triebkräfte dafür, das organisatorische Angebot einer stationären Einrichtung an ältere Migranten anzupassen, verkörpern demnach einerseits der Anspruch nach einer angemessenen, d. h. insbesondere auch individuumsorientierten Pflege und Betreuung; andererseits die Zunahme pflegebedürftiger Migranten, die eine stationäre Versorgung bedürfen, auf eine für die Pflegeanbieter erkennbare Größe.<sup>422</sup> Dabei muss hinsichtlich der zuletzt genannten Bedingung allerdings einschränkend ergänzt werden, dass sich ein gewachsener Bedarf nicht nur auf dem Altenpflegefeld insgesamt, sondern auch in der eigenen Einrichtung „manifestier[en]“ (LK42) müsste. Die Pflegedienstleitung aus *Einrichtung 5* stellt dies so fest: „[E]s wird dann eher so sein, dass, wenn Bewohner vermehrt aus einem bestimmten Kulturkreis kommen sollten, dass wir dann aktiv werden“ (LK52).

Dass es darüber hinaus als Aufgabe von Einrichtungen angesehen wird, sich auf die Bedürfnisse von älteren Pflegebedürftigen einzustellen, und nicht etwa erwartet werden kann, dass sich Bewohner an die Praktiken der Pflegeanbieter anpassen, scheint zudem mit einem vorherrschenden Altersbild in Zusammenhang zu stehen. Darauf weist z. B. eine Einrichtungsleiterin hin:

„Ne, das müssten wir/ also stellen Sie sich das andersrum vor. Also ich bin in einem bestimmten Alter und soll dann noch anfangen, mich anzupassen? Das gelingt nicht, das ist Quatsch, also in, in einer/ solange ich jung bin, bin ich ja noch, ich sage mal, formbar, da kann ich auch noch selber das ganz gut steuern, aber wenn man alt ist und gewisse Fähigkeiten schon verloren hat, dann glaube ich, das schafft man nicht. Das wäre unrealistisch, das zu verlangen, oder?“ (LK51)

Die Leitungskraft wiederholt zu Beginn dieses Zitats, was sie bereits zuvor bekundet hat, dass es in der Aufgabe der Einrichtung und nicht der Bewohner liegt, sich wenn nötig zu verändern („das müssten wir“). Sie erklärt dies damit, dass eine Anpassung „in einem bestimmten Alter“ nicht mehr „gelingt“, was möglicherweise auch darauf zurückzuführen ist, dass es Menschen im Alter an dafür benötigten Kompetenzen fehlt. Die Befragte setzt diese Einschätzung mit

<sup>422</sup> Dass im Hinblick auf die Ausrichtung von Pflegedienstleistern an einen vorherrschenden Bedarf die Gruppengröße der spezifischen Klientel nicht unwesentlich ist, zeigt sich insbesondere auch in den Beschreibungen der Befragten von ihren eigenen (geplanten) Zielgruppen, die als wachsende Klientengruppen charakterisiert werden.

der Vorstellung in Vergleich, dass Menschen in jungem Alter im Gegensatz dazu einerseits noch anpassungsfähiger, vielleicht auch beeinflussbarer („formbar“) und andererseits handlungs- und entscheidungsfähiger sind („selber [...] steuern“ können). Von älteren Menschen aber einzufordern, sich selbst zugunsten bestehender Organisationspraktiken umzustellen, hält die Einrichtungsleiterin nicht nur für „Quatsch“, sondern auch für „unrealistisch“.

Die PDL aus *Einrichtung 4* ergänzt ihre ganz ähnliche Erklärung im Hinblick auf ältere Migranten um einen weiteren Aspekt: „[G]erade wenn sie Alzheimer oder Demenzerkrankungen haben, die KÖNNEN ja gar nicht anders, die können sich nicht mehr anpassen und die können nicht mehr sich erinnern vielleicht, dass sie vielleicht auch schon 30 Jahre hier sind und eigentlich auch gut Deutsch sprachen. Das wird vergessen sein und das kann man ja dann nicht einfach so/ nicht so hinnehmen, da muss man so drauf reagieren, und ich finde das gut, dass da sich geöffnet wird für“ (LK42). Die Tatsache, dass ältere Pflegebedürftige nicht mehr in der Lage dazu sind sich auf veränderte Praktiken einzustellen, trifft für die Befragte insbesondere dann zu, wenn eine Alzheimer- oder Demenzerkrankung vorliegt. Wie bereits zuvor thematisiert, muss bei dementen Menschen davon ausgegangen werden, dass sie erlernte Sprachkenntnisse ihrer nicht-dominanten Sprache häufig wieder verlernen und auch andere Erfahrungen, die sie zu einem späteren Zeitpunkt im Leben gemacht haben, vergessen können. Daraus zieht die Befragte den Schluss, dass Pflegedienstleister solchen Krankheitsverläufen Rechnung tragen müssen und Öffnungsprozesse gut zu heißen sind. Demzufolge kann – über den Anspruch nach einer adäquaten Pflege hinaus – ebenso eine entschiedene *Bewohnerorientierung* von Pflegedienstleitern für eine Ausrichtung von stationären Einrichtungen an interkulturellen Konzepten als förderlich beschrieben werden.<sup>423</sup>

Eine weitere Triebkraft könnte in der *aktiven Ansprache* und *Unterstützung* von Pflegedienstleistern durch Organisationen der Zielgruppe bestehen, worauf eine Leitungskraft mit Nachdruck hinweist. Immer wieder betont der Befragte, dass ein Bedarf von älteren Migranten an stationären Pflegeangeboten noch nicht an ihn und seine Einrichtung „herangetragen worden [ist]“ (LK41). Dies scheint für den Befragten jedoch eine Voraussetzung dafür zu sein, sich mit Fragen zur Versorgung von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund näher auseinanderzusetzen.

„Also wenn jetzt, sagen wir mal, hier, es gibt ja überall sicherlich einen Club, wo die sich treffen. Und wenn es jetzt aus dieser/ aus diesem Club eine Anfrage gäbe: ‚Können wir nicht was mit euch zusammen machen‘, dann ist das ja eine ganz andere Geschichte. Dat ist ja so, als wenn man jetzt die, ich sage mal, die WOHLFAHRTSVERBAND-2-Frauen, irgendeinen Verein hier, der käme und sagt, wir wollen was für unsere Leute tun. Dann müssten die sich auch mit drum kümmern. Und dann müssten sie das auch mittragen. Das wäre eine andere Sache.“ (ebd.)

Der Befragte stellt mit dieser Aussage in Aussicht, dass seine Einrichtung – wonach zuvor gefragt wurde – bereit wäre, sich auf Bedürfnisse von älteren Migranten einzustellen, wenn die Einrichtung hierzu angefragt und von den betreffenden Akteuren auch unterstützt werden würde. Dabei geht er davon aus, dass ältere Migranten über vereinsähnliche Anbindungen

<sup>423</sup> Neben den hier angesprochenen Gründen wie ein spezifisches Altersbild sowie Kenntnisse von Krankheitsverläufen, die eine solche Bewohnerorientierung begünstigen, sind sicherlich noch weitere Faktoren dafür ausschlaggebend. Grundsätzlich weisen die Befragten aber immer wieder darauf hin, dass die Bewohner ‚an erster Stelle‘ stehen, wenn beispielsweise vom Bewohner als „König“ (LK42) die Rede ist.

verfügen, aus deren Richtung ein solches Anliegen formuliert werden sollte. Demnach erhebt der Befragte den Anspruch, dass Klienten mit spezifischen Bedürfnissen ihren Bedarf über vorhandene soziale Strukturen nicht nur aktiv gegenüber Pflegeanbietern kommunizieren, sondern ebenso an der Umsetzung möglicher Maßnahmen mitwirken müssten.

Mit Blick auf ältere Migranten sticht schließlich noch eine letzte Triebkraft für eine interkulturelle Öffnung stationärer Altenpflegeeinrichtungen heraus, die bereits in der Analyse von *Einrichtung 1, 2 und 3* identifiziert und als *Vermarktlichung des Altenpflegefeldes* konzeptionalisiert werden konnte. Insbesondere in der Auseinandersetzung mit spezialisierten Diensten – sog. Insellösungen – deuten einzelne Befragte an, dass mitunter wirtschaftliche Überlegungen in Entscheidungsprozessen der Einrichtungen von großer Bedeutung sind. So bewertet eine Leitungskraft unterschiedliche Varianten interkulturell geöffneter Dienste „aus unternehmerischer Sicht“ wie folgt: „Wenn sich das rechnet, klar, immer. Warum nicht? Wenn ich merke, der Bedarf ist da, und ich muss da reagieren, klar“ (LK51). Noch bevor die Befragte die Bedingung eines existierenden Bedarfs benennt, den sie als Einrichtung zu erfüllen hat, weist sie auf den Umstand hin, dass eine interkulturelle Öffnung aus ihrer Perspektive dann als logisch erscheint, wenn sie sich finanziell und damit ökonomisch für einen Dienstleister lohnen würde. Eine ähnliche Perspektive nimmt eine andere Leitungskraft ein, wenn sie auf eine mögliche interkulturelle Öffnung des eigenen Hauses zu sprechen kommt:

„[I]ch fände es auch spannend, und/ weil ich würde zum einen die menschliche Seite sehen, die Leute müssen adäquat versorgt werden, und zum anderen aber auch die geschäftliche Seite. Wenn wir am Markt bestehen bleiben WOLLEN und der Anspruch ist da und die Nachfrage, wären wir ja eigentlich auch blöde, wenn wir uns nicht, nicht mit rein in/ gehen oder mit öffnen, weil uns dann eventuell ja auch die Leute ausgehen, die Kunden, und das wäre ja AUCH nicht gut. Also man hat so zwei Espakt/ Aspekte, einmal den sozialen Aspekt und einmal auch wirklich den wirtschaftlichen, ne? Weil man muss ja schon sehen, dass man hier das Haus belegt hat, dass man immer, ja, möglichst zu 100 Prozent auch belegt, es keinen Bettenleerstand hat [...].“ (LK42)

Neben den bereits besprochenen professionellen Erwartungen nach einer guten bzw. richtigen, hier adäquaten Pflege, welche einen Beweggrund der Befragten für einen Öffnungsprozess der eigenen Einrichtung darstellen, was sie auch als die „menschliche Seite“ bzw. den „sozialen Aspekt“ ihrer Überlegungen beschreibt, spielen darin auch ökonomische Kalküle eine Rolle. Bei einer wahrgenommenen Erwartung und einer bestehenden Nachfrage nach kultursensiblen Angeboten entspräche es aus Sicht der PDL also auch einer ökonomischen Rationalität solche Konzepte zu verfolgen. Dies bedingt sich auch aus dem Ziel der Einrichtung, stets eine Vollbelegung der angebotenen Plätze aufzuweisen, womit auch die Notwendigkeit einhergehen kann, sich an neuen Kundengruppen zu orientieren.

Neben diesen Bedingungen, die im Hinblick auf ältere Migranten stationäre Dienste dazu antreiben könnten sich interkulturell zu öffnen, führt ein Befragter einen weiteren Beweggrund auf, der für eine stärkere Öffnung gegenüber Mitarbeitern mit Migrationshintergrund und zwar gegenüber ausländischen Pflegekräften als förderlich erscheint. Der Einrichtungsleiter würde „gerne“ junge Erwachsene aus dem Ausland als Mitarbeiter für seine Einrichtung gewinnen, „weil ich genau weiß, dass, ja, von der Bevölkerungsstruktur es wichtig ist, dass wir andere/ ich sage mal so, wir sind ja Europa, andere Europäer mit hier reinhole, die, vom Alter her besser da stehen. Denn wir können uns nicht alle selber pflegen in Deutschland“ (LK41).

Die Begründung des Befragten legt also nahe, dass demographische Veränderungen in Deutschland wie Bevölkerungsschrumpfung und -alterung es notwendig machen, ausländische Pflegekräfte zur Sicherung des deutschen Pflegesystems, d. h. auch zur Bekämpfung des Pflege(fach)kräftemangels hierzulande, anzuwerben.<sup>424</sup> Er selbst legt dabei sein Augenmerk auf Pflegekräfte aus anderen europäischen Ländern. Dieses Zitat sagt zwar nicht aus, dass einer Anwerbung von ausländischen Mitarbeitern auch notwendigerweise die Orientierung einer Einrichtung an interkulturellen Öffnungskonzepten folgt. Wird jedoch in Erinnerung gerufen, dass für andere Befragten gerade die zunehmende Beschäftigung von ausländischen Mitarbeitern eine Antriebskraft darstellte, die eigene Einrichtung interkulturell zu öffnen, scheint es annehmbar diesen Zusammenhang herzustellen. Schließlich wird diese Interpretation durch eine weitere Aussage des Befragten unterstützt. Auf die Frage, ob sich der Einrichtungsleiter vorstellen kann, sich in Zukunft näher mit interkulturellen Öffnungskonzepten auseinanderzusetzen, antwortet er: „Ja klar. Das ist ja für mich [...] eigentlich eine Notwendigkeit. Weil, wir Deutschen werden irgendwann mal darauf angewiesen sein. Und je eher man das übt und, und trainiert mit den anderen klarzukommen und auch diese Vielfalt kennenzulernen, damit auch zu leben, desto besser ist es für alle Beteiligten“ (ebd.).

Über diese Triebkräfte, d. h. auch die Überlegungen zu bestehenden Möglichkeiten einer interkulturellen Öffnung der eigenen Häuser, hinaus vertreten die Leitungskräfte beider Einrichtungen den Standpunkt, dass eine interkulturelle Öffnung für sie nur *reaktiv* infrage kommen würde, wenn vermehrt Bewohner mit Migrationshintergrund in die Einrichtungen einziehen würden. Wie die Pflegedienstleitung von *Einrichtung 5* erklärt, bereiten sie sich „eigentlich nicht vorab auf eine Gruppe vor“ – das sei nicht „praktikabel“ (LK52); sondern, wie ihre Kollegin feststellt, nur „realistisch“ und „pragmatisch“ (LK51). Die Konsequenz aus dieser Vorgehensweise besteht für eine Pflegefachkraft aus *Einrichtung 4* darin, dass Fragen danach, welche Veränderungen dann realisiert werden würden, „relativ spontan entschieden werden“ (PuB42). Während die zuerst zitierte Leitungskraft eine solche ‚spontane‘, sie nennt es „zeitnah[e]“ Reaktion über „Inhouse-Schulungen“ für geeignet hält (so könne man das „hinbekommen. Da würde ich kein/ keine Sorge haben.“, LK52), sieht die Einrichtungsleiterin die von ihr genannte ‚pragmatische‘ Lösung – „so lange warten, bis es auf uns zukommt“ – selbst jedoch kritisch: „Ja, wahrscheinlich ist es dann schon ein Stück weit zu spät, dann wird es nämlich eng, dann muss man Gas geben“ (LK51). Trotz dieses Risikos, das die Befragte in einer reaktiven Strategie erkennt, glaubt sie aber auch daran, dass sie als Einrichtung „daran wachsen“ (LK51) würden.

Eine konzeptionelle Entscheidung liegt für die Befragten aus *Einrichtung 4* schlussendlich immer in der *Eigenverantwortung* eines Pflegeanbieters: „[J]eder ist für sich verantwortlich, muss gucken, was er gerne möchte“ (LK41). Dies gilt ebenso für eine interkulturelle Öffnung: „[D]a werden wir bestimmt das ein oder andere umstellen (.) müssen, wenn wir das wollen, ne? Und/ oder wenn der Bedarf da ist“ (LK42). Wie bereits erläutert wurde, besteht eine zentrale Bedingung für eine interkulturelle Öffnung im wahrgenommenen Bedarf von Pflege- und Betreuungsangeboten durch ältere Migranten. Die hier zitierte PDL unterstreicht aber auch,

<sup>424</sup> Deutlich knapper fasst dies eine Pflegefachkraft, wenn sie äußert: „Wir brauchen die Leute“ (PuB52).

dass es ihrer Einrichtung selbst überlassen bleibt, diesbezügliche Anpassungsmaßnahmen vorzunehmen („wenn wir das wollen“). Dies scheint auch der Einrichtungsleiter ausdrücken zu wollen, als er sich – wenn auch nur andeutungsweise – gegen eine externe Vorschrift zur Aufnahme von bestimmten Bewohnern ausspricht: „Was, was ich mir nicht so gut vorstellen könnte, ist, wenn jetzt einer käme, ein Politiker und sagen würde, ihr müsst jetzt, ja hier mal, einen, einen Trupp aufnehmen“ (LK41). Auch wenn die Leitungskraft damit schließt, „ja, das würde ich auch noch machen, die Einrichtung anguckt oder so“ (ebd.), scheint die Andeutung aber dafür zu sprechen, dass er eine Verpflichtung zu einer aktiven Öffnung gegenüber älteren Migranten kritisch sehen würde. Schließlich ist mit der Bereitschaft, dass eine spezifische Gruppe seine Einrichtung „anguckt oder so“, vermutlich auch eine geringere Anforderung verbunden, als ihre vorgeschriebene Aufnahme.

Dieses Kapitel diene dazu, Triebkräfte einer interkulturellen Öffnung aus Sicht von Einrichtungen aufzuzeigen, die sich keiner konzeptionellen Ausrichtung dieser Art verschrieben haben, und gleichzeitig zu erklären, welche Gegenkräfte dafür verantwortlich gemacht werden können. Beweggründe gegen eine interkulturelle Öffnung wurden entsprechend der vorausgegangenen Kapitel analytisch danach kategorisiert, ob sie eher gesellschaftliche, feld- oder organisationsspezifische Bedingungen charakterisieren. Auf makrosozialer Ebene konnten dabei zwei Erklärungsfaktoren identifiziert werden. Einerseits ist den Befragten die (regionale) Bevölkerung mit Migrationshintergrund relativ unbekannt oder wird aufgrund ihrer Alterszusammensetzung für das eigene Einrichtungshandeln als (noch) irrelevant bewertet. Andererseits wirken normative Erwartungen handlungsleitend, die intendieren, eine bestehende Diversität weder zu pointieren, noch mit Bedeutung aufzuladen. Da die Befragten insgesamt jedoch nur wenig auf makrosoziale Aspekte zu sprechen kamen, sind Kräfte, die einer interkulturellen Öffnung dieser Einrichtungen entgegenwirken, allem Anschein nach vor allem feld- und organisationsspezifisch zu erklären.

Eng mit der gesellschaftlichen Bedingung einer unbekannteren oder für stationäre Dienste unerheblichen pluralen Bevölkerung steht die Wahrnehmung im Zusammenhang, dass ältere Migranten keinen oder nur einen geringen Bedarf nach stationärer Pflege haben. Diese Feststellung erfolgt teils bezogen auf das Altenpflegefeld insgesamt. Teils wird sie als regionale Bedingung beschrieben. Unabhängig von der erfahrenen Nachfrage nach stationären Pflegeangeboten durch Senioren mit Migrationshintergrund sehen sich die Befragten zudem nicht eindeutig in der Verantwortung, pflegebedürftige Migranten zur Versorgung in ihren Einrichtungen aufzunehmen. Bezogen auf ältere Migranten, die im Anschluss an den Praxis- und Forschungsdiskurs als zentrale Zielgruppe einer interkulturellen Öffnung bezeichnet werden kann, spricht schließlich eine dritte feldspezifische Bedingungen gegen diese konzeptionelle Ausrichtung der beiden Einrichtungen. Aus der professionellen Erwartung nach einer individuellen Pflege wird anders als von den Befragten aus den *Einrichtungen 1 bis 3* geschlossen, dass eine individuumorientierte, quasi entstandardisierte Versorgung den Bedürfnissen jedes Bewohners gerecht wird, ohne dass Anpassungsmaßnahmen zugunsten von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund in den Organisationen erfolgen müssten. Zieht man darüber hinaus den Vergleich zu den sich interkulturell öffnenden Einrichtungen sind Merkmale eines sich

verändernden Arbeitsmarktes als auch einer Vermarktlichung des Altenpflegefeldes zwar ebenso für diese beiden Einrichtungen brisante Rahmenbedingungen. Sie stellen jedoch weder einen Zusammenhang zwischen einem Pflege(fach)kräftemangel und einer interkulturellen Öffnung her, noch richten sie die Spezialisierungsbemühungen ihrer Häuser zugunsten ihrer Marktsicherung auf pflegebedürftige Migranten aus.

Dies hängt, wie zu vermuten ist, auch damit zusammen, dass beide Einrichtungen bisher auf Bewohnerebene allein eine sehr geringe ‚ethnisch-kulturelle‘ Vielfalt erfahren haben, um in den Worten der im vorherigen Kapitel herausgestellten Kategorien zu verbleiben. Dieser organisationspezifische Grund, der gegen eine interkulturelle Öffnung beider Einrichtungen spricht, wird dadurch verstärkt, dass Problematisierungen ‚ethnisch-kultureller‘ Differenzen sich fast ausschließlich auf generelle Vorstellungen gründen. Organisationsinterne Erfahrungen mit ‚ethnisch-kulturellen‘ Unterschieden sind dagegen entweder nicht vorhanden oder werden als unproblematisch erlebt. Und ist doch von Schwierigkeiten aufgrund solcher Differenzen die Rede, werden sie in ihrer Bedeutung oder ihrem Ausmaß von den Befragten in den allermeisten Fällen relativiert, was sowohl die Bewohner- als auch die Mitarbeiterebene betrifft. Darüber hinaus wundert es nicht, dass beide Einrichtungen keine interkulturelle Öffnung verfolgen, wenn man bedenkt, dass Fragen, die sich um pflegebedürftige, ältere Migranten, eine kultursensible Pflege oder eben interkulturelle Konzepte drehen, in beiden Häusern bis zu ihrer Studienteilnahme (nahezu) kein Thema waren. Denn für die Befragten gelten solche Problemstellungen gegenüber anderen feld- und organisationspezifischen Sachverhalten als nachrangig. Schließlich fehlt es den Einrichtungen nach Aussagen ihrer Leitungskräfte zum Teil an den Möglichkeiten, um spezifische Maßnahmen umzusetzen, die sie mit einer interkulturellen Ausrichtung eines Altenpflegeheims verbinden.

Neben diesen hemmenden Bedingungen konnten den Befragungen auch Faktoren entnommen werden, die sich für die Entscheidung einer interkulturellen Öffnung als förderlich erweisen könnten. Die Befragten halten eine solche konzeptionelle Neuorientierung für ihre Einrichtung insbesondere dann für denkbar, wenn der Bedarf an stationären Pflegeleistungen durch ältere Migranten erkennbar zunimmt und zwar nicht nur in der deutschen Altenpflege insgesamt, sondern auch innerhalb ihrer Einrichtungen. In der Folge entsprächen Anpassungsmaßnahmen dann den professionellen Erwartungen einer individuellen Pflege und Betreuung sowie einer am Bewohner orientierten Einrichtungspraxis. Wenn daran erinnert wird, dass Pflegebedarfe und -bedürfnisse älterer Migranten und interkulturelle Konzepte, die darauf antworten wollen, in beiden Einrichtungen kaum erörtert wurden, erscheint ebenso der Anspruch einer Leitungskraft, dass beispielsweise Migrantenselbstorganisationen aktiv auf Pflegeeinrichtungen zugehen und Kooperationen anregen, keine unwahrscheinliche Bedingung dafür zu sein, Einrichtungen dazu anzutreiben sich interkulturell zu öffnen. Häufiger weisen Antworten der Befragten jedoch darauf hin, dass ökonomische Überlegungen Beweggründe einer interkulturellen Öffnung darstellen könnten. Das heißt, dass interkulturelle Öffnungsprozesse für einen Teil der Studienteilnehmer insbesondere dann in Betracht zu ziehen sind, wenn sie sich finanziell für die Einrichtungen lohnen würden. Einen letzten Hinweis darauf, unter welchen Umständen auch für bisher nicht interkulturelle geöffnete Einrichtungen ein solches

Konzept ansprechend wäre, geben gesellschaftliche Veränderungen des demographischen Wandels. Die Alterung und Schrumpfung der deutschen Bevölkerung stellt das Altenpflegefeld nach Ansicht einer Leitungskraft vor die Herausforderung, wie in Zukunft die pflegerische Versorgung hierzulande gesichert werden kann. Für die Lösung einer (zunehmenden) Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte könnte eine interkulturelle Öffnung eine Art Vorbereitung darstellen. Unabhängig davon für wie wahrscheinlich die Befragten eine interkulturelle Öffnung ihres eigenen Hauses bewerten, für sie alle scheint alleine eine reaktive Strategie vorstellbar, sobald sich eine Zunahme von pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund in den Einrichtungen manifestiert hätte. Zudem liege es nach Aussagen von Mitgliedern der *Einrichtung 4* stets in der Eigenverantwortung der Pflegeanbieter selbst, sich für oder gegen eine solche konzeptionelle Ausrichtung zu entscheiden.

### **Zwischenbemerkungen**

Während die vorangegangenen Kapitel (Kap. IV. 4.2.1 bis 4.2.4) aus zwei unterschiedlichen Perspektiven – von Untersuchungs- und Vergleichsgruppe – darüber Aufschluss gaben, welche Bedingungen die Ausrichtung stationärer Altenpflegeeinrichtungen an Konzepten einer interkulturellen Öffnung einerseits befördern sowie andererseits antreiben könnten und auch welche Faktoren einem solchen Prozess entgegenwirken, sollen die Ergebnisse im Folgenden zusammengeführt werden. Dies kann dazu beitragen, ein Bild der hier analysierten ‚Bedingungsmatrix‘ im Gesamten wiederzugeben. Dabei soll auch den bisher vernachlässigten Variationen zwischen den Erklärungsfaktoren, aber auch zwischen den Einrichtungen oder den Befragten eines Hauses, wie sie einleitend erwähnt wurden (vgl. Kap. IV. 4.2), beispielhaft Raum gegeben werden.

Eine grundlegende Bedingung, welche die Auseinandersetzung von stationären Altenpflegeeinrichtungen mit Prozessen einer interkulturellen Öffnung rahmt, stellt ein sozial-demographisches Merkmal dar, das als Pluralität unterschiedlicher Personengruppen beschrieben werden kann. Eigenschaften, die in diesem Kontext als pluralisierend gelten, differenzieren die je fokussierten sozialen Gruppen nach vielfältigen, meist ethnisch-kulturell oder nationalstaatlich gefassten Zugehörigkeiten. Zu den Gruppen, die im hier untersuchten Forschungsfeld auf ihre Pluralität hin betrachtet werden, zählen für die Befragten sowohl die hiesige Bevölkerung, altenpflegefeldspezifische Akteure als auch die eigenen Organisationsmitglieder. Damit erweist sich die ethno-natio-kulturell begriffene Pluralität als eine Eigenschaft, die in unterschiedlichen für das Untersuchungsphänomen relevanten sozialen Räumen Geltung erfährt. Inwieweit diese gesellschaftliche, feldspezifische und organisationale Bedingung als Triebkraft für Entscheidungen zu einer interkulturellen Öffnung der eigenen Einrichtung wirkt, wird klarer, wenn die Ergebnisse aus den Befragungen der Untersuchungs- sowie der Vergleichsgruppe gegenübergestellt werden. Dies regt dazu an, sich unterschiedliche Dimensionen des Indikators näher zu betrachten. Dabei erweist sich die Art und Weise der Wahrnehmung von Pluralität als entscheidendes Unterscheidungsmerkmal zwischen beiden Einrichtungsgruppen; wobei als Wahrnehmung hier einerseits der Kenntnisstand und andererseits

die Bewertung eines Phänomens verstanden werden soll. Einige Beispiele sollen dies verdeutlichen:

Werden beide Einrichtungsgruppen zunächst hinsichtlich ihres Wissens über die regionalen Bevölkerungsstrukturen in der Umwelt ihrer Organisationen miteinander verglichen, grenzen sich beide Gruppen stark voneinander ab. Auf der einen Seite vermitteln insbesondere die Leitungskräfte der sich interkulturell öffnenden Einrichtungen den Eindruck, teils umfassend über die Bevölkerungsstrukturen ihrer Regionen informiert zu sein, indem sie etwa detailliert beschreiben, welche Minderheitengruppen in ihrem Einrichtungsumfeld wohnhaft sind. Auf der anderen Seite offenbaren Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen der beiden anderen Häuser mehrheitlich über ausschließlich wenige oder gar keine Kenntnisse von der Bevölkerungszusammensetzung vor Ort zu verfügen.

Daneben unterscheiden sich beide Untersuchungsgruppen darin, welchen Stellenwert sie der Pluralität spezifischer sozialer Gruppen für das eigene Organisationshandeln zuschreiben. Im Hinblick auf Senioren mit Migrationshintergrund zeigt sich diese Differenz an erster Stelle in der Beurteilung ihres Bedarfs nach professioneller stationärer Pflege. Mitglieder der drei Pflegeheime, die eine interkulturelle Öffnung verfolgen, vertreten mehrheitlich die Auffassung, dass ältere Migranten – mit nationalitäts- und religionsspezifischen Abweichungen – entweder bereits gegenwärtig zu den potenziellen Nutzergruppen stationärer Pflegeangebote zu rechnen sind oder ihr Bedarf an stationärer Versorgung zumindest in Zukunft stark zunehmen wird. Demgegenüber steht die Bewertung der Vergleichsgruppenangehörigen, die den Bedarf älterer Migranten nach stationärer Pflege mehrheitlich als (sehr) gering und für die Zukunft noch nicht absehbar bezeichnet, wobei sich die Einschätzungen aller Befragten zum Teil auf die deutsche Altenpflege insgesamt und zum Teil auf die Versorgungsstrukturen vor Ort beziehen. Damit unterscheiden sich beide Einrichtungsgruppen dahingehend, inwieweit sie pflegebedürftige Migranten als potenzielle Anspruchs- und damit auch Zielgruppe ihres organisationalen Wirkens begreifen.

Eine zweite Personengruppe, die ähnlich differenziert bewertet wird, stellen Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund dar. Zwei Leitungskräfte der beiden Untersuchungsgruppen kommen darauf zu sprechen, dass in der regionalen Umwelt ihrer Einrichtungen viele Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund anzutreffen sind. Während die Einrichtungsleiterin aus *Einrichtung 3* diese Heterogenität als relevantes Strukturmerkmal für die eigenen Organisationsinteressen begreift, indem sie in den Adoleszenten den potenziellen Mitarbeiternachwuchs der Zukunft sieht, kommt die Pflegedienstleitung aus *Einrichtung 4* zu einer gegenteiligen Schlussfolgerung. Für sie drückt das junge Durchschnittsalter der regionalen Bevölkerung mit Migrationshintergrund, das sich in den Kindern und Jugendlichen widerspiegelt, aus, dass Migranten in der eigenen Organisationsumwelt gegenwärtig noch kaum das Alter erreicht haben, um als potenzielle Klientel für die Einrichtung Relevanz zu besitzen. Erneut bilden beide Einrichtungsgruppen dahingehend einen Kontrast, dass sie eine spezifische Personengruppe für das eigene Organisationsgeschehen als tendenziell beachtenswert oder unbedeutend beurteilen.

Entsprechend dieser Beispiele scheint soziale Pluralität dann als Triebkraft einer interkulturellen Öffnung zu wirken, wenn sie einerseits bewusst zur Kenntnis genommen und andererseits für das organisatorische Handeln als maßgeblich bewertet wird. Bekräftigt wird diese These auch dadurch, dass Befragte aus den *Einrichtungen 4* und *5* eine eigene interkulturelle Öffnung ihrer Häuser insbesondere dann als Möglichkeit betrachten, wenn sich eine Zunahme älterer Migranten unter den Klienten des Altenpflegefeldes sowie unter den Bewohnern ihrer eigenen Einrichtungen manifestieren würde; ethno-natio-kulturell gefasste Pluralität sich also ebenso – für eine feldspezifische Gruppe – deutlicher wie einrichtungsrelevanter zu erkennen gäbe.

Dabei kann nicht vernachlässigt werden, dass davon auszugehen ist, dass das demographische Wissen in Bezug auf Migrantinnen und Migranten sowie ihre Einordnung in das organisatorische Relevanzsystem auch durch die regionale Verortung der Einrichtungen beeinflusst wird.<sup>425</sup> Wie die Einrichtungsprofile (vgl. Kap. IV. 4.1) veranschaulichen konnten, sind die fünf Organisationen in Städten verortet, deren Bevölkerungen mit Migrationshintergrund einerseits zwischen rund 26 und 30 Prozent (*Einrichtungen 1* bis *3*) und andererseits rund 15 bzw. 17 Prozent (*Einrichtungen 4* und *5*) der Gesamtbevölkerung betragen. Daraus ergeben sich nicht nur nominelle Unterschiede hinsichtlich der Umweltangehörigen der Organisationen, sondern mit Sicherheit auch Verschiedenheiten hinsichtlich der Begegnungsmöglichkeiten, öffentlich oder politisch verhandelter Themenfelder und anderer Umstände, welche die Wahrnehmung der gesellschaftlichen Diversität vor Ort beeinflussen können. Ebenso werden die Bevölkerungsstrukturen, aber auch die dörfliche Lage von *Einrichtung 4* Einflussgrößen dafür darstellen, dass ältere Migranten bisher keine ausgeprägte Bewohnergruppe in den beiden Pflegeheimen der Vergleichsgruppe bilden, wenn neben den divergenten Anteilen der Migrantenbevölkerungen auch berücksichtigt wird, dass Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland trotz Veränderungen in den vergangenen Jahren bis heute häufiger in städtischen als ländlichen Regionen wohnen (vgl. Statistisches Bundesamt 2017).<sup>426</sup>

Zwar legen diese Abweichungen der beiden Untersuchungsgruppen nahe, dass regionale Merkmale die Wahrnehmung der Organisationsmitglieder von sozialer Pluralität prägen können, sie können sie für dieses Sample jedoch auch nicht vollständig erklären. Dafür spricht zum einen, dass die Häuser der Vergleichsgruppe nicht in Regionen ansässig sind, wie es beispielsweise für Orte in den neuen Bundesländern zutrifft, in denen nahezu keine Menschen mit Migrationshintergrund wohnhaft sind. Sondern ihre regionalen Bevölkerungsstrukturen entsprechen annäherungsweise dem deutschen Durchschnitt. Dadurch werden Möglichkeiten der Begegnung ebenso wie migrationspezifische Themen in den Regionen nicht vollkommen ausbleiben. Gleichzeitig sind die Befragten weder von gesamtgesellschaftlichen Diskussionen um das Einwanderungsland Deutschland noch von feldspezifischen Auseinandersetzungen

---

<sup>425</sup> Selbst wenn Aussagen gesamtgesellschaftliche Zusammenhänge zum Inhalt haben, gilt es als nicht unwahrscheinlich, dass diese auf individuellen Erfahrungen gründen bzw. von diesen abgeleitet wurden.

<sup>426</sup> Wird berücksichtigt, dass die *Einrichtungen 1* bis *3* rund 100 und mehr Bewohnerplätze anbieten, während die beiden anderen Einrichtungen nicht mehr als rund 60 Klienten aufnehmen können, liegt die Vermutung nahe, dass auch die Größe der Pflegedienstleister – aufgrund einer nominell unterschiedlichen Bewohnerfluktuation – Einfluss darauf nehmen könnte, wie häufig die unterschiedlichen Häuser bereits Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund versorgt haben.

um eine kultursensible Ausgestaltung der Altenpflege abgesichert. Insbesondere die Leitungskräfte beider Pflegeheime weisen immer wieder auf ihr diesbezügliches Wissen hin. Zum anderen geht ein höherer Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund nicht grundsätzlich damit einher, sozialer Pluralität eine größere Relevanz für das eigene Organisationshandeln zu bescheinigen, weil etwa vermehrt Klienten mit Migrationshintergrund in einer Einrichtung versorgt werden. Dies zeigt sich darin, dass auch in den sich interkulturell öffnenden Einrichtungen die Diversität der Bewohnerschaft gering bis sehr gering ausgeprägt ist. Obwohl die meisten Beschreibungen, in denen keine expliziten Zahlen genannt werden, über die jeweils zwei Bewohnerinnen mit Migrationshintergrund in *Einrichtung 4* und *5* hinausgehen, handelt es sich auch bei den von ihnen versorgten Migranten um „wenig[e]“ (PuB11) oder „nicht (so) viele“ (LK33; LK22) Personen bzw. „Einzelfälle“ (LK21). Das heißt, die Beurteilung der Pluralität einer Personengruppe als organisationsrelevant hängt nicht alleine von der regionalen Bevölkerungsstruktur oder einer konkret erlebten Nachfrage ab.

Warum viele Pflegeheime in Deutschland und vor allem die eigene Einrichtung nur eine geringe Nachfrage durch Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund erfahren, erklären sich die meisten Befragten in ganz ähnlicher Weise. Ihrer Ansicht nach werden ältere Migranten (zumeist) in ihren Familien bzw. durch Angehörige gepflegt. Dies wird zunächst darauf zurückgeführt, dass Migranten über „andere[ ]“ (LK42) oder „festere“ „Familienzusammenhänge“ (LK21) verfügen würden. Zudem stünden ihnen ein größerer „Familienverbund“ (LK13) bzw. „Familienclan“ (PuB52) zur Seite, was zum Teil damit begründet wird, dass Migranten häufig „mit mehreren Generationen zusammen[leben]“ (LK42) würden. Zweitens bestehe ein normativer Anspruch, dass Familien für die pflegerische Versorgung ihrer Angehörigen „zuständig“ (LK31) sind bzw. die Inanspruchnahme von Altenpflegeeinrichtungen abgelehnt wird („eine ganz klare Sache, das man das noch nicht tut“, LK52). Drittens gingen mit der Nutzung professioneller stationärer Pflegedienste „Schuldgefühle“ (PuB41) bzw. ein „schlechte[s] Gewissen“ (PuB32) für die Angehörigen einher oder könnte gar als „persönliches Scheitern“ (LK21) empfunden werden. Auch sozial und zwar innerhalb der eigenen Familie oder Community würde dies als „negativ angesehen“ (LK52) werden. Zusammengefasst basierten diese Erklärungsfaktoren nach Ansicht der Befragten auf kulturellen oder religiösen Überzeugungen, Traditionen und/oder Gewohnheiten sowie Wert- und Ehrvorstellungen von Familien mit Migrationshintergrund.

Neben dieser, von fast allen Befragten geteilte Auffassung, werden vereinzelt noch andere Begründungen für eine geringe Nachfrage nach stationärer Pflege durch ältere Migranten angeführt. Wie bereits angesprochen worden ist, wird auch die Verortung der Einrichtung in einer spezifischen Region oder einem Stadtteil als mögliche Erklärung angesehen (LK21; LK22; LK31; LK42; PuB42). Gleichzeitig gehen einige Befragte davon aus, dass Senioren mit Migrationshintergrund Altenheime aus ihren Herkunftsländern (LK33) oder von „früher“ (PuB41) nicht kennen und mit diesen „bestimmte Vorstellungen“ (LK51), „Berührungsängste“ (LK13) oder „Vorurteile“ (LK21) verbinden. Zudem könnte es ihnen an notwendigen Informationen fehlen oder finanzielle Ängste bestehen, ein stationäres Angebot in Anspruch zu nehmen (PuB12; PuB21). Ein Befragter schätzt zudem die christliche Ausrichtung seiner Einrichtung als ein Merkmal ein, das auf nicht-christliche Pflegebedürftige womöglich „abschreck[en]“ (PuB42) wirken könnte. Andere Befragte schließen solche Erklärungsmuster, die auf Barrieren zu ihren Diensten hindeuten, wie Berührungsängste oder vorherrschende Informationsdefizite jedoch eher oder aber nachdrücklich aus (z. B. LK31; LK32; LK41).

Mit diesen Auffassungen eng verbunden sind die Überlegungen der Befragten, die für einen zukünftigen Anstieg der Nachfrage durch ältere Migranten in der stationären Altenpflege sprechen. Insbesondere durch eine größere Mobilität und steigende Berufstätigkeit der nachkommenden Generationen – letzteres wird vor allem mit Frauen mit Migrationshintergrund in Zusammenhang gestellt – werden die Bereitschaft als auch die Möglichkeiten zur familiären Pflege abnehmen. Dies wird ebenso wie ein zunehmender Verbleib älterer Migranten in Deutschland, eine bessere „Integration“ (LK41) oder eine kulturelle Anpassung, wodurch eine sta-

tionäre Versorgung „auch mal zu[ge]lassen“ (PuB52) oder „lockerer“ (PuB42) gesehen wird, zum Anstieg stationär versorgter Migranten beitragen. Eine Leitungskraft sieht zudem in einer guten Versorgung einzelner pflegebedürftiger Migranten die Möglichkeit, dass sich diese positive Erfahrung „rumspricht“ (LK21), während eine andere Befragte eine zunehmende Nachfrage nach stationären Pflegeplätzen durch ältere Migranten für die nachkommenden Generationen voraussieht, die das Gesundheitssystem besser kennenlernen könnten (LK33).

Neben Kenntnisstand und organisationaler Relevanzsetzung einer ethno-natio-kulturell gefassten Pluralität unterschiedlicher Personengruppen konnte eine weitere dimensionale Ausprägung ihrer Wahrnehmung in dem Untersuchungsmaterial identifiziert werden, die sich je nach Ausmaß fördernd oder hemmend auf die Initiierung interkultureller Öffnungsprozesse auswirkt. Wie ausführlich dargelegt wurde, verbinden die Befragten mit einer potenziellen oder konkret erlebten ethnisch-kulturellen Vielfalt innerhalb ihrer Einrichtungen zunächst Differenzen zwischen Organisationsmitgliedern mit und ohne Migrationshintergrund, die sich vorrangig in Sprachkenntnissen und Essensgewohnheiten, aber auch in divergenten (Alltags-)Ritualen und Verhaltensweisen widerspiegeln. In beiden Untersuchungsgruppen werden die empfundenen Unterschiede dabei mit Problemen assoziiert, die zum Teil abstrakt bleiben und zum Teil in fehlenden Kompetenzen und Ressourcen oder eingeschränkten Handlungs- und Leistungsfähigkeiten ihren Ausdruck finden. Während die Befragten der sich interkulturell öffnenden Einrichtungen daraus eine Herausforderung für ihr Organisationshandeln ableiten, die sie durch interkulturelle Öffnungsbemühungen zu beantworten versuchen, ist eine solche Reaktion nach mehrheitlicher Auffassung der Vergleichsgruppenangehörigen für ihre Einrichtungen nicht vonnöten. Zwar teilen auch diese Befragten die Einschätzung genereller Anforderungen infolge ethnisch-kultureller Differenzen. Sie grenzen diese jedoch von einrichtungsinternen Erfahrungen ab, in denen vorhandene Unterschiede als ‚unproblematisch‘ erlebt werden bzw. ausreichende und angemessene Ressourcen und Potenziale vorhanden sind, um auf Herausforderungen infolge ethnisch-kultureller Unterschiede zu reagieren.<sup>427</sup> Dementsprechend wird eine erlebte oder erwartete Heterogenität der Einrichtungsmitglieder eher dann zu Prozessen einer interkulturellen Öffnung anregen, wenn sie innerhalb der eigenen Arbeitszusammenhänge als Angelegenheit wahrgenommen wird, die bestehende Organisationsstrukturen und Arbeitsweisen infrage stellt; d. h. die gegenseitige Vereinbarkeit unterschiedlicher Ausprägungen einer ethno-natio-kulturellen Pluralität von Organisationsmitgliedern und organisationalen Strukturen als eher gering empfunden wird.

<sup>427</sup> Dabei soll jedoch nicht der Eindruck entstehen, dass alleine Befragte aus den Untersuchungsgruppen von neuen Anforderungen oder Schwierigkeiten infolge der Heterogenität von Organisationsmitgliedern berichten. Anders als in den sich interkulturell öffnen Einrichtungen, in denen sowohl die Leitungs- als auch Betreuungs- und Pflegekräfte mehrheitlich auf solche Herausforderungen verweisen, werden z. B. markante Probleme in der Vergleichsgruppe jedoch nur durch zwei Betreuungs- und Pflegekräfte angesprochen. Dabei wird einerseits beklagt, dass eine Bewohnerin mit Migrationshintergrund innerhalb der Einrichtung weitgehend sozial isoliert sei und die Kommunikation zwischen ihr und den deutschsprachigen Mitarbeitern aufgrund ihrer fehlenden aktiven Deutschkenntnisse stark eingeschränkt sei. Andererseits wird ein Einrichtungsmitglied beschrieben, das sich gegenüber Kollegen mit osteuropäischem Hintergrund fast ausschließlich ablehnend verhält und die eigene Abneigung mit der Herkunft der Kollegen begründet. Diese Erzählungen deuten darauf hin, dass es innerhalb von Organisationen auch zu individuell divergierenden Interpretationen von Herausforderungen kommen als auch an der Beachtung von Problemlagen durch die Mehrheit der Organisationsmitglieder fehlen kann.

Die bis hierin zusammengeführten Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Art und Weise, wie ethno-natio-kulturell gefasste Pluralität wahrgenommen wird, interkulturelle Öffnungsprozesse antreiben oder hemmen. Dabei scheinen das Wissen über die vorherrschenden Bevölkerungsstrukturen, die Bewertung spezifischer Personengruppen mit Migrationshintergrund als Zielgruppen der Organisation und ein festgestellter organisationaler Handlungsbedarf aufgrund ethnisch-kultureller Differenzen eine interkulturelle Öffnung zu begünstigen. Gleichzeitig lassen die erhobenen Daten jedoch erkennen, dass die einzelnen Merkmale, denen die Befragten Beachtung schenken, zum Teil deutlich variieren. Unter den Probanden der Untersuchungsgruppe zeigt sich diese Varianz beispielsweise dahingehend, welche Personengruppe als organisationsrelevante Zielgruppe definiert wird; ob also primär Pflegebedürftige oder Mitarbeiter mit Migrationshintergrund den Ausschlag für eine interkulturelle Öffnung geben; und auch, ob eine interkulturelle Öffnung als Reaktion auf eine spezifische Gruppe von Organisationsmitgliedern oder präventiv beispielsweise in Vorbereitung auf eine erwartete Klientel eingeleitet wurde. Daneben spielt es für einen Teil der Befragten in ihrer Beurteilung, inwieweit ethnisch-kulturelle Differenzen als Herausforderung für die eigene Organisation und Praxis erlebt werden, eine Rolle, welche Gruppenzugehörigkeit sie Bewohnern oder Beschäftigten mit Migrationshintergrund zuschreiben. Demnach assoziiert ein Teil der Probanden mit der Versorgung von muslimischen, türkisch- oder kurdischstämmigen Pflegebedürftigen etwa größere Anforderungen als mit der Pflege und Betreuung von osteuropäischen, zum Teil deutschstämmigen Bewohnern. In ähnlicher Weise differenzieren manche Studienteilnehmer, wenn sie die Beschäftigung von oder Zusammenarbeit mit Mitarbeitern mit Migrationshintergrund beschreiben, ganz nach der exemplarischen Aussage einer Leitungskraft: „kommt drauf an, wo sie herkommen“ (LK51). Schließlich kommt es auch in der Bewertung einzelner Differenzen zu divergierenden Schlussfolgerungen der Befragten. So heben Leitungskräfte einer Einrichtung der Untersuchungsgruppe beispielsweise hervor, dass fehlende Kompetenzen der deutschen Sprache innerhalb ihres Hauses kein Ausschlussgrund dafür sind, ob sie einen Bewerber einstellen oder nicht. Denn ihrer Ansicht nach zählen Sprachkenntnisse zu solchen Fähigkeiten, die etwa im Gegensatz zu sozialen Kompetenzen (nachholend) erlernt werden könnten. Demgegenüber lehnen sowohl viele Befragte der Vergleichsgruppe als auch der anderen Häuser der Untersuchungsgruppe ab, Pflegekräfte ohne oder mit geringen deutschen Sprachkenntnissen zu beschäftigen. Für diese Probanden gelten deutsche Sprachkompetenzen von vornherein als unabdingbar, um in der Altenpflege tätig sein zu können.

Andererseits findet sich quer zu Untersuchungs- und Vergleichsgruppe, unterschiedlichen Einrichtungen und Befragten eine weithin geteilte Beschreibung von Differenzen, die als essentialistisch gefasst werden kann und dabei häufig explizit zwischen etwas ‚Eigenem‘ und etwas ‚Anderem‘ unterscheidet. Dabei werden die auf verschiedenen Handlungsebenen identifizierten Unterschiede als allgemeingültige Attribute spezifischer (national-)ethnisch-kultureller Gruppen geschildert: „die“ Gruppenangehörigen verhalten sich, empfinden oder verfolgen etwas „immer“ in spezifischer Art und Weise und zwar häufig „anders“ „als wir das tun“. Ob es sich dabei um Trauerrituale handelt, bei denen „wir Deutschen“ alles „im Stillen“ vollziehen und andere „Länder“ oder „Kulturen“ mit „der (ganzen) Familie“ zusammenkommen (LK11; LK51); ob familiäre Unterstützungspotenziale geschildert werden, die darauf verweisen, „dass es deren Anliegen immer ist“, die älteren Familienangehörigen zu pflegen, wobei das „denen ja noch ein ganz anderer Wert wie manch einem von uns

Deutschen“ ist (LK42); oder ob es sich um alltägliche Verhaltensweisen dreht, bei denen „die“ „freundlicher“ oder „lockerer“ sind, während das „hier oft nicht so der Fall“ (LK33) ist: Stets werden in solcherlei Äußerungen Bilder erzeugt, die vermitteln, dass eine Gruppenzugehörigkeit ein spezifisches Verhalten quasi deterministisch zur Folge hat und gleichzeitig die Formen dieses Verhaltens sich zwischen sozialen, hier national, ethnisch und/oder kulturell gefassten Gruppen unterscheiden.<sup>428</sup> Zwar finden sich Beschreibungen dieser Art an vielen Stellen des Interviewmaterials, immer wieder bewerten die Befragte ähnliche ihrer Aussagen aber selbst als „pauschal“ und diesbezüglich „nicht ganz richtig“ (z. B. LK41), womit das empirische Material – zumindest zum Teil – auch auf ein bestehendes Bewusstsein solcher sozial geteilten Gruppenbilder hinweist. Gleichzeitig werden viele Differenzen, auf die die Befragten zu sprechen kommen, aber auch weniger oder nicht generalisierend geschildert und wie bereits zuvor beschrieben Gemeinsamkeiten zwischen unterschiedlichen ethnisch-kulturellen Gruppen herausgestellt (vgl. Kap. IV. 4.2.3).

Eine weitere Triebkraft interkultureller Öffnung, die mit der spezifischen Wahrnehmung pluraler Altenpflegeakteure eng verbunden ist, wurde zuvor als veränderter Arbeitsmarkt des Altenpflegefeldes kategorisiert. Dabei teilen alle untersuchten Einrichtungen zunächst die Gemeinsamkeit viele Mitarbeiter mit Migrationshintergrund in ihren Häusern zu beschäftigen und damit eine größere Diversität innerhalb ihres Personals als innerhalb ihrer Klientel zu erfahren. Gleichzeitig steht für alle Befragten außer Frage, dass die deutsche Altenpflege von einem zunehmenden Pflegekräftemangel betroffen ist. Dass diese Bedingungen jedoch allein die Einrichtungen der Untersuchungsgruppe dazu anregten, sich interkulturell zu öffnen, ist darauf zurückzuführen, dass die meisten Befragten der Untersuchungsgruppe anders als die Einrichtungen der Vergleichsgruppe einen Fachkräftemangel nicht nur für das Altenpflegefeld insgesamt attestieren, sondern diesen auch für ihre eigenen Häuser als bedeutsam bewerten. In der Folge stellt ein interkultureller Öffnungsprozess der eigenen Organisation für diese Befragten eine notwendige Voraussetzung für die erfolgreiche Beschäftigung von ausländischen und einheimischen Pflegekräften mit Migrationshintergrund dar, von der sie sich eine Lösung für diese als schwerwiegend empfundene Aufgabe versprechen. Daran knüpft ebenso der Geschäftsführer von *Einrichtung 5* an und unterstreicht den Einfluss eines veränderten feldspezifischen Arbeitsmarktes auf die Entscheidung zu einer interkulturellen Öffnung. Während sich beide Organisationen der Vergleichsgruppe von einem bestehenden Personalengpass in der Pflege grundsätzlich noch wenig betroffen fühlen, sieht der Befragte die Personalsicherung in der Altenpflege durch demographische Veränderungen in der Zukunft jedoch auch für das eigene Unternehmen als potenziell gefährdet an. Dabei bewertet auch er die Anwerbung ausländischer Pflegekräfte als mögliche Bewältigungsstrategie, wobei eine interkulturelle Öffnung eine notwendige, vorbereitende Maßnahme für die Aufnahme des neuen Personals darstellen würde.<sup>429</sup>

<sup>428</sup> Ausschließlich eine Befragte bemerkt, dass auch „regional[e] Unterschiede“ zwischen deutschen Bewohnern existieren, die es zu „achten“ (PuB21) gilt.

<sup>429</sup> An diesem Beispiel zeigt sich jedoch auch, dass ebenso Befragte innerhalb einer Organisation divergierende Vorstellungen von den Entstehungszusammenhängen eines interkulturellen Öffnungsprozesses besitzen. Während mehrere Befragte einer Einrichtung im Fachkräftemangel einen zentralen Beweggrund der organisationseigenen interkulturellen Öffnung sehen, schließt eine andere Befragte desselben Hauses dies jedoch nachdrücklich aus.

Ähnliche Überschneidungen zwischen Untersuchungs- und Vergleichsgruppe zeigen sich in jenen Erzählungen, die ökonomische Beweggründe einer interkulturellen Öffnung zur Sprache bringen. Viele Befragte der *Einrichtungen 1 bis 3* rücken die interkulturelle Öffnung ihrer Häuser mit Überlegungen in Zusammenhang, welche die Reputation ihrer Einrichtung, ihren Wettbewerb um Klienten bzw. Kunden als auch die Konkurrenz um Mitarbeiter betreffen. Dabei fungiert das Konzept als eine Spezialisierung der Organisationen, mit deren Hilfe die Einrichtungen eine exklusive bzw. nachgefragte Marktposition besetzen und damit zur eigenen Marktsicherung beitragen wollen. Während beide Einrichtungen der Vergleichsgruppe nach gleicher Handlungslogik andere Spezialisierungen verfolgen, bewerten aber auch sie eine interkulturelle Öffnung für (ihre) Altenpflegeheime insbesondere dann als interessant, wenn sie sich finanziell bezahlt machen würde.

Daneben können weitere Trieb- und Gegenkräfte einer solchen konzeptionellen Organisationsgestaltung in normativen und professionellen Erwartungen ausgemacht werden, die das Handeln von Organisationen beeinflussen. Interkulturelle Öffnungsentscheidungen können aus Sicht der Untersuchungsgruppe dabei zunächst als Reaktion auf Ansprüche nach einer aktiven Anerkennungs- und Willkommenskultur von Menschen mit Migrationshintergrund sowie nach der Verwirklichung von Gerechtigkeit durch Gleichbehandlung und Chancengleichheit dieser Bürger gewertet werden. Und auch die Forderung nach Integration spiegelt sich darin wider, deren begrenzte Realisierung für Menschen mit Migrationshintergrund in vielen Lebensbereichen in Deutschland beklagt wird und über eingeschränkte Teilhabemöglichkeiten bspw. im Bildungssystem oder auf dem Arbeitsmarkt, aber auch in vorherrschenden Distanzen zwischen Mehr- und Minderheitsgesellschaft zum Ausdruck kommt.<sup>430</sup> In Gegenüberstellung der aufgezählten normativen Erwartungen mit einer Bedingung, die einer interkulturellen Öffnung entgegenwirkt, wird ersichtlich, dass sich das Konzept in eine Diskussion einreihet, die zwischen dem Recht auf Differenz und dem auf Gleichheit unterscheidet (vgl. Müller/Zifonun 2016). Während diejenigen, die eine interkulturelle Öffnung verfolgen, mehrheitlich darin eine Berücksichtigung divergierender Bedarfe und Bedürfnisse sehen, sprechen sich Befragte aus den nicht interkulturell geöffneten Einrichtungen häufig dafür aus, Unterschiede nicht zu akzentuieren, was auch heißen kann, Gemeinsamkeiten in den Mittelpunkt zu rücken. Diese Auffassung schließt für die Befragten eine interkulturelle Öffnung ihrer eigenen Organisationen zusätzlich aus, nicht aber den Anspruch, solche normativen Erwartungen von Anerkennung, Gerechtigkeit und Integration gleichsam zu teilen.

Versteht man diese gegensätzlichen Positionen als zwei unterschiedliche Auslegungsformen eines Bündels normativer Erwartungen, gilt es zumindest auf den ersten Blick einer ähnlichen Interpretation im Hinblick auf die professionelle Erwartung nach einer adäquaten und zwar insbesondere individuumsorientierten Pflege und Betreuung zu folgen. Während nämlich für Befragte der Untersuchungsgruppe Anpassungsmaßnahmen im Rahmen einer interkulturellen Öffnung dafür gedacht sind, den individuellen Bedarfen und Bedürfnissen von Pflegebedürf-

---

<sup>430</sup> Zwar weisen auch die Erzählungen der Befragten aus den *Einrichtungen 4 und 5* auf das hin, was in der Analyse der Bedingungen einer interkulturellen Öffnung als ‚begrenzte Integration‘ gefasst wurde. Sie werden jedoch nicht in Verbindung zu Gründen für oder wider interkulturelle Öffnungskonzepte gestellt.

tigen mit Migrationshintergrund nachzukommen, sehen Kollegen aus den Einrichtungen der Vergleichsgruppe über ihre individuumorientierten Betreuungs- und Pflegekonzepte diesen Anspruch bereits erfüllt.<sup>431</sup> In der Versorgung älterer Migranten verfolgen sie schließlich den gleichen pflegerischen Ansatz wie es für Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund der Fall ist. Befürworter einer interkulturellen Öffnung würden an dieser Stelle davor warnen eine gleiche Pflege nicht mit einer *gleichwertigen* Pflege gleichzusetzen (vgl. z. B. ACkA/KDA 2002). Aus dem vorliegenden Datenmaterial und mit diesem Studiendesign lässt sich jedoch keine Antwort darauf geben, ob die konkreten Versorgungspraktiken dieser beiden Ansätze ‚genauso gut‘ in der Lage sind, die individuellen Bedarfslagen und Bedürfnisse pflegebedürftiger Migranten zu befriedigen. Da diese Studie aber auch ein anderes Ziel verfolgt, nämlich die Bedingungen für oder wider interkulturelle Öffnungsprozesse von Organisationen aufzuzeigen, bleibt festzustellen, dass Befragte der Vergleichsgruppe aber nicht alleine auf dieser Auslegung einer professionellen Erwartung nach einer guten bzw. richtigen Pflege stehen bleiben. In ihren Überlegungen einer möglichen interkulturellen Öffnung des eigenen Hauses, gelten Anpassungsmaßen zugunsten einer individuellen Versorgung sehr wohl als denkbar. Dieses Beispiel, in dem ein und dieselbe professionelle Erwartung sowohl Gegen- als auch Triebkraft einer konzeptionellen Ausrichtung darstellt, verdeutlicht, dass einerseits nicht von einer Widerspruchsfreiheit innerhalb von Befragungen ausgegangen werden kann. Vielmehr zeigt sich hier, was als kognitive Ambivalenz gefasst werden kann, dass gegensätzliche Sachverhalte durchaus in gleicher Weise und dieselben Sachverhalte durchaus divergent bewertet werden können. Dass professionelle Akteure dazu tendieren, ihr Handeln als auch ‚Nicht-Handeln‘ in Anlehnung an institutionalisierte Professionserwartungen zu begründen, kann damit erklärt werden, dass die Verwirklichung professionell geteilter Prinzipien und Standards maßgeblich zur Legitimitätssicherung der Professionsangehörigen und ihrer Organisationen beiträgt. Daher ist es auch nicht überraschend, dass Befragte sowohl professionslogisch erklären, warum sie sich zur Versorgung älterer Migranten keiner ‚kultursensiblen Konzepte‘ bedienen, als auch professionslogisch erläutern, was für eine solche konzeptionelle Orientierung sprechen würde. Andererseits wird hier ein tendenzielles Antwortverhalten deutlich, dass das eigene (potenzielle) Organisationshandeln als normativ richtig präsentieren soll. Dass die Befragten sehr häufig hierzu neigen, macht sich auch in anderen Beschreibungen bemerkbar. Während eine Leitungskraft beispielsweise die Beschäftigung von ausländischen Mitarbeitern eher ablehnt, weil sie diese nicht in der Lage sieht, den ‚kulturellen‘ Bedürfnissen der Bewohner ohne Migrationshintergrund nachzukommen, sieht sie ein solches Problem bei der

---

<sup>431</sup> Verwunderlich erscheint in Anbetracht des hohen Stellenwerts, der einer individuum- und biographieorientierten Versorgung zugeschrieben wird, jedoch einerseits eine verbreitete Unsicherheit über die Herkunft ihrer Bewohner mit Migrationshintergrund (z. B. „welchen Hintergrund die genau haben, können wir gar nicht mehr sagen“, LK51). Andererseits beziehen manche Befragte Versorgungsansprüche auch immer wieder auf ihre eigenen Bedürfnisse oder Vorstellungen (z. B. „„Nö, wir haben immer nur einmal die Woche die Unterwäsche gewechselt“, und/ also außer dieses ein bisschen dies Klassische, sie halt also immer gerne diese Kittelschürzen getragen und immer ein Kopftuch getragen, das weiß ich noch. Und da haben sich viele so ein bisschen schwergetan, weil wir ja immer den Anspruch haben, unsere Bewohner müssen toll aussehen und gewaschen sein und gut riechen und all diese Dinge, und das war ein bisschen schwierig, ne? [...] man möchte ja, dass es allen gut geht und dass alle schön versorgt sind und saubere Wäsche tragen, und wenn das einer nicht will, dann ist das immer etwas unangenehm.“, LK42).

Versorgung von pflegebedürftigen Migrantinnen durch Mitarbeiter ohne Migrationshintergrund in ihrer Einrichtung nicht gegeben. Ähnlich differenziert eine andere Leitungskraft. Während die Anpassungsmaßnahmen ihrer Einrichtung im Hinblick auf Mitarbeiter mit Migrationshintergrund aufgrund verschiedener ethnisch-kultureller Unterschiede notwendig sind, schließt sie Veränderungen von Betreuungs- und Pflegepraktiken zugunsten von Bewohnern mit Migrationshintergrund aus, da ethnisch-kulturelle Differenzen von ihnen vergleichsweise gering ausfielen. Das heißt, vorgenommene Strategien werden mit vorhandenen Differenzen, nicht ergriffene Maßnahmen mit nicht bestehenden Unterschieden begründet.

Neben dem Anspruch die Versorgung von Pflegebedürftigen an ihren individuellen Wünschen und Bedarfen auszurichten, würde eine interkulturelle Ausrichtung der Einrichtung nach Auffassung von Befragten aus *Einrichtung 4* und *5* zudem ihrem Anspruch nach Bewohnerorientierung gerecht werden. Über eine individuelle Pflege hinaus bringt diese analytische Kategorie zum Ausdruck, was auch als Priorisierung von Bewohnerinteressen gegenüber anderen bspw. Mitarbeiterinteressen bezeichnet werden kann. Zwar stellen die Aussagen der Befragten aus den Einrichtungen der Untersuchungsgruppe keine eindeutige Verknüpfung dieser Kategorie mit ihren interkulturellen Öffnungsentscheidungen her, aber auch sie verweisen immer wieder auf eine maßgebliche Orientierung des Organisationshandeln auf ihre Klientel bzw. Kundschaft. Im Anschluss an die Triebkraft, die als Vermarktlichung des Altenpflegefeldes konzeptionalisiert wurde und im Hinblick auf die Vollbelegung der eigenen Einrichtung auch Wettbewerbsgedanken und -strategien um Bewohner begünstigen, liegt es daher nahe, eine Klienten- bzw. Kundenorientierung im Rahmen dieser Kategorie als eine weitere förderliche Bedingung einer Entscheidung zur interkulturellen Öffnung zu bewerten.

Gleichzeitig werden Entscheidungsprozesse der Einrichtungen durch Grundsätze beeinflusst, die auf ihre Trägerschaft zurückzuführen sind. Dies kommt bei den durch Wohlfahrtsverbände getragenen Organisationen darin zum Ausdruck, dass sie ihr eignes Organisationshandeln an den normativen Ansprüchen ihrer Träger orientieren bzw. auf ihre Vereinbarkeit hin überprüfen, während die Befragten aus den beiden Familienunternehmen immer wieder die Eigenverantwortlichkeit ihres unternehmerischen Handelns betonen.

Über die Triebkräfte einer interkulturellen Öffnung hinaus, die im empirischen Material der ersten drei oder aber aller fünf Einrichtungen identifiziert werden konnten, verweisen Aussagen der Vergleichsgruppe noch auf eine weitere förderliche Bedingung dieser konzeptionellen Ausrichtung. Dabei ist es insbesondere ein Befragter, der unterstreicht, dass eine aktive Ansprache und Unterstützung durch bspw. Migrantenselbstorganisationen eine interkulturelle Öffnung seiner Einrichtung bedingen könnte. Dass die Beförderung eines solchen Organisationsprozesses durch Akteure, welche den Einrichtungen nicht (unmittelbar) zugehörig sind, nicht nur eine individuelle Meinung repräsentiert, zeigt sich, wenn das empirische Material der sich interkulturell öffnenden Einrichtungen diesbezüglich noch einmal näher betrachtet wird. Während Befragte der *Einrichtung 2* die interkulturelle Öffnungsentscheidung ihres Hauses explizit auf bestehende Kooperationsbeziehungen mit einer spezifischen Gruppe von Staatsangehörigen zurückbeziehen, welche darauf basieren, dass die Gruppe selbst den Kontakt zu dem Pflegeanbieter – damals noch ohne stationäres Angebot im Stadtteil – suchte

(„die kamen auf uns zu“, LK21), deuten Leitungskräfte aus *Einrichtung 1* verschiedene Unterstützungsformen von ‚außerhalb‘ der Einrichtung an. Einerseits habe insbesondere ein Palliativmediziner, mit dem die Einrichtung zusammenarbeitet, zur Sensibilisierung der Einrichtungsmitglieder bei der Versorgung älterer Migranten beigetragen. Andererseits hat die Einrichtung das Angebot eines Regionalpolitikers erhalten, die Einrichtungsmitglieder zu kultursensiblen Fragen von Sterben und Tod weiterzubilden (LK11; LK12). Beide Beispiele verdeutlichen, dass eine Ansprache oder Unterstützung von externen Akteuren, die in diesen Fällen alle selbst einen Migrationshintergrund besitzen, dazu beitragen können, interkulturelle Öffnungsentscheidungen oder -bemühungen zu begünstigen.

Neben dieser ergänzenden Bedingung, die für eine interkulturelle Öffnung spricht, konnten noch weitere Beweggründe durch die Vergleichsgruppe identifiziert werden, die einer interkulturellen Öffnung entgegenwirken. Neben den Tatsachen, dass Fragen, welche die Betreuung und Pflege von älteren Migranten oder kultursensible und interkulturelle Konzepte betreffen, in beiden Einrichtungen wenig bis gar nicht thematisiert werden und gegenüber anderen Problemstellungen als nachrangig gelten, äußern die Befragten zugleich, dass es ihren Einrichtungen in verschiedenen Bereichen an Anpassungsmöglichkeiten fehlt, die sie mit einer interkulturellen Öffnung in Verbindung setzen. Diese Gegenkräfte ähneln zum Teil solchen Bedingungen, die als hemmende Faktoren einer interkulturellen Öffnung auch in den Untersuchungseinrichtungen zum Vorschein kommen. So beschreiben die Befragten dieser Einrichtungen auch Grenzen einer interkulturellen Öffnung etwa in räumlicher Hinsicht, wie sie auch von Leitungskräften der Vergleichsgruppe geäußert wurden (z. B. LK11), oder benennen finanzielle Einschränkungen durch vorherrschende Vergütungssätze, wodurch etwa die Anpassung von Speiseplänen nur begrenzt möglich sei („Man kann sich natürlich nicht auf eine von 100 Bewohnern einstellen“, LK12). Während der Fortentwicklung eines interkulturellen Öffnungsprozesses, auch durch parallel zu erfüllende Aufgaben und Konzepte, grundsätzlich zeitliche Grenzen gesetzt seien (LK11; LK33), wird für Einrichtungen mit konfessionellem Träger zudem die Praxis, dass Konfessionszugehörigkeiten Personalentscheidungsverfahren mit beeinflussen, als einschränkend empfunden (LK12; LK22). Werden schließlich Faktoren wie vorherrschende Reglementierungen der Pflegepraxis oder zeitliche und personelle Engpässe berücksichtigt, die nach Aussagen vieler Befragter Möglichkeiten einer individuellen Pflege blockieren, lassen sich indirekt weitere Einschränkungen interkultureller Öffnungskonzepte erkennen.

### 4.3 Umsetzungsschritte

Aus dem Geflecht von Bedingungen, welches das organisationale Handeln rahmt, ziehen die drei Einrichtungen der Untersuchungsgruppe den Schluss, dass eine interkulturelle Öffnung für ihre Häuser eine *Notwendigkeit* darstellt. Diese Kategorisierung einer interkulturellen Öffnung als unverzichtbar kommt insbesondere darin zum Ausdruck, dass die Befragten die konzeptionelle Ausrichtung selbst oder einzelne strategische Maßnahmen als ein ‚Muss‘ oder gelegentlich auch als einen ‚Zwang‘ beschreiben (vgl. Kap. IV. 4.2.1 bis 4.2.3). Dabei gilt sie ebenso aufgrund gesellschaftlicher, feld- und organisationsspezifischer Veränderungen der

Akteurskonstellationen, damit einhergehender, wahrgenommener Herausforderungen, normativer und professioneller Erwartungen als auch marktähnlicher Feldstrukturen als notwendig. Die Einrichtungen sehen eine interkulturelle Öffnung also weniger als eine Möglichkeit an, die sie umsetzen ‚können‘, um bestehenden Rahmenbedingungen zu begegnen, sondern sie fühlen sich vielmehr zu ihrer Verwirklichung angetrieben, verpflichtet oder sogar genötigt. Diese Zuspitzung des Phänomens einer interkulturellen Öffnung als Notwendigkeit, auf die bereits in der vorangegangenen Beschreibung ihrer Triebkräfte immer wieder hingedeutet worden ist, werden die folgenden Ausführungen weiter unterstreichen. Dabei beabsichtigen die nachfolgenden Kapitel, die ‚Geschichten‘ interkultureller Öffnungen zu vervollständigen, deren Anfang bis hierhin mittels ihrer Voraussetzungen erzählt wurde. Hierfür gilt es einerseits die konkreten Ziele einer interkulturellen Öffnung in stationären Altenpflegeeinrichtungen, ihre Strategien zur Zielerreichung sowie deren Konsequenzen aufzuzeigen (Kap. IV. 4.3.1). Andererseits soll der Kern dessen entschlüsselt werden, was die Bedingungen, Ziele, Maßnahmen und Folgen interkultureller Öffnungsprozesse von den Organisationen dieser Fallstudienuntersuchung über ihre Variationen hinaus verbindet (Kap. IV. 4.3.2). Was machen interkulturelle Öffnungsprozesse mit Organisationen und was machen Organisationen aus interkulturellen Öffnungskonzepten? Bevor das Gemeinsame herauskristallisiert werden kann, gilt es jedoch zunächst die interkulturellen Öffnungsprozesse jeder Einrichtung für sich zu betrachten.

#### 4.3.1 Ziele, Strategien und Konsequenzen

Den Beginn einer interkulturellen Öffnung ihres Hauses datiert die Einrichtungsleiterin von *Einrichtung 1* auf das Jahr 2014. Aus den Beschreibungen der Entscheidungs- und Umsetzungsprozesse dieser interkulturellen Öffnung geht hervor, dass es sich dabei um ein aktiv eingeleitetes Entwicklungsverfahren der Organisation handelt. Zunächst schildert die Leiterin die interkulturelle Öffnung des Hauses als einen von ihr bewusst gefällten, eigenständigen Entschluss („Das war meine Entscheidung, also da war kein anderer dran beteiligt“, LK11).<sup>432</sup> Dadurch, dass ansonsten „so viele Dinge“ innerhalb der Organisation „gemeinsam“ abgesprochen werden, wird deutlich, dass es sich dabei um keine übliche Vorgehensweise innerhalb des Altenpflegeheims handelt. Warum die Leitungskraft diese konzeptionelle Ausrichtung hingegen in Eigeninitiative beschlossen hat, begründet sie wie folgt: „[A]ber es hat mich einfach bewegt“ (ebd.). Diese emotionale Verbundenheit, welche die Befragte anschließend mit einer *ethnisch-kulturellen Vielfalt* innerhalb der Bewohnerschaft und des Personals der Einrichtung sowie den damit einhergehenden *Herausforderungen* verknüpft, muss als Erklärung für dieses, von ihr selbst als untypisch umschriebene Verhalten gelten. Zugleich wird ein emotionales Erlebnis innerhalb der Einrichtung als ausschlaggebender Impuls bewertet, der den Startpunkt des Öffnungsprozesses markiert. Während die Einrichtungsleiterin schon länger mit dem Gedanken gespielt hat, das Haus interkulturell zu öffnen, gab die positive Resonanz der Einrichtungsmitglieder auf einen von dem Träger angeregten Projekttag gegen

<sup>432</sup> Eine Darstellung, die in gleicher Weise von den anderen Befragten der Einrichtung vorgenommen wird.

Fremdenfeindlichkeit den letzten Anstoß diese Idee zu realisieren („[D]ie Bewohner wie auch die Mitarbeiter waren total begeistert von dem Tag und dann habe ich gedacht, das müssten wir eigentlich aufgreifen, das ist die Chance, das so ein bisschen anzustoßen jetzt.“, ebd.). Emotionale Erfahrungen stellen sich in dieser Einrichtung demnach als relevante Begleiter der Einführung interkultureller Öffnungsmaßnahmen dar, was neben der Einrichtungsleiterin selbst insbesondere auch die hauswirtschaftliche Leitung zum Ausdruck bringt (LK13). Verschiedene organisationsspezifische Problemlagen wie z. B. Schwierigkeiten mit einer nicht deutschsprachigen Bewohnerin, welche die Befragten im Kontext der Entscheidungsfindung zur interkulturellen Öffnung thematisieren, weisen zudem darauf hin, dass es sich bei dieser konzeptionellen Ausrichtung um eine reaktive Antwort auf vorzufindende *Herausforderungen* handelte, die jedoch von verschiedenen Befragten zugleich prospektiv als Vorbereitung auf eine sich weiter *heterogenisierende Klientel* gedeutet wird (PuB11; PuB12).

Als erste Strategie zur Einleitung des Öffnungsprozesses wird ein einmal im Monat stattfindender „Kulturtag“ eingeführt. Jeder Kulturtag steht im Zeichen eines Landes, aus dem Bewohner oder Mitarbeiter der Einrichtung stammen. Über den ganzen Tag hinweg wird diese „Nation“ – dem Namen des Projekts entsprechend auch häufig als „Kultur“ bezeichnet – den Mitgliedern der Einrichtung vorgestellt. Dazu zählt, dass auf den Stationen und in den Gemeinschaftsräumen landestypische Musik abgespielt wird, die Einrichtung durch Sachgegenstände, Kleidung, Fahnen und Fotos, die jeweils auf das Land verweisen, dekoriert ist, landestypische Mahlzeiten zubereitet werden und das Betreuungs- und Beschäftigungsangebot des Tages etwa durch Erzählungen, Film- oder Tanzvorführungen an das Land erinnern und über es informieren soll. Während die Leiterin der Hauswirtschaft im Wesentlichen für die Vorbereitung und Organisation sowie die Dekoration zuständig ist, übernehmen Mitarbeiter des Sozialen Dienstes vor allem die Gestaltung des Beschäftigungsangebots. Daneben sind Mitarbeiter aus dem Pflegebereich zumeist dann aktiv in den Kulturtag involviert, wenn ihr eigenes Herkunftsland oder das ihrer Vorfahren Gegenstand des Kulturtages ist. Um in der hauseigenen Küche bei der Zubereitung des Essens zu unterstützen oder sich am Betreuungs- und Beschäftigungsangebot zu beteiligen, werden diese Mitarbeiter von ihren pflegerischen Aufgaben an diesem Tag freigestellt. Darüber hinaus wirken Beschäftigte, Bewohner sowie Angehörige über die Bereitstellung von privaten Sachgegenständen, Ton- und Filmträgern an der optischen und inhaltlichen Umsetzung des Programms mit.

Dass es zunächst die Bewohner waren, die als erste Zielgruppe der interkulturellen Öffnung galten, stellen sowohl die Einrichtungsleiterin und der Pflegedienstleiter heraus. Letztgenannter spricht in diesem Zusammenhang etwa vom „Kundengedanke[n]“ (LK12), der in der Einrichtung durch die Leiterin angestoßen wurde. Aber auch die befragten Pflegekräfte unterstreichen die Fokussierung auf die Klientel, wenn sie etwa den Kulturtag im Wesentlichen als Aktivierungs- und Unterhaltungsangebot für die Bewohner auffassen und beschreiben. Während dies Bewohner mit und ohne Migrationshintergrund gleichermaßen einbezieht, richten sich weitere Strategien, welche die Leitungskräfte als Bestandteile der interkulturellen Ausrichtung ihres Hauses begreifen, insbesondere auf Klienten mit Migrationshintergrund. In verschiedenen Arbeitsgruppen, die sich beispielsweise mit Fragen der „Ernährung“ (LK12)

sowie dem Thema „Sterben und Tod“ (LK11) widmen, werden verstärkt Überlegungen zu ethnisch-kulturellen Spezifika angestellt, die es in der Versorgung und Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund zu berücksichtigen gelte. Gleichzeitig werde darauf Rücksicht genommen, nichtdeutschsprachige Bewohner in die vorherrschenden Beschäftigungsangebote einzubinden (LK12). Die Beachtung geschlechtsspezifischer Pflegewünsche sowie der Versuch der Pflegekräfte, sich Basiswortschätze der dominanten Sprachen ihrer Klienten anzueignen, stellen darüber hinaus Praktiken dar, welche bereits vor Beginn einer interkulturellen Öffnung umgesetzt wurden, von einem Teil der Befragten mittlerweile aber zu den Bestandteilen dieser konzeptionellen Ausrichtung gezählt werden. Große Relevanz kommt nach Aussagen des PDL dabei stets dem kommunikativen Austausch unter den Beschäftigten zu (ebd.).

Dass sich die Einrichtung mit herkunftskulturellen Traditionen und Gebräuchen sowie klientspezifischen Kompetenzen und Wünschen von Bewohnern mit Migrationshintergrund sowohl programmatisch als auch in pflegespezifischen Arbeitskontexten auseinandersetzt und Räume zu deren Entfaltung schafft, kann als Bestandteil einer *Vertrauens- und Integrationsarbeit* gefasst werden, die an den zuvor beschriebenen *normativen und professionellen Erwartungen* nach einem integrativen (Organisations-)Handeln als auch einer vertrauensbasierten, individuellen Pflege anknüpfen. Die interkulturelle Öffnung der Einrichtung zielt in diesem Hinblick darauf ab, eine Struktur und Atmosphäre zu erzeugen, in der sich minderheitenangehörige Bewohner integriert und in ihren Bedürfnissen respektiert fühlen. Bewohnern mit Migrationshintergrund soll vermittelt werden, dass sie in der Einrichtung „willkommen“ (LK11) sind und die Einrichtungsmitglieder „damit ganz offen umgehen und keinen verurteilen beziehungsweise anders behandeln wegen einem kulturellen Hintergrund“ (LK12). Die Kulturtage im Speziellen bieten Bewohnern mit Migrationshintergrund zudem die Möglichkeit sich selbst „dar[zu]stellen“ (LK11), was die Einrichtungsleiterin sowohl für deren Selbstbewusstsein als auch Selbstbestimmtheit als förderlich ansieht, und sie geben ihnen „eine Chance in den Austausch [mit anderen Einrichtungsmitgliedern, BS] zu gehen“ (ebd.), zu denen bis dato kein Kontakt bestand. Im Hinblick auf potenzielle Klienten mit Migrationshintergrund und deren Angehörige könnte dieses Angebot zugleich dazu beitragen, mögliche „Berührungsängste“ (LK13) zu der Einrichtung abzubauen.

Dass sich dieser integrative Ansatz der Einrichtung, der sich zugleich an Vorstellungen einer *Anerkennungs- und Willkommenskultur* orientiert, jedoch nicht nur auf Bewohner, sondern auch auf Mitarbeiter mit Migrationshintergrund bezieht, wird beispielsweise in der Intention des Kulturtages deutlich, wie sie die Hauswirtschaftsleiterin vertritt: nämlich dass „man ja auch möchte, dass sich auch *die* Bewohner und *die* Mitarbeiter im Haus auch wohlfühlen“ (LK13) – gemeint sind jeweils Gruppenangehörige mit Migrationshintergrund.<sup>433</sup> Diese Orientierung an zweierlei Zielgruppen bestätigen ebenso Einrichtungs- und Pflegedienstleitung, die darüber hinaus die Auffassung vertreten, dass interkulturelle Öffnungsmaßnahmen für

<sup>433</sup> Als weitere Maßnahmen, die diesem Ziel im Hinblick auf Beschäftigte zu folgen scheinen, können die Akzeptanz der Verschleierung muslimischer Mitarbeiterinnen (z. B. LK11) sowie die Berücksichtigung kulturspezifischer Essenswünsche in abteilungsspezifischen Veranstaltungen gelten, wie sie die Hauswirtschaftsleiterin für eine Mitarbeiterfeier in ihrem Bereich beschreibt (LK13).

Bewohner oder Mitarbeiter sich grundsätzlich gegenseitig bedingen, bspw. eine gewachsene Sensibilität gegenüber divergierendem Ernährungsverhalten sowohl Klienten als auch Beschäftigten zugutekommt (LK12), was die Einrichtungsleiterin als bereichernd empfindet (LK11).

Wenn weitere Ziele der Leitungskräfte berücksichtigt werden, kann die interkulturelle Öffnung in dieser Einrichtung darüber hinaus in einem weiten Sinne als *Bildungsarbeit* begriffen werden. Demnach verspricht sich die Einrichtungsleiterin von einem interkulturellen Öffnungsprozesses ihres Hauses, dass das „Bewusstsein“ der Einrichtungsmitglieder dahingehend verändert wird, dass Menschen anderer „Kulturen“ wahrgenommen werden und ihnen gegenüber zugleich „ein bisschen Toleranz erweck[t]“ (LK11) wird. Während der Pflegedienstleiter innerhalb der Einrichtung bereits eine große Offenheit gegenüber dem „Thema Kultur, andere Kulturen, fremde Kulturen“ beobachtet, strebt er jedoch an, diese Offenheit zu erhalten, damit „das nicht irgendwie kippt, besonders auch durch die Medien, ja? Es ist ja auch viel, wenn man so hört, andere Kulturen nach Deutschland einladen, professionelle Pflegekräfte aus anderen Ländern zu engagieren, das hat immer auch einen negativen Beigeschmack“ (LK12), dem Konfrontationen folgen könnten. Zugleich impliziert eine interkulturelle Öffnung für ihn aber auch, Aufklärungsarbeit gegenüber bestehenden Vorurteilen zu leisten, die er etwa unter Bewohnern, die den zweiten Weltkrieg noch erlebt haben, verbreitet sieht.

Neben diesen Vorhaben einer interkulturellen Öffnung, die an die Weiterentwicklung, Festigung oder Revidierung von Einstellungen der Einrichtungsmitglieder ansetzen, beinhaltet diese Bildungsstrategie aber auch neues Wissen und neue Kompetenzen zu vermitteln. Einerseits werden die Kulturtage als Bildungsangebot für die Einrichtungsmitglieder umschrieben, an denen z. B. die Bewohner „mal nachvollziehen [können], was das für ein Land ist“ (PuB11). Andererseits sollen gerade die Mitarbeiter für *ethnisch-kulturelle Differenzen* sensibilisiert und diesbezüglich fortgebildet werden, weswegen der PDL die eigene interkulturelle Öffnung auch als eine „langfristige Schulung“ bewertet: „[E]inmal für den Bewohner als Schulung, dass der Mitarbeiter weiß, wie gehe ich mit kulturellem Hintergrund – fremdem kulturellen Hintergrund – um bei einem Menschen, den ich pflege, und letztendlich aber auch, wie gehe ich damit um bei meinen Kollegen“ (LK12). Die Aufgabe für diese Bildung zu sorgen, das heißt auftretende „Fragen zu beantworten“ (ebd.), sieht der PDL in seiner Verantwortung, für die er, wenn nötig, auch auf externe Unterstützung zurückgreifen würde. Dementsprechend wird auch die Zusammenarbeit mit einem Palliativmediziner positiv hervorgehoben, der in seinen Fortbildungen für die Pflegekräfte des Hauses spezifische Pflegebereiche auch unter Berücksichtigung ethnisch- und religiös-kultureller Unterschiede behandelt. Weitere Veranstaltungen wie z. B. ein Vortrag einer anderen Referentin zur „Pflege in der Türkei“ (LK11) seien geplant.

Obwohl sich die interkulturelle Öffnung in *Einrichtung 1* nach Aussagen der meisten Befragten zur Zeit der Fallstudienuntersuchung in einem Anfangsstadium befand,<sup>434</sup> wurden aus den

---

<sup>434</sup> Dies trifft zumindest im Hinblick auf ihr Kernelement die Kulturtage zu, währenddessen der Pflegedienstleiter jedoch darauf hinweist, dass Fragen kulturspezifischer Differenzen schon seit mehreren Jahren in der Einrich-

Erfahrungen mit den ersten Kulturtagen bereits Ergebnisse gezogen, die zu einer Fortsetzung und Intensivierung der Bemühungen anregten. Dies ist insbesondere auch deshalb erwähnenswert, weil die Einrichtungsleiterin als Initiatorin der interkulturellen Öffnung dieses Pflegeheims mit stark zurückhaltenden Erwartungen diese konzeptionelle Ausrichtung eingeführt hat: „Also ich habe wirklich so ganz, ganz klein, ja, gedacht und gedacht: ‚Na ja, dann hast du mal so einen Tag, und dann wirfst du mal so ein bisschen einen Blick drauf, schiebst die Menschen dahin, Wahrnehmung öffnen‘“ (LK11). Diese Zurückhaltung der Befragten sowohl im Hinblick auf die Umsetzung als auch die erwartete Wirkung der Kulturtage als Ausgangspunkt der interkulturellen Öffnung wird einerseits in zahlreichen Belegen deutlich, in denen die Leitungskraft von Strategien und Zielen spricht, die „ein bisschen“, „mal“ oder „einfach“ realisiert werden sollten. Andererseits kommt sie in vielen Äußerungen zum Ausdruck, in denen die Befragte ihre Überraschung über Erreichtes oder aufgetretene Veränderungen beschreibt (z. B. „Also erstmal habe ich nicht gedacht, (.) dass das so einschlägt hier, dass es/ dass das SO toll wird, das hätte ich überhaupt nicht gedacht.“, ebd.; ähnlich LK13).<sup>435</sup>

Eine wesentliche Beobachtung infolge der ersten Kulturtage waren Veränderungen, die innerhalb der Belegschaft auszumachen waren. Neben der Tatsache, dass vom ersten Kulturtag an eine „breite Unterstützung“ (ebd.) der Einrichtungsmitglieder bestand, stellte die Einrichtungsleiterin fest, dass sich an den Kulturtagen die Arbeitspraktiken der Mitarbeiter änderten.

„Oft ist es so, dass jeder Bereich so für sich arbeitet, ne? Und bloß nicht den anderen da reingucken lassen, dann treten wir mal auf die Füße, ne? Das ist immer so/ das ist auch hier so, wir sind nichts Besonderes. ABER zu dieser Gelegenheit merkt man, wie/ wie auf einmal die Schranken fallen, wie alle so miteinander ziehen, von der Reinigungskraft angefangen, über Hauswirtschaft, über Pflege, das alles, über Sozialer Dienst, dass wirklich auf einmal alle vernetzt sind und Spaß daran haben. Und das ist dann, dann noch eine andere Auswirkung, die wir damit haben, ne? Dass die Menschen so ein bisschen über den Tellerrand gucken, und, ja, die Bereiche, die so neben/ rechts und links daneben sind, einfach auch mal anders wahrnehmen und miteinander arbeiten, ne?“ (ebd.)

Nach Auffassung der Befragten spielt sich, wie es für stationäre Altenpflegeeinrichtungen üblich sei, das Organisationshandeln des Hauses zumeist innerhalb einzelner Arbeitsbereiche ab, die sich voneinander und auch vor gegenseitiger Kritik abschirmen. Im Gegensatz zu dieser als typisch erachteten Arbeitsweise befördern die Kulturtage einerseits eine Auflösung von Abteilungsgrenzen und ein kooperatives Praktizieren von Mitgliedern unterschiedlicher Arbeitsbereiche. Andererseits gehe damit eine gestärkte Aufmerksamkeit für andere Abteilungen einher. Neben der Begeisterung, die diese Veränderungen bei der Leitungskraft selbst hervorruft, stellt sie zugleich heraus, dass diese ‚Vernetzung‘ innerhalb der Einrichtung Gefallen bei den Mitarbeitern findet. Neben diesen Veränderungen wird an anderen Stellen zudem eine größere Offenheit gegenüber alternativen Praktiken und Vorgehensweisen der Mitarbeiter beschrieben, wie z. B. eine größere Experimentierfreude in der Küche, was auch für alle anderen Arbeitsbereiche „in irgendeiner Weise“ (ebd.) zutrefte. Gleichzeitig hätte sich im Mitar-

---

tung thematisiert werden und daher auch schon „automatisch“ (LK12) in verschiedene Projekte einfließen würden.

<sup>435</sup> Das vorangegangene Zitat macht zudem darauf aufmerksam, dass die Einrichtungsleiterin im Wesentlichen den aktiven („schiebst die Menschen dahin“) und die Mehrheit der übrigen Einrichtungsmitglieder einen passiven Part im Öffnungsprozess übernehmen, worauf auch die Aufgabenverteilung zu den Kulturtagen bereits hingewiesen hat.

beiterteam eine größere Sensibilität und gewandelte Bewertung von kulturellen Differenzen eingestellt. Nach Wahrnehmung des PDL zeigt sich dieses gewachsene Feingefühl etwa darin, dass an christlichen Feiertagen wie Weihnachten auch nicht-christliche Mitarbeiter eine größere Aufmerksamkeit und Einbeziehung erfahren, während in der Wertschätzung der kulturellen und sprachlichen Vielfalt der Belegschaft als „Ressource“ (LK12) eine veränderte Einschätzung kultureller Unterschiede zum Ausdruck kommt.

Diese nicht intendierten Folgen, die nicht ausschließlich, aber zu einem großen Teil auf die Einführung der Kulturtage, aber auch die verstärkte Integration kulturspezifischer Sachverhalte in verschiedene Arbeitsgruppen und -kontexte zurückgeführt wird, rufen eine starke positive Bewertung der Führungskräfte hervor: Sie „nutznießen“ (LK11) von diesen allgemeinen Entwicklungen und erkennen für sich, dass die Einrichtung beispielsweise Mitarbeiter mit Migrationshintergrund „anders einsetzen“ (LK12) kann. So berichtet eine Pflegekraft in verschiedenen Beispielen auch davon, dass Mitarbeiter mit Migrationshintergrund die Ansprache, Betreuung oder Pflege von gleichsprachigen Bewohnern übernehmen oder sich unterstützend daran beteiligen (PuB12). Insgesamt scheint in *Einrichtung 1* daraus eine verstärkte Fokussierung auf die Mitarbeiterebene im Zuge ihrer interkulturellen Öffnung zu folgen, die auch dadurch bestärkt wird, dass zur gleichen Zeit eine zunehmende Bewerberzahl von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund erfahren wird (LK11). In den auf die ersten Strategien folgenden weiteren Maßnahmen der interkulturellen Öffnung spiegelt sich dies wider.

Zum Zeitpunkt der Fallstudienuntersuchung sieht es die Einrichtungsleiterin als ihre vorrangige Aufgabe der interkulturellen Öffnung an, sich mit Unterstützung der Mitarbeiter des Sozialen Dienstes stärker außerhalb des Hauses mit „Gruppen jedweder Couleur“ (ebd.) zu vernetzen. Einerseits verbindet die Befragte damit das Ziel, „dass die Menschen uns einfach auch mal besuchen, dass man miteinander etwas tun kann“ und dann „Kultur auch nochmal anders mit[kriegt]“ (ebd.). Andererseits schwingt eine weitere Intention mit, wenn sie äußert: „[U]nd dann einfach gucken, ja, was ergibt sich? Gib/ ergibt sich daraus auch, dass Menschen, die arbeiten wollen, hier eine Chance haben, ne? Oder ist et einfach nur für die Bewohner, dass wir die bereichern können, aber dann ist et auch schon viel gewonnen“ (ebd.). Die Äußerungen der Leitungskraft machen deutlich, dass die Bewohner zwar weiterhin eine Zielgruppe der interkulturellen Öffnung bleiben, wobei erneut der Beschäftigungsaspekt Dominanz besitzt.<sup>436</sup> Aber wie in vielen anderen Beschreibungen auch richtet die Einrichtungsleiterin ihr Augenmerk häufig zunächst auf vorhandene oder hier potenzielle Mitarbeiter. Neben der vorrangigen Nennung möglicher neuer Beschäftigter kommt die sich in der Einrichtung entwickelte Fokussierung des interkulturellen Öffnungsprozesses auf die Ebene der Mitarbeiter in diesem Zitat auch dadurch zum Ausdruck, dass eine mögliche ‚Bereicherung‘ für die Klienten infolge von Kooperationen mit externen Gruppen in ihrem Stellenwert im Vergleich geringer eingestuft wird („Oder ist et *einfach nur* für die Bewohner“).

---

<sup>436</sup> Was an weiteren Stellen noch offensichtlicher wird (z. B. „Wer würde mal zu einem Thema referieren, mal s/ vorlesen, weiß ich nicht, mal ein Tänzchen machen, ne, also wer würde sein Land mal einfach darstellen, so dass unsere Leute da auch was von haben“, ebd.).

Daran anschließend lässt sich ein weiteres Ziel der interkulturellen Öffnung dieses Hauses, die *Gewinnung neuer Pflege(fach)kräfte*, benennen. Während sich diese Intention in der eben zitierten Äußerung als Entsprechung der *normativen Erwartung* nach Chancengleichheit für Mitarbeiter mit Migrationshintergrund erweist, kommt in anderen Äußerungen von Einrichtungs- und Pflegedienstleitung stärker die organisatorische feldspezifische *Notwendigkeit nach Pflege(fach)kräften* zum Ausdruck: „Wir müssen gucken, dass wir Fachkräfte bekommen, das heißt, wir müssen uns auch öffnen“ (ebd.).<sup>437</sup> Neben der Erfüllung der Fachkraftquote, welche die Einrichtungsleiterin hier im Blick hat, betont der PDL die Einstellung von Menschen mit Migrationshintergrund zusätzlich als Antwort auf die Herausforderungen einer sich *verändernden Klientel* („da MUSS ich [...] als Pflegeeinrichtung tätig werden“, LK12). Die Intention, Pflegemitarbeiter mit Migrationshintergrund zu gewinnen, bleibt die gleiche und wird schließlich auch von der Einrichtungsleiterin als ersten Wunsch für die Zukunft der interkulturellen Öffnung ihrer Einrichtung genannt: Sie möchte Menschen erreichen, die „ehrenamtlich“, aber auch „über einen Stellenanteil“ in die Einrichtung kommen, um „die Mitarbeiter noch ein bisschen mehr [zu] misch[en]“ (LK11). Auch dafür ist das bereits zuvor erläuterte Ziel, Toleranz innerhalb der Einrichtung zu fördern, von Relevanz, wenn nun klargelegt wird, dass die Leitungskraft dies mit der Vorstellung verbindet, „wenn Menschen hier reinkommen, die hier beschäftigt werden wollen“ (ebd.).

Mit dem Ziel, *kulturelle Vielfalt neu zu interpretieren*, das heißt sie in den Mitarbeiterteams als Unterstützung zu begreifen („Ziel ist es für mich, dass es für das Gegenüber auch als Teamgedanke eher unterstützend wirkt, dass sich viele Kulturen, ha/ viele Fremdsprachen auch zur Verfügung habe“, LK12) und Defizitperspektiven zu überwinden („dass es nicht als Handicap gesehen wird, dass ich zum Beispiel gebrochen Deutsch spreche“, ebd.), schließt der Pflegedienstleiter an diese ethisch-normative Orientierung Toleranz zu fördern an und formuliert sie zweckrational – ähnlich wie es in Diversity Managementansätzen erfolgt – um. Dies wird insbesondere dann deutlich, wenn man die weiteren Intentionen, die Einrichtung „breit [zu] fächern“ (ebd.) bzw. „breit auf[zu]stellen, damit auch die Einrichtung überlebt“ (ebd.), berücksichtigt. Als nützliche „Chance“ (LK11) bewertet die Einrichtungsleiterin dahingehend auch die mit der Vernetzungsarbeit begonnene Öffentlichkeitsarbeit zur interkulturellen Öffnung des Hauses. Indem sie dabei betont, dass sie keine andere Einrichtung vor Ort kennt, die „sich offiziell damit bewirbt“ (ebd.), kommt zugleich der *Wettbewerbscharakter* zwischen Pflegeanbietern zum Ausdruck.

Der nachgezeichnete Prozess der ‚jungen‘ interkulturellen Öffnung von *Einrichtung 1* weist darauf hin, dass aus einer geringen Erwartungshaltung mit zunächst eher allgemein gehaltenen, wenngleich nicht unbeträchtlichen Zielen von Integrations- und Bildungsarbeit sich ein deutlich spezifischeres und nachdrücklich geäußertes Ziel der Mitarbeitergewinnung sowohl auf ehrenamtlicher als auch insbesondere Beschäftigtenbasis entwickelte. Dadurch hat sich der Fokus vom Klienten bzw. Kunden zunehmend auf Mitarbeiter verschoben, ohne dass jedoch die Bewohner als eine Zielgruppe der interkulturellen Öffnung völlig abgelöst wurden;

<sup>437</sup> Für die Einrichtung und den Verband sind Fragen des Pflege(fach)kräftemangels und der Personalsicherung demnach auch ein „echtes Thema“ (LK11).

zumal eine gegenseitige Bereicherung erlebt und auch dahingehend befördert wird, dass etwa die Zusammenarbeit vor allem mit solchen Gruppen außerhalb der Einrichtung – und folglich auch potenziellen neuen Mitarbeitern – anvisiert wird, von denen ‚Gruppenangehörige‘ in der Einrichtung versorgt werden. Für die Zukunft geplante Strategien, wie die Intensivierung der Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit oder die Einführung eines Markttag, an dem „man vielleicht verschiedene Kulturen nochmal präsentieren kann“ (LK11), knüpfen an die ersten Erfolge und die neu gewachsenen Ziele an, auch mit der Absicht sich eine interkulturelle Öffnung schließlich gänzlich „auf die Fahne zu schreiben“ (ebd.). Darin spiegelt sich auch der hohe Stellenwert wider, den die Leitungskräfte der interkulturellen Öffnung ihres Hauses beimessen, auch wenn sie nicht als „Hauptthema“ (LK12) des Einrichtungshandelns gilt.

Im Gegensatz zu *Einrichtung 1*, die bezogen auf den Migrationshintergrund der Zielgruppen eine ‚klassische‘ interkulturelle Öffnung verfolgt, konzentriert sich der von *Einrichtung 2* „offiziell“ im Jahr 2009 begonnene interkulturelle Öffnungsprozess primär auf eine spezifische nationalstaatlich gefasste Gruppe von Migranten, weswegen er besonders im Hinblick auf potenzielle Klienten auch als ‚ethnischer Schwerpunkt‘ bezeichnet werden kann.<sup>438</sup> Im Rahmen ihrer Altenarbeit – bestehend aus Beratungs- und Begegnungszentrum, Tages- und ambulanter Pflege – entwickelten sich noch vor Eröffnung des stationären Pflegeangebots Kontakte zu Angehörigen dieser spezifischen Gruppe, die vorwiegend in dem Stadtteil wohnhaft ist, in dem sich auch der Standort der Einrichtung und der dazugehörigen Angebote befindet. Der Einrichtungsleiter beschreibt den Aufbau dieser Kontakte als vorrangig durch Angehörige der Migrantengruppe initiiert, „die merkten, sie können hier bei uns einfach für ihre Kommunität noch was herstellen“ (LK21). Im Hinblick auf die Grundlage des interkulturellen Öffnungsprozesses des späteren Altenpflegeheims, den Beziehungsaufbau zwischen dem Dienstleister der Altenarbeit und der spezifischen Gruppe, nimmt der Pflegeanbieter folglich zunächst eine passive Rolle ein.<sup>439</sup>

Parallel zur Planung und zum Bau des Altenpflegeheims fanden erste gemeinsame Gesprächskreise und Vorträge statt, infolgedessen bei der Eröffnung des stationären Angebots im Jahr 2005 bereits „gute Kontakte“ (ebd.) zu der Zielgruppe existierten. Nach Ansicht des Einrichtungsleiters kann die Gründung der stationären Einrichtung zugleich als weiterer Anziehungspunkt für die Gruppe gelten, da durch die neuen Räume auch weitere Möglichkeiten zur Kooperation gegeben wurden und der Pflegeanbieter nun „das gesamte Sammelsurium an Altenpflege“ (ebd.) offerierte („deswegen kamen die auch immer näher an uns ran“, ebd.).<sup>440</sup>

---

<sup>438</sup> Die interkulturelle Ausrichtung kann insofern als ‚ethnischer Schwerpunkt‘ in Anlehnung an Veröffentlichungen zu interkulturellen Öffnungskonzepten in der Altenpflege verstanden werden, als dass sie eine spezifische Gruppe fokussiert. Dies erfolgt jedoch in einer Art und Weise, die andere Gruppen mit Migrationshintergrund nicht völlig ausschließt.

<sup>439</sup> Dies wird auch noch einmal deutlich, wenn der Befragte, der aus seiner damaligen Position heraus eine zentrale Rolle in diesem Prozess einnahm, von „deren Anliegen“ (LK12) spricht. Dabei erinnert die Beschreibung einer Gruppe von Migranten, die aktiv den Kontakt zu einem Altenhilfe- und Altenpflegeanbieter sucht, um hinsichtlich Altersfragen und -themen zu kooperieren, an den Anspruch des Leiters von *Einrichtung 4*, einen interkulturellen Öffnungsprozess seines Hauses insbesondere dann zu erwägen, wenn eine Ansprache und Unterstützung durch eine interessierte Community erfolgt (vgl. Kap. 4.2.4).

<sup>440</sup> Wie eine Befragte berichtet, seien unter den ansässigen Senioren der Zielgruppe Ängste vor möglichen Demenzerkrankungen sowie Unsicherheiten bzgl. der Erfüllung spezifischer Pflegebedürfnisse stark verbreitet

Ein gemeinsames Klausurwochenende mit Ehrenamtlichen, an dem auch mehrere Angehörige der Gruppe beteiligt waren, trug stark zur Entwicklung engerer Kooperationsbeziehungen bei. Der Pflegeanbieter unterstützte daran anschließend etwa die Gruppe bei ihrer Idee einen eigenen Verein, der sich vorrangig mit Altersfragen der eigenen Community befasst, zu gründen, indem er ihr etwa Räumlichkeiten innerhalb seines Begegnungs- und Beratungszentrums zur Vereinsarbeit zur Verfügung stellte und einen Rechtsanwalt für formalrechtliche Fragen vermittelte.

Die Entscheidung einen an diese Verbindung anknüpfenden interkulturellen Öffnungsprozess des stationären Angebots einzuleiten, war zugleich durch den vorherrschenden Diskurs geprägt, dass zunehmend ältere Migranten auf die Altenarbeit „[zu]kommen“ (ebd.) werden.

„[W]ir haben dann für uns auch überlegt, dass wir/ hier gibt es auch ein paar STAATSANGEHÖRIGEN 2, hier gibt es auch ein paar STAATSANGEHÖRIGE 3 im, im Nachbarstadtteil, aber die STAATSANGEHÖRIGEN 1 sind hier wirklich das/ die manifeste Gruppe und deswegen waren das/ wa/ haben wir uns für diese Gruppe auch entschieden, ne? Das war so/ die kamen auf uns zu und wir kamen auf die zu.“ (ebd.)

Dem Prozess, die Einrichtung interkulturell zu öffnen, schien eine Abwägung vorauszugehen, auf welche spezifische Gruppe von Migranten sich das Altenpflegeheim spezialisieren möchte. Zwar leben im Nahraum des Hauses auch andere nationalstaatlich gefasste Migrantengruppen. Die als ‚Staatsangehörige 1‘ benannte Zielgruppe galt den Initiatoren, d. h. dem Einrichtungsleiter an erster Stelle sowie der ehemaligen Leiterin des Sozialen Dienstes (vgl. LK22), aber als „die manifeste“ und demnach im Vergleich zu anderen wohl sichtbarere bzw. relevantere Gruppe vor Ort. Gleichzeitig ist anzunehmen, dass die bereits bestehenden Kontakte einen wichtigen Beitrag zu dieser Entscheidung geleistet haben. Folglich wird der zunächst stärker passive Prozess des Beziehungsaufbaus zwischen Zielgruppe und Pflegeanbieter in einem zweiten Schritt durch einen aktiven Entschluss der Einrichtung, das stationäre Angebot gegenüber der Zielgruppe zu öffnen, ergänzt („die kamen auf uns zu und wir kamen auf die zu“).

Eine gemeinsame „Kooperationsvereinbarung“ (ebd.) zwischen dem Pflegeanbieter und dem neu entstandenen Verein kann als offizieller Startpunkt dieses Öffnungsprozesses gewertet werden. Für den Einrichtungsleiter drückt die Vereinbarung eine „Willenserklärung“ (ebd.) des Pflegeanbieters aus, den Angehörigen dieser Migrantengruppe als notwendig erachtete „Rahmenbedingungen“ (ebd.) bereitzustellen. Ein wesentliches Ziel dieser als *Integrationsarbeit* zu wertenden ersten Maßnahmen sei, dass die Zielgruppenmitglieder sich vor Ort „zu Hause fühlen können“ (ebd.), was an den *normativen Anspruch* integrativer Arbeit als einen Beweggrund interkultureller Öffnungsbemühungen anknüpft. Verschiedene gemeinsame Veranstaltungen mit dem Verein und weiteren Angehörigen der Zielgruppe sind zunächst Ausdruck dieses Prozesses. Hierzu zählen insbesondere gemeinsam veranstaltete Feierlichkeiten, aber auch regelmäßige Treffen zwischen Einrichtungsleitung und dem Vorstand des Vereins. Von Seiten der Zielgruppe wird zudem die ehrenamtliche Mitwirkung einer Angehörigen der Gruppe bis zu ihrer Rückkehr ins Herkunftsland, monatlich stattfindende Besuche von Schülern einer nahegelegenen Schule für ‚Staatsangehörige 1‘, die zusammen mit den Bewohnern

---

(PuB21). Dass auch deshalb die Kooperation mit einem sozialen Dienstleister, der ein umfangreiches Angebot an Altenhilfe- und Altenpflegeangebote bereithält, anvisiert wurde, erscheint nachvollziehbar.

des Altenpflegeheims unterschiedliche Aktivitäten ausüben, sowie die Spende eines großen Musikinstruments für einen Gemeinschaftsraum in *Einrichtung 2* hervorgeben (LK21; LK22; PuB21; PuB22). Die Einrichtung ihrerseits hat ein Bildungsangebot zu Fragen der Demenz für die spezifische Gruppe abgehalten und bezieht den Verein in weitere Strukturen des Pflegeanbieters wie eine örtliche Stadtbezirkskonferenz für Akteure der Altenarbeit oder stattfindende Seniorentage ein (LK21). Als der Einrichtungsleiter darüber hinaus von der Zusammenarbeit seines Hauses mit einer zielgruppenspezifischen Fachgruppe an einer ansässigen Hochschule berichtet, in dessen Rahmen zum Zeitpunkt der Fallstudienuntersuchung auch die Teilnahme an Symposien im Herkunftsland der Zielgruppe geplant sind, kommt ähnlich zu den Beschreibungen der Leiterin der *Einrichtung 1* auch seine emotionale Verbundenheit zu diesem Projekt zum Ausdruck („Klasse, //ne?// [I: //Interessant.//] AH! Ja, //finde ich auch (.) super gut.“, LK21). Wie bereits angedeutet, ist es auch in diesem Haus im Wesentlichen der Einrichtungsleiter, von dem die Initiative zu einer interkulturellen Öffnung, die ersten Ideen und Umsetzungen ausgingen.

Neben dem Ziel einen Beitrag zur Integration der Zielgruppe in den Stadtteil und die ansässigen Angebote zu leisten, was auch als sozialraumorientierte Praxis verstanden wird (LK21), beabsichtigt die Einrichtung auch, sich auf die *Pflege von zielgruppenangehörigen Bedürftigen vorzubereiten* („Wir haben natürlich die Vision, dass wir irgendwann mal dann auch Mitbürger DER STAATSANGEHÖRIGKEIT 1 hier aufnehmen im Pflegebereich“, LK21). Hierfür wurde den Mitarbeitern zunächst ein Sprachkurs angeboten, an dem schließlich eine Mitarbeiterin sowie Einrichtungs- und Pflegedienstleitung kurzzeitig teilgenommen hatten. Als „Grundstein“ (LK22) für eine zukünftige adäquate Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen Senioren aus der Zielgruppe wird jedoch die „forciert[e]“ (ebd.) Einstellung einer Zielgruppenangehörigen als Auszubildende und später Mitarbeiterin der Altenpflege bewertet. Die Frau, die gerne den Beruf der Altenpflegerin ergreifen wollte, hat den neu gegründeten Verein – sie nennt ihn auch „Seniorengruppe“ (PuB21) – auf ihren Wunsch hin angesprochen. Die Vereinsmitglieder, die großes Interesse an einer Altenpflegefachkraft aus der Gruppe ihrer Staatsangehörigen besaßen, vermittelten sie an *Einrichtung 2* weiter. Nach einem guten Jahr, in dem die Angesprochene als Praktikantin wenige Stunden in der Woche den Beruf zunächst kennenlernte, und einer „Übergangszeit“ (ebd.), in der sie als Pflegehilfe in der Einrichtung tätig war, absolvierte sie dort erfolgreich die dreijährige Fachkraftausbildung. Der Prozess, auf welchem Weg die Mitarbeiterin in die Einrichtung gefunden hat, erinnert an den Wunsch der Einrichtungsleiterin von *Einrichtung 1* durch Vernetzungstätigkeiten neue Mitarbeiter mit Migrationshintergrund zu gewinnen. *Einrichtung 2* erhofft sich durch die Beschäftigung von Mitarbeitern aus der Zielgruppe, Kompetenzen – im Sinne von ‚kulturellem Wissen‘ und Sprachfähigkeiten – zu erlangen, die für eine adäquate Pflege von Pflegebedürftigen derselben Gruppe als notwendig erachtet werden, und welche durch diese Mitarbeiter zugleich an die übrige Belegschaft vermittelt werden können (LK21; LK22; PuB22).

Wird berücksichtigt, dass *Einrichtung 2* noch keine Pflegebedürftigen aus der Zielgruppe versorgt hat, können Sprachkursangebot und Einstellung einer zielgruppenangehörigen Mitarbeiterin, womit zugleich ein teaminterner *Bildungsprozess* verknüpft wird, als präventive Maß-

nahmen gewertet werden. Dabei verfolgen sie in Anlehnung an *normative und professionelle Erwartungen* nach Anerkennung und einer bedürfnisorientierten Pflege das Ziel, spezifische Bedarfe zukünftiger Klienten zu berücksichtigen, was von den Befragten in Bezug auf verschiedene ritualisierte Handlungsweisen als „wichtig“ (PuB21) oder unerlässlich (sie „brauchen das“, LK21) angesehen wird. Während potenzielle Bewohner demzufolge auch als die erste Zielgruppe des interkulturellen Öffnungsprozesses des Pflegeanbieters gelten können, findet im Hinblick auf die Vorbereitung zu ihrer Versorgung die Kernstrategie auf Mitarbeiterebene statt. Insgesamt sprechen mehrere Hinweise dafür, dass auch in dieser Einrichtung zum Zeitpunkt der Fallstudienuntersuchung eine stärkere Fokussierung auf (potenzielle) Mitarbeiter mit Migrationshintergrund erfolgt:

Zunächst stellen allgemein gehaltene oder in Bezug auf die thematisierten Bedarfe und Bedürfnisse dieser potenziellen Klientel pointierte Nachfragen, welche weiteren vorsorgenden Strategien für sie durch die Einrichtung getroffen werden, klar, dass zusätzliche Veränderungen weder realisiert, noch vor dem Einzug einer ersten zielgruppenangehörigen, pflegebedürftigen Person angedacht sind („DAS wird noch eine Herausforderung sein, wenn es denn so weit ist.“, LK21).<sup>441</sup> Neben diesen ansonsten also reaktiven Lösungsansätzen hinsichtlich einer möglichen Betreuung dieser Klientel kommt der Augenmerk auf die Einstellung von Mitarbeitern aus der Zielgruppe auch darin zum Ausdruck, dass zum Zeitpunkt der Fallstudienuntersuchung bereits die zweite zielgruppenangehörige Aushilfe in der Einrichtung beschäftigt und deren Einstellung als Auszubildende geplant wurde (LK21; PuB22). Ebenso werden erste Ideen für die zukünftige Entwicklung der interkulturellen Öffnung des Hauses auf dieser Ebene gesehen: „Also einfach eben auch, dass wir immer mehr Mitarbeiter auch in diese Richtung aufnehmen. Dass wir Mitarbeiter DER STAATSANGEHÖRIGKEIT 1 aufnehmen und auch ausbilden.“, LK22).<sup>442</sup> Während darüber hinaus Überlegungen zur pflegerischen Versorgung von älteren Migranten in der Einrichtung primär auf die Zielgruppe beschränkt bleiben, gilt es zugleich aber als Notwendigkeit, sich grundsätzlich gegenüber allen Mitarbeitern mit Migrationshintergrund zu öffnen („[E]infach offen. Ja. Muss auch sein. [I: Warum?] Weil wir einfach auch zu wenig Fachkräfte haben.“, ebd.). In Bezug auf zahlreiche Anfragen von ausgebildeten, „oft wirklich hochintelligente[n]“ (ebd.) Pflegekräften mit Migrationshintergrund bedauert die stellvertretende PDL daher auch die konfessionelle Personalpolitik des Trägers, die dieser Offenheit häufig entgegenstehen würde. Schließlich wird die gegenwärtige Fokussierung des interkulturellen Öffnungsprozesses auf die Mitarbeiterebene auch dadurch ersicht-

<sup>441</sup> Dies fällt insofern auf, da, wie bereits erwähnt, in der Versorgung von Gruppenangehörigen von spezifischen Betreuungs- und Pflegebedürfnissen ausgegangen wird, was nach Ansicht der Befragten beispielsweise sowohl Schulungsbedarf des Pflegepersonals, die Organisation und Bereitstellung eines alternativen Speiseangebots als auch die Anschaffung anderer Einrichtungsgegenstände nach sich zieht. Wenn zudem bedacht wird, dass Ängste vor der Nichtberücksichtigung eigener Bedarfe und Bedürfnisse eine wesentliche Barriere von älteren Migranten zu bestehenden Diensten der Altenpflege darstellen und Konzepte einer interkulturellen Öffnung auf die Notwendigkeit der Umsetzung und Sichtbarmachung präventiver Maßnahmen dringen, um diesen Unsicherheiten zu begegnen, wirken die Vorbereitungen marginal.

<sup>442</sup> Aus der Perspektive der stellvertretenden PDL verfolgte der für die Mitarbeiter angebotene Sprachkurs auch den Zweck, dass sich die Belegschaft „später auch mit diesen Mitarbeitern [gemeint sind die Mitarbeiter aus der Zielgruppe, BS] unterhalten können“ (LK22); Kommunikationsmöglichkeiten mit potenziellen Bewohnern der Zielgruppe nennt sie hingegen nicht.

lich, dass die Einrichtung speziell das Examen der ersten zielgruppenangehörigen Mitarbeiterin zum Anlass nahm, eine Feier unter Beteiligung von Pressevertretern und Repräsentanten der Zielgruppe zu veranstalten, um die Öffnung des Hauses (weiter) publik zu machen (LK21; PuB22).

Neben dem Ziel der *Personalsicherung*, das in dieser Orientierung an Mitarbeitern mit Migrationshintergrund mitschwingt, vermitteln die Befragten den Eindruck, dass im Laufe des interkulturellen Öffnungsprozesses eine weitere Absicht dieser konzeptionellen Ausrichtung gewachsen ist, nämlich die eigene interkulturelle Öffnung gegenüber der spezifischen Zielgruppe zum *Herausstellungsmerkmal* der Einrichtung zu machen. Im Gegensatz zu einer eher marginalen Kommunikation über die interkulturelle Öffnung innerhalb des Hauses (LK21; PuB22), scheint es, wie auch die Examensfeier für ihre Mitarbeiterin verdeutlicht, eine Absicht der Einrichtung zu sein, den eigenen interkulturellen Öffnungsprozess an die Öffentlichkeit zu bringen („[U]ns ist das ein Anliegen, das auch in die Öffentlichkeit rein kann.“, LK21). Demnach werden von den Befragten auch andere Veranstaltungen in Kooperation mit der Zielgruppe zuerst als „für die Öffentlichkeit“ (LK22) beschrieben, bevor die Einrichtungsmitglieder als Adressaten genannt werden. Eine Konsequenz dieser strategischen Ausrichtung ist, dass die Einrichtung bereits als „anerkanntes Zentrum [...] in Sachen STAATSANGEHÖRIGE 1“ (LK21) bzw. „für die älter werdende Gemeinde DER STAATSANGEHÖRIGKEIT 1“ (ebd.) gilt,<sup>443</sup> was einerseits als Resultat einer Quartiersarbeit gewertet werden kann, bei der es im Hinblick auf die Klientel auch darum geht, „sich positiv in Szene [zu] setz[en]“ (ebd.). Andererseits scheint die spezifische Orientierung der Einrichtung auf diese Zielgruppe, wenn auch nachrangig, der Intention zu folgen, sich von anderen spezialisierten Einrichtungen abzugrenzen bzw. eine bestehende Angebotsnische zu besetzen. Diese *Wettbewerbsüberlegung* kommt etwa darin zum Ausdruck, dass eine der beiden Leitungskräfte eine Ausrichtung ihrer Einrichtung auf andere Klienten mit Migrationshintergrund dadurch für unwahrscheinlich hält, weil sich bereits andere stationäre Altenpflegeeinrichtungen auf spezifische, andere Migrantengruppen spezialisiert haben (LK22).

Während die interkulturelle Öffnung von *Einrichtung 2* zum einen als integrative, sozialraumorientierte Quartiersarbeit verstanden werden kann, die auch präventive Bemühungen zur Vorbereitung auf die pflegerische Versorgung von Angehörigen einer spezifischen Migrantengruppe beinhaltet, was der Einrichtungsleiter selbst einen „sozialpolitisch[en]“ (LK21) Ansatz nennt, wirkt sie zugleich durch pflegemarktökonomische Momente gelenkt. Erste Andeutungen hierfür sind in der eben dargestellten (Markt-)Positionierung der Einrichtung als erster Ansprechpartner in Fragen, welche die Zielgruppe betreffen, in ihrer Abgrenzung von anderen, spezialisierten Pflegedienstleistern sowie im Streben nach Mitarbeitern mit Migrationshintergrund zur Personal- und damit auch Existenzsicherung zu erkennen. Gleichzeitig bewertet der Einrichtungsleiter auf Nachfrage eine interkulturelle Öffnung „mittel- oder lang-

---

<sup>443</sup> Diese besondere Stellung von *Einrichtung 2* spiegelt sich beispielsweise auch darin wider, dass die Einrichtung regelmäßige Besuche von Universitätsangehörigen aus dem Herkunftsland der Zielgruppe erhält und als ‚Proband‘ an den Forschungsprojekten dieser Wissenschaftler beteiligt wird (LK22).

fristig“ auch als „eine ökonomische Entscheidung“ (LK21), um etwa auf eine unzureichende Belegung zu reagieren oder attraktivere Pflegesätze verhandeln zu können.<sup>444</sup>

Zusammenfassend stellt sich die interkulturelle Ausrichtung von *Einrichtung 2* wie in *Einrichtung 1* als einen durch die Einrichtungsleitung initiierten Prozess dar. Dabei nimmt hier noch stärker als dort die überwiegende Mehrheit aller übrigen Einrichtungsmitglieder eine passive Rolle ein. Während die ersten Kontakte mit der spezifischen Migrantengruppe, auf denen die interkulturellen Öffnungsbemühungen von *Einrichtung 2* gründen, vorrangig durch die Zielgruppe selbst ins Leben gerufen worden sind, sind die aufgebauten und vereinbarten Kooperationsbeziehungen von gegenseitigen Angeboten und Unterstützungsleistungen gekennzeichnet. Ein von den Befragten betontes Ziel, die Einrichtung auf die Versorgung potenzieller Klienten aus dieser Gruppe vorzubereiten, zeigt sich neben einzelnen präventiven Maßnahmen vorrangig als geplante reaktive als auch langfristige Strategie. Darauf weisen auch die verschiedenen Pläne für die Zukunft des interkulturellen Öffnungsprozesses hin, die mit dem ersten zielgruppenangehörigen Bewohner u. a. Schulungen für das Pflegepersonal, Kooperationen mit einem Anbieter, der die zielgruppenspezifische „Küche beherrscht“ (LK21), und eine engere Zusammenarbeit mit dem bestehenden und mit weiteren Vereinen, welche die Einrichtungsmitglieder in ihrer Biographiearbeit mit den Klienten unterstützen können, vorsehen.<sup>445</sup> Während sich der langfristige Charakter der Öffnungsbemühungen auf Bewohnerebene auch in der Einschätzung der stellvertretenden Pflegeleitung ausdrückt, die vermutet, dass das „noch ganz viel Zeit [brauchen wird]“, bis die Einrichtungsmitglieder „hier auch Mitbürger DER STAATSANGEHÖRIGKEIT 1 eben aufnehmen [werden]“ (LK22), zeigen sich kurzfristige Maßnahmen auf Ebene der Mitarbeiter. Neben der ersten bereits ausgebildeten Pflegefachkraft aus der Zielgruppe, stand zum Zeitpunkt der Fallstudienuntersuchung der Ausbildungsbeginn einer zweiten Migrantin aus der Community unmittelbar bevor. Dass darin, wenn auch nicht oder nicht vorrangig intendiert, ein Beitrag zur Personalsicherung zu sehen ist, liegt nahe, wenn an die Äußerungen zur Notwendigkeit einer interkulturellen Öffnung aufgrund des bestehenden Fachkräftemangels und der Kritik an der konfessionellen Personalpolitik des Trägers, der die Einstellung vieler interessierter Pflegekräfte mit Migrationshintergrund bereits verhindert hat, erinnert wird. Eine weitere kurzfristige Strategie kann in einer aktiven Öffentlichkeitsarbeit gesehen werden, durch die sich die Einrichtung bereits als anerkannter Ansprechpartner zu Belangen rund um die Zielgruppe positionieren konnte. Dass sich das Gros der wahrgenommenen Öffnungsmöglichkeiten und -herausforderungen auf dem Stand von Überlegungen und langfristigen Perspektiven befindet, weist auch auf die zur Zeit der Fallstudienuntersuchung augenblickliche Stellung des Prozesses als ‚Nebenprojekt‘ hin, das „nicht das wesentliche Thema“ (LK21) im Einrichtungsalltag ist.

<sup>444</sup> An anderer Stelle betont der Befragte auch die Möglichkeit, dass durch eine adäquate Versorgung von ‚Staatsangehörigen 1‘ sich auch andere Migrantengruppen durch das Pflegeangebot der Einrichtung angesprochen fühlen und die Nachfrage nach Pflegeplätzen durch ältere Migranten in der Einrichtung insgesamt steigen könnten (LK22).

<sup>445</sup> Auch erhofft sich der Einrichtungsleiter durch ein Handbuch, das ein Verein von ‚Staatsangehörigen 1‘ in Deutschland zur Zeit der Fallstudienuntersuchung erarbeitet und das einen Vergleich von Pflegeprozessen in ‚Staat 1‘ und Deutschland zum Gegenstand hat, Unterstützung für nachfolgende Veränderungen (LK21).

*Einrichtung 3* wird im Vorfeld der qualitativen Studie schließlich als Pflegedienstleiter beschrieben, der sich seit 2001 interkulturell öffnet. Dabei weist die Mehrheit der Befragten darauf hin, dass auch in ihrem Unternehmen die wesentliche Initiative zu diesem Prozess von der Einrichtungsleiterin ausgegangen ist. Legt dies, wie in den anderen beiden Einrichtungen auch, einen aktiven Entscheidungsprozess nahe, stellt die Leitungskraft selbst diese Organisationsentwicklung jedoch als passiv bzw. unkontrolliert dar. Die Einrichtung sei in diesen Prozess „reingerutscht“ (LK31); er wurde nicht „eingeführt“, sondern sei aus sich heraus „gewachsen“ (ebd.). In Abgrenzung zur einer Orientierung an anderen Pflegeanbietern, über die sich die Einrichtungsleiterin im Kontext einer interkulturellen Ausrichtung keine Gedanken mache, relativiert sie diese Einschätzung jedoch, wenn sie bemerkt, dass sie „es ja so aufgebaut habe“ (dabei aber nicht „überlegt [hat], wie das Altenheim XY damit umgeht“, ebd.). Anders als bei *Einrichtung 1* und *2* ist die interkulturelle Öffnung dieser Einrichtung von Beginn an auf die Ebene der Mitarbeiter konzentriert. Während die Einrichtungsleiterin in ihrer Verantwortung für die Auszubildenden im Unternehmen allgemein die Pluralisierung der Jugend in Deutschland als ausschlaggebend dafür umschreibt, benennt eine andere Leitungskraft in einem Nachgespräch zudem die Einstellung eines Mitarbeiters mit Migrationshintergrund, der nur wenig Deutschkenntnisse besaß, als zentralen Impuls das Unternehmen interkulturell zu öffnen. Die darauffolgenden Maßnahmen können sowohl als reaktive Strategie auf eine veränderte Bevölkerungs- und Bewerberstruktur sowie als präventiver Ansatz im Hinblick auf zukünftige, potenzielle Auszubildende mit Migrationshintergrund gedeutet werden. Als ‚Basisstrategie‘ dieser zunächst als organisationale *Gleichbehandlungspolitik* zu begreifenden Maßnahme kann das Angebot von Ausbildungs- und Arbeitsstellen für ausländische und deutsche Migranten angesehen werden. Unbeachtet des Verbots beruflicher Diskriminierung (§ 2 Abs. 1 AGG) erscheint dies für einen Teil der Befragten deshalb beachtenswert, weil sie die Erfahrung gemacht haben oder das Wissen besitzen, dass (viele) andere Arbeitgeber Menschen mit Migrationshintergrund keine Möglichkeit zur Beschäftigung bieten würden (LK33).<sup>446</sup> Die Einrichtung selbst zielt mit ihrer Öffnung gegenüber (potenziellen) Mitarbeitern mit Migrationshintergrund darauf ab, Menschen mit Migrationshintergrund in ihrem Unternehmen „Chance(n)“ zu geben. Diese Intention, die vor allem auch durch die Unterscheidung zu anders praktizierenden Organisationen auf die *normativen Erwartungen* nach Chancengleichheit und Gleichberechtigung von Minderheitenangehörigen verweist, wird von Befragten der Einrichtung stark pointiert.

Die Rolle eines ‚Förderers von Personen mit Migrationshintergrund‘, die dem Unternehmen dadurch zugeschrieben wird, spiegelt sich für die Befragten darüber hinaus in verschiedenen Angeboten der unternehmenseigenen Personalförderung wider. Hierzu ist für Mitarbeiter mit Migrationshintergrund an erster Stelle die Möglichkeit zu zählen, einen Sprachkurs in Anspruch zu nehmen. Der Pflegeanbieter richtet einerseits seine Dienstplangestaltung danach aus, dass es den Mitarbeitern zeitlich möglich ist, an den Unterrichtseinheiten teilzunehmen. Andererseits kommt er sowohl für die Kosten des Kurses als auch der damit verbundenen

---

<sup>446</sup> Hierzu sei auch an die Ausführungen zum Konzept einer *begrenzten Integration* von Menschen mit Migrationshintergrund auf dem deutschen Arbeitsmarkt erinnert (vgl. Kap. IV. 4.2.1).

Prüfungen auf (LK32; LK33; PuB31). Dieses auch als *Bildungsarbeit* einzuordnende Organisationshandeln beinhaltet für die Einrichtung zugleich, Weiterbildungs- und Studienpläne ihrer Mitarbeiter zu unterstützen bzw. proaktiv anzuraten. Während die Förderung durch einen Sprachkurs jenen Mitarbeitern mit Migrationshintergrund zugutekommt, bei denen die Einrichtungsleitung einen Förderbedarf erkennt, scheinen weitere Bildungsangebote grundsätzlich allen beschäftigten Pflegekräften mit oder ohne Migrationshintergrund offen zu stehen. Mitarbeiter, die als „Mentoren“ (LK31) der Auszubildenden fungieren, nehmen zudem an spezifischen Schulungen teil, die sie laut den Informationsmaterialien des Bildungsanbieters für die Arbeit mit benachteiligten Jugendlichen weiterqualifizieren und interkulturelle Kompetenzen vermitteln wollen.

Neben diesen externen Schulungsangeboten verbinden die Befragten mit der interkulturellen Öffnung des Unternehmens auch interne Bildungs- und Entwicklungsprozesse der Mitarbeiterteams. Diese sehen etwa vor, Kommunikationsräume zu schaffen, in denen divergierende Hintergründe im Allgemeinen und unterschiedliche Verhaltensweisen im Besonderen zur Sprache kommen können, um gegenseitiges Verständnis und Kennenlernen zu begünstigen.<sup>447</sup> Dies ist nach Auffassung einer Leitungskraft insbesondere in einem auf Kooperation aufbauenden Arbeitsfeld wie der Altenpflege auch notwendig, um eine effektive, „gelingende Zusammenarbeit“ (LK33) der Mitarbeiter sicherzustellen (vgl. auch Kap. IV. 4.2.3). Gleichzeitig soll den Mitarbeitern mit Migrationshintergrund dadurch aber auch – *normativen Erwartungen* entsprechend – Anerkennung erwiesen und ihre Integration gefördert werden, damit sie sich im Unternehmen „wohlfühlen“ (LK31). Die Billigung, während der Arbeitszeit, wenn auch in reglementierter Form, Kopftuch tragen oder rituelle Gebete durchführen zu dürfen, die Unterstützung in privaten Angelegenheiten wie beispielsweise bei der Wohnungssuche oder gemeinsame Feierlichkeiten im Anschluss an bestandene Deutschprüfungen der Mitarbeiter werden ebenso als weiterer Beitrag hierzu formuliert wie eine offene Ansprache aller Mitarbeiter, neue Kollegen mit Migrationshintergrund, denen es etwa noch an deutschen Sprachkenntnissen fehlt, unterstützend zur Seite zu stehen (LK32; LK33; PuB31). Dies schließt an die Maxime des Unternehmens zu einem respektvollen Umgang gegenüber der Unterschiedlichkeit eines jeden Menschen an, der Bestandteil seines Leitbildes ist.

Darüber hinaus zielt das Unternehmen durch die Maßnahmen seiner interkulturellen Öffnung darauf ab, bestehendes *Personal* an die eigenen Einrichtungen *zu binden* und neue Mitarbeiter mit Migrationshintergrund *zu gewinnen*. Während das Unternehmen zur Gewinnung neuer Pflegekräfte seine aktive Personalsuche und -ansprache etwa im Rahmen von Messeveranstaltungen gezielt auch darauf hin ausrichtet, „dass man eben auch, ja, Mitarbeiter mit Migrationshintergrund anzieht“ (LK32), sollen die bereits genannten Bildungs- und Integrationsstrategien insbesondere zur Bindung der Beschäftigten an das Unternehmen beitragen („sonst

<sup>447</sup> Lernprozesse, die dadurch nach Auffassung der Befragten angeregt werden, verdeutlicht die Einrichtungsleiterin etwa über folgendes Beispiel: „Aber ich habe auch gelernt, dass wir in ein Gespräch gegangen sind, mit einer Dunkelhäutigen, die konnte Sie net angucken. Die hat immer woanders hingeguckt. Und wir haben sie angesprochen und dann hieß es, da wo sie herkommt, ist das kein/ ist das respektlos, wenn man jemand direkt in die Augen guckt. Geht gar nicht. Und ich denke, wenn man offen drauf zugeht, von beiden Seiten, und auch sich getraut nachzuhaken: ‚Wie ist denn des bei euch? Wie macht ihr denn des?‘, dann kann man viel besser nachvollziehen und das auch verstehen“ (LK31).

würden sie hier nicht bleiben“, LK33). Dies entspricht insofern einer grundsätzlichen Ausrichtung des Unternehmens, als dass es als die eigene „Firmenphilosophie“ bzw. das eigene „Firmenleben“ angesehen wird, „so viel innerbetrieblich [zu] machen“ (LK31). Neben den Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung der Einrichtung kommt diese Unternehmenspolitik u. a. darin zum Ausdruck, dass im Rahmen eines Verbesserungsvorschlagwesens Preise verliehen, Mitarbeiterwochenenden und verschiedene, zum Teil kostspielige Betriebsfeiern veranstaltet, Bonusleistungen vergeben, Gesundheitsmaßnahmen finanziert und partizipative Verfahren etwa bei der Wahl von Fortbildungen, bei Personalentscheidungen, der Arbeitsverteilung oder Leitbildentwicklung verfolgt werden (LK31; LK32; PuB31). Die Leiterin strebt damit an, dass sich jeder Mitarbeiter mit der Einrichtung „identifiziert und [...] stolz sein kann, in dem Unternehmen zu arbeiten und auch was zu bewegen“ (LK31).<sup>448</sup>

Mit diesen Momenten des Förderns geht zugleich eine Haltung des Forderns einher, was exemplarisch folgendes Zitat verdeutlicht:

„Also wie gesagt, wenn sie am Anfang so sprachliche Probleme haben, werden sie ja auch hier gefördert. Also das ist nicht so, dass sie hier zu uns kommen und wir sagen: ‚Jetzt schaust du, wie du da deine Sprache verbessern/‘. Sondern wir sagen: ‚Wir schicken dich zu der Volkshochschule oder andere Kurs, und wir zahlen dir diesen Kurs, also/ aber du musst dich bisschen bemühen, wir geben dir die Chance‘. Und dann halt/ und das wird/ ja, wir haben auch so Mitarbeitergespräche mit bestimmte Zielen, also das/ und dann wird halt auch das (.) geschaut, also/ aber die Chance wird gegeben, ob der, der oder andere die Chance nutzt, das ist schon eine andere Sache, also je nachdem, was man für ein Ziel hat. Ja, will man sich entwickeln oder/ es ist unterschiedlich, glaube, ja.“ (LK33)

Die Leitungskraft stellt heraus, dass das Unternehmen für den (finanziellen) Beitrag, den es selbst zur Sprachförderung seiner Mitarbeiter leistet, im Gegenzug einfordert, dass die Mitarbeiter selbst – hier vermutlich bezüglich des Spracherlernens – Anstrengungen unternehmen bzw. Engagement zeigen. Um die (Bildungs-)Ergebnisse und vermutlich auch andere Leistungen der Mitarbeiter überprüfen zu können, arbeitet das Unternehmen (mitunter hierfür) mit Zielvereinbarungsgesprächen und individuellen Entwicklungsplänen für die Beschäftigten, worauf die zitierte Leitungskraft an dieser Stelle zwar nur hindeutet, was aber auch von anderen Befragten beschrieben wird (LK31). Daneben scheint sich eine Haltung des Forderns auch darin zu zeigen, dass die Organisation ihren Mitarbeitern, die „sprachliche Probleme“ besitzen, einen Deutschkurs stärker verordnet als freistellt (hier: „Wir schicken dich zu der Volkshochschule“; an anderer Stelle „werden sie angewiesen“, LK33), was auf den hohen Stellenwert zurückzuführen ist, der deutschen Sprachkenntnissen von Mitarbeitern beigemessen wird (LK31; LK32). In dieser Unternehmenspolitik des Förderns und Forderns weist die Befragte dem Unternehmen schließlich die Rolle desjenigen Akteurs zu, der die von ihm zu erwartenden Leistungen – des Chance-Gebens – erbringt, während die geförderten Mitarbeiter letztendlich in der Verantwortung stehen für den ‚Erfolg‘ der Fördermaßnahmen zu sorgen, indem sie diejenigen sind, welche die Chance, die ihnen gewährt wird, wahrnehmen oder ungenutzt lassen.<sup>449</sup>

<sup>448</sup> Auf diese starke Mitarbeiterorientierung des Unternehmens macht auch seine Außendarstellung aufmerksam, die im Kurzportrait der Einrichtung bereits angeklungen ist (vgl. Kap. IV. 4.1).

<sup>449</sup> An einer späteren Stelle verbindet die Befragte mit dem Anspruch, Mitarbeiter mit Migrationshintergrund „irgendwie integrieren“ zu wollen, eine ganz ähnliche Erwartung: „[D]a müssen, finde ich, beide Seite aktiv

Die Bewertung der sich infolge der Öffnung des Unternehmens gegenüber Mitarbeitern mit Migrationshintergrund entwickelten ethnisch-kulturellen Vielfalt der Belegschaft fällt ausschließlich positiv aus. Einerseits wird es als unterhaltsam und interessant beschrieben, in einem Team mit Menschen unterschiedlicher Hintergründe und Herkünfte zusammenzuarbeiten. Andererseits wird die Heterogenität der Mitarbeiterschaft als Potenzial angesehen, welches sich die Einrichtung zunutze machen kann.

„[W]ie gesagt, profitieren, dass wir halt voneinander auch lernen, also ganz viel, weil ich meine, Pflege ist nicht nur Pflege, ja, sage ich mal. Das ist auch verschiedene/ das ist auch Sozialaspekte da und halt, man kann wirklich (.) von den anderen Kulturen ganz viel lernen, das f/ das finde ich halt eigentlich toll, weil es kommen auch viele zum Beispiel, die schon ihre Ausbildung in ihrem Land gemacht haben, Krankenschwester oder/ und dann bringen sie auch viele andere Ansichten (..) auf Probleme, und das finde ich gut.“ (LK33)

„Wir haben eine Mitarbeiterin aus Ungarn und wir haben/ wir haben, ich glaube, drei oder vier Bewohner, die ungarischstämmig sind, und (.) sie redet oft Ungarisch mit denen, und für die ist das natürlich total super und man kommt auch nochmal/ weil eine, die ist wirklich sehr de/ sehr dement zum Teil, man kommt ganz anders an sie ran mit dem Ungarischen. Also das ist ihr einfach geläufiger denn in dem Moment. Also da gehen wir auch drauf ein; wenn wir die sprachliche Möglichkeit haben, nutzen wir das.“ (LK32)

Beide Befragte weisen auf unterschiedliche Kompetenzen und Erfahrungen hin, die sich für die Einrichtung im Pflegealltag im Allgemeinen sowie in der Betreuung und Versorgung von Bewohnern mit Migrationshintergrund, die selbst keine Zielgruppe des interkulturellen Öffnungsprozesses der Einrichtung sind, als nützlich erweisen. Die Beschäftigten „profitieren“ sowohl von den Möglichkeiten, sich im Austausch mit Kollegen unterschiedlicher kultureller Hintergründe und Ausbildungserfahrungen neue Kenntnisse und Fähigkeiten anzueignen, während es für Bewohner mit Migrationshintergrund als angemessen gilt, durch muttersprachliche Mitarbeiter betreut oder gepflegt zu werden. Dass sprachspezifische Versorgungsmöglichkeiten auch für das Unternehmen selbst ein Vorteil darstellt, stellt die zuerst zitierte Leitungskraft an anderer Stelle heraus. Ihrer Ansicht nach finden Mitarbeiter, die aus dem gleichen Land wie ein Bewohner mit Migrationshintergrund stammen, „schneller“ einen Zugang zu diesem Klienten als dies für andere Pflege- und Betreuungskräfte der Fall ist („der andere findet auch, aber vielleicht braucht er mehr Zeit“, LK33). Daher sieht sie im interkulturellen Öffnungsprozess des Unternehmens eine Win-Win-Situation: Neben den beruflichen Möglichkeiten, welche die Einrichtung Mitarbeitern mit Migrationshintergrund bietet, unterstützen Letztgenannte das Unternehmen durch eine effizientere Aufgabenerfüllung. Für die Leitungskraft selbst, steht daher außer Frage: „Warum soll man den komplizierten Weg suchen und nicht den einfachen, wo beide profitieren halt?“ (ebd.). Dementsprechend wird in der Einrichtung auch versucht, eine sprachspezifische Arbeitsteilung womöglich umzusetzen (LK32; PuB31).

Schließlich wirkt die interkulturelle Ausrichtung auch als bewusstes *Herausstellungsmerkmal* von *Einrichtung 3*. Dies spiegelt sich nicht nur in verschiedenen Schilderungen der Befragten wider, in denen etwa berichtet wird, dass sich das Unternehmen selbst als „Multikultifirma“ (PuB32) bezeichnet oder als nachgefragter Gast bzw. Referent bei Veranstaltungen zu Fragen

---

sein. Also wenn ich als Arbeitgeber diese Chance gebe hier im Unternehmen, mache viel, erwarte ich auch, dass du dich bemüht und das machst, ja? Und (..) ja, ansonsten s/ (.) passt du hier nicht“ (LK33).

kultursensibler Altenpflege gilt (LK31). Sondern es wird auch im Engagement der Einrichtungsleitung verdeutlicht, die Förderangebote des Unternehmens für Mitarbeiter mit Migrationshintergrund etwa in der Presse „publik“ (LK32) zu machen und das Unternehmen an Wettbewerben zu beteiligen, die etwa Arbeitgeber mit einem besonderen Einsatz für Mitarbeiter mit Migrationshintergrund auszeichnen (LK31; LK32).<sup>450</sup> Auf einen ersten Preis, den das Unternehmen in diesem Rahmen kurz vor Beginn der Fallstudienuntersuchung gewonnen hat, haben folglich auch alle Befragten aufmerksam gemacht. Diese im Rahmen der interkulturellen Öffnung verfolgten Strategien der Öffentlichkeitsarbeit scheinen, indem sie zur Reputationssteigerung des Unternehmens beizutragen und es als attraktiven Arbeitgeber für Menschen mit Migrationshintergrund zu bewerben versuchen, insbesondere das zuvor beschriebene Ziel zu befördern, den Personalbestand des Unternehmens sicherzustellen.

Den bereits bestehenden hohen Anteil an Mitarbeitern mit Migrationshintergrund in ihrem Unternehmen bewertet eine Leitungskraft als Ausdruck dafür, dass die Einrichtung aktiv interkulturelle Öffnungsbemühungen verfolgt (LK33). Im Gegensatz zu einer angedachten Spezialisierung einer bestehenden oder neuen Abteilung auf pflegebedürftige Migranten, welche die Leitungskräfte zum gegenwärtigen Zeitpunkt als nicht rentabel bewerten (LK31; LK32), wird die interkulturelle Öffnung gegenüber Mitarbeitern mit Migrationshintergrund dementsprechend auch als lohnenswert bzw. „richtige Investition“ (LK33) beschrieben, die es gelte weiter fortzusetzen. Neben einzelnen Ideen zu einer Erweiterung der bestehenden Angebote, die von einer Leitungskraft, die in Zukunft verstärkt die Aufgaben hierzu von der Einrichtungsleiterin übernehmen soll und leidenschaftlich deren Relevanz bekundet, jedoch nur angedeutet werden, seien nach Aussagen anderer Befragter keine spezifischen neuen Projekte im Rahmen der interkulturellen Öffnung angedacht, sondern vor allem die Weiterführung der bisherigen Maßnahmen geplant (LK31; LK32).

Zusammenfassend lässt sich für die interkulturelle Öffnung von *Einrichtung 3* festhalten, dass pflegebedürftige Migranten – anders als in den beiden anderen Häusern – keine Zielgruppe dieses Organisationshandelns darstellen, auch weil deren Nachfrage hier bisher als gering erlebt wird (LK32).<sup>451</sup> Die Bemühungen des Unternehmens sind vollständig auf Mitarbeiter mit Migrationshintergrund gerichtet, wobei sie sich zwischen den beiden Polen, „wie können wir was tun für die Leute beziehungsweise wie können wir neue Leute gewinnen“ (LK32), bewegen. Während die interkulturelle Öffnung von den Befragten infolge demographischer und migrationspezifischer Veränderungen innerhalb der Gesellschaft sowie auf dem Altenpflegefeld einerseits als etwas passiv Erlebtes empfunden wird, weisen die beschriebenen Ziele und Maßnahmen andererseits auf einen bewusst forcierten Prozess hin. Die Initiative

---

<sup>450</sup> Erinnert sei an dieser Stelle auch an die Äußerung einer Leitungskraft des Unternehmens, welche die ethnisch-kulturelle Vielfalt der Mitarbeiterschaft des Unternehmens als „offensiv“ beschrieb (vgl. Kap. IV. 4.2.3).

<sup>451</sup> In Bezug auf einen möglicherweise zukünftig wachsenden Anteil von Bewohnern mit Migrationshintergrund stellt ein Teil der Befragten notwendige Veränderungen in Aussicht. Dabei erwecken die Befragten den Anschein, dass solche Maßnahmen wie z. B. Mitarbeiterschulungen zu interkulturellen Kompetenzen oder strukturelle Anpassungen des Speiseangebots reaktiv, d. h. in Folge der Aufnahme einer größeren Anzahl an Bewohnern mit Migrationshintergrund, erfolgen würden. Thematisiert werden solche Überlegungen in der Einrichtung bisher aber nicht, weswegen auch keine genauen Vorstellungen oder sogar Unsicherheiten diesbezüglich bestehen (LK32; LK33; PuB31).

ging dabei wie in den beiden anderen Einrichtungen auch von der Unternehmensleiterin aus. Neben einzelnen Leitungskräften, welche die Öffnungsbemühungen unterstützend begleiten, sind andere Einrichtungsmitglieder vor allem Adressaten der realisierten Maßnahmen. Der hohe Stellenwert, welcher der interkulturellen Ausrichtung des Unternehmens (mittlerweile) beigemessen wird, kann sowohl als Konsequenz auf den hohen Anteil von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund, ihrem Förderbedarf sowie ihren Potenzialen, die als Unternehmensvorteil erlebt werden, als auch als Folge ihres ‚Werbefaktors‘ für die Reputation des Unternehmens und um potenzielle neue Mitarbeiter gewertet werden.

Wie die einzelnen ‚Geschichten‘ der interkulturellen Öffnungsprozesse dieser untersuchten Einrichtungen zeigen, handelt es sich um variantenreiche Projekte, die sich u. a. in ihren Entwicklungsstadien, ihrer Wertigkeit im Organisationsalltag und ihren Umsetzungsformen unterscheiden. Über diese organisationseigenen Merkmalsausprägungen hinweg verbindet die Erzählungen jedoch ein gemeinsamer Kern, der Gegenstand des nachfolgenden Kapitels ist.

#### **4.3.2 Organisationaler Lernprozess**

Dass interkulturelle Öffnungsbemühungen von den Einrichtungen als Notwendigkeit erachtet werden, liegt, wie zuvor ausführlich herausgearbeitet worden ist, ein Bündel vielfältiger Rahmenbedingungen zugrunde. Auf organisationaler Ebene besitzt dabei die Wahrnehmung der professionellen Organisationsmitglieder, dass ethnisch-kulturelle Vielfalt eine Herausforderung für das Organisationshandeln darstellt, ausschlaggebende Relevanz. Dabei fußt diese Einschätzung auf Erfahrungen und Erwartungen, dass die (Zusammen-)Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund aufgrund bestehender Differenzen durch Schwierigkeiten begleitet sowie durch fehlende Kompetenzen und eingeschränkte Handlungsfähigkeiten erschwert wird. In dessen Folge können die Bestrebungen aller drei Einrichtungen im Rahmen ihrer interkulturellen Öffnungen auf der einen Seite als eine Problemlösungsstrategie verstanden werden, die auf die Herausforderungen, die in der Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Migranten oder der Beschäftigung von Pflegekräften mit Migrationshintergrund erlebt und/oder prospektiv erwartet werden, antwortet. Vertrauen zu schaffen, Ressourcen und Möglichkeiten zur Befriedigung von Bedürfnissen zu bieten oder Verständnis- und Verständigungskompetenzen zu fördern sind ein Teil der Ziele, die zur Problemlösung beitragen sollen. Auf der anderen Seite stellen sich die einzelnen Umsetzungsmaßnahmen, die sich im Wesentlichen in (Arbeits-)Bereichen von Bildung, Anerkennung, Gleichbehandlung und Integration fassen lassen, zugleich als Strategien dar, die zur Förderung von Gerechtigkeit beitragen wollen. Hierzu sollen u. a. berufliche „Chancen“ gegeben, individuelle Bedürfnisse und Bedarfe berücksichtigt und die Einbeziehung von Minderheitengruppen in unterschiedliche Organisationskontexte realisiert werden. Die interkulturellen Öffnungen der Untersuchungseinrichtungen stellen sich demnach grundsätzlich als Bemühungen dar, ebenso problematisierten Anforderungen wie vorherrschenden Gerechtigkeitsnormativen zu begegnen.

Der gemeinsame Kern, der die interkulturellen Öffnungsbemühungen der Einrichtungen darüber hinaus verbindet, kristallisiert sich heraus, wenn den Prozessverläufen vergleichend Aufmerksamkeit geschenkt wird. Zu Beginn der Öffnungsmaßnahmen kann auf vergleichs-

weise handfeste Ziele der Einrichtungen verwiesen werden, wie beispielsweise die Versorgungs- und Betreuungsbedingungen für Bewohner mit Migrationshintergrund zu verbessern, Kooperationen zwischen einer Zielgruppe und einer Einrichtung zu intensivieren oder Mitarbeiter mit Migrationshintergrund hinsichtlich ihrer Sprachkompetenzen weiterzubilden. Den Zielsetzungen gehen dabei Irritationen wie problembelastete Pflegebeziehungen, begrenzte (sozialräumliche) Integrationserfahrungen oder bestehende Kommunikations- und Kooperationschwierigkeiten voraus, die von wahrgenommenen Erwartungen nach einer guten bzw. richtigen Pflege, sozialer Integration oder Chancengerechtigkeit begleitet werden. Indem interkulturelle Öffnungsbemühungen in dieser Fallstudienuntersuchung also zunächst daran ausgerichtet sind, Probleme – innerhalb der Organisationen oder ihrer Umwelten – zu bewältigen und Erwartungen – professioneller und normativer Art – zu erfüllen, verkörpern sie die Antwort der Organisationen auf praktische und institutionelle Anforderungen, welche an die Organisationen gestellt werden. Die Organisationen selbst nehmen dabei die Rolle reagierender Akteure ein.

Wie die einzelnen ‚Öffnungsgeschichten‘ aber bereits gezeigt haben, bleiben die ersten, nicht die einzigen Ziele der Einrichtungen. Und auch die eben benannte Akteursrolle erweist sich nicht als konstant. Hierzu tragen sowohl verschiedene, für die Befragten offenkundige Entwicklungen, welche durch (erste) Maßnahmen der interkulturellen Öffnungen in den Einrichtungen angestoßen wurden, als auch latente Veränderungen bei, welche die Betrachtungsweise involvierter Akteure auf die eigene interkulturelle Öffnung betreffen. Im Hinblick auf Folgen realisierter Öffnungsstrategien sei exemplarisch an veränderte Arbeitsweisen von Mitarbeitern unterschiedlicher Organisationseinheiten in *Einrichtung 1* oder der Gewinn einer ersten Zielgruppenangehörigen als Mitarbeiterin im Pflorgeteam der *Einrichtung 2* erinnert, die beide zu einem stärkeren Bezug von Öffnungsprozess und organisationaler Mitarbeiterebene beigetragen haben. Während solche – meist nicht intendierten – Auswirkungen von den Befragten eher offen angesprochen und mit vorangegangenen Öffnungspraktiken in Zusammenhang gestellt werden, schwingen Hinweise auf Perspektiverweiterungen oder -wandlungen auf die interkulturelle Ausrichtung ihrer Häuser in den Äußerungen der Studienteilnehmer vor allem unterschwellig mit. Die Beschreibung ihrer Vernetzungsarbeit, mit der allem Anschein nach ein verstärkter Blick der Leiterin von *Einrichtung 1* von internen Organisations- hin zu externen Umweltbedingungen vollzogen wurde, legt beispielsweise nahe, dass sich in diesem Zuge auch die Einordnung des interkulturellen Öffnungsprozesses als Problemlösungs- und Gerechtigkeitsförderstrategie zu einer Wettbewerbsstrategie erweitert hat. Denn in diesem thematischen Kontext rücken nicht nur zunehmend potenzielle Beschäftigte mit Migrationshintergrund – als relevante Akteursgruppe auf einem veränderten Altenpflegearbeitsmarkt – in den Fokus, sondern es wird auch die Möglichkeit zur Abgrenzung von direkt konkurrierenden Einrichtungen durch eine interkulturelle Ausrichtung umschrieben. Auch die Erzählungen der befragten Führungskräfte in *Einrichtung 3* deuten auf eine Zielverschiebung der interkulturellen Öffnungsarbeit des Unternehmens hin. Waren die Öffnungsbemühungen des Arbeitgebers zunächst auf die Personalförderung von Mitarbeitern mit deutschen Sprachschwierigkeiten konzentriert, weisen die divergierenden Schwerpunktsetzungen der Befragten, die unter-

schiedlich lange dem Unternehmen angehören, darauf hin, dass die Personalgewinnung und -sicherung sowie Möglichkeiten mit einer öffentlichkeitwirksamen Darstellung der Förderung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund für das Unternehmen zu werben im Zeitverlauf an motivationaler Relevanz gewonnen haben müssen.

Über alle Einrichtungen hinweg hat der interkulturelle Öffnungsprozess dazu beigetragen, dass insbesondere drei Zielsetzungen aufgekommen oder gereift sind: interkulturelle Öffnungsmaßnahmen als Beitrag zur Sicherung des Pflegekräftebedarfs, als Herausstellungsmerkmal gegenüber Mitbewerbern um Klienten und Beschäftigte sowie als organisationaler Erkenntnisgewinn hinsichtlich unerkannter bzw. ungenutzter Kompetenzen. Mit der Intention der Einrichtungen mit Hilfe interkultureller Öffnungsstrategien nicht nur bestehende Problemlagen zu bearbeiten und normative Erwartungen einzulösen, sondern auch den eigenen Personalbedarf zu decken, versuchen sie erstens eine zunächst abseits ihrer Öffnungsüberlegungen existierende Umweltherausforderung des voranschreitenden Pflege(fach)kräftemangels zeitgleich zu bearbeiten. Ebenso bemühen sie sich der (feldspezifischen) Aufgabe, sich im Wettbewerb nicht nur um Beschäftigte, sondern auch um Klienten von anderen Pflegedienstleistern abzuheben und damit auch eine vorteilhafte Marktposition zu besetzen, zu begegnen, indem sie die interkulturelle Öffnung der Einrichtungen zu Spezialisierungs- und Werbezwecken einsetzen. Dabei streben die Einrichtungen an, 1) als vorbildhafte Ausbilder und Arbeitgeber, die Menschen mit Migrationshintergrund offen und fördernd gegenüberstehen, 2) Dienstleistungsanbieter, die Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund kultursensibel betreuen, und/oder 3) Spezialisten, die über Know-how im Hinblick auf eine spezifische Migrantengruppe oder kultursensible Altenpflege verfügen, wahrgenommen zu werden. Neben den bereits genannten (Selbst-)Positionierungen der Pflegeanbieter als Preisträger (in ihrer Rolle als Ausbilder) und nachgefragter Referent (hinsichtlich adäquater Pflege älterer Migranten) (*Einrichtung 3*), anerkannte Expertin (bezüglich ‚Staatsangehörigen 1‘) (*Einrichtung 2*) oder Vorreiterin (im Hinblick auf interkulturelle Öffnungsbemühungen unter stationären Pflegeanbietern innerhalb der Stadt) (*Einrichtung 1*) kommt dies auch in Beschreibungen zum Ausdruck, die den Einrichtungen einen Ruf attestieren, (auch im Gegensatz zu anderen Einrichtungen) „offen“ gegenüber Menschen mit Migrationshintergrund zu sein<sup>452</sup> oder die Qualifikation zu besitzen, Pflegebedürftige (ganz) unterschiedlicher Hintergründe angemessen versorgen zu können. Drittens richten sich die Einrichtungen darauf aus, sich den Kompetenzen, welche sie über ihre Mitarbeiter mit Migrationshintergrund erfahren, zunächst jedoch nicht erkannt oder nicht ausgeschöpft hatten, stärker bewusst zu machen, innerhalb der Organisationen für ihre Existenz zu sensibilisieren und sie zugunsten des Organisationshandelns in Anspruch zu nehmen. Indem die Pflegeanbieter sich etwa des Erfahrungsschatzes im Ausland ausgebildeter Fachkräfte oder den Fremdsprachenkenntnissen ihrer Mitarbeiter in der Versor-

<sup>452</sup> Exemplarisch sei dabei auf die Erzählung einer Mitarbeiterin verwiesen, deren Altenpflegeschule ihr empfohlen hat, sich um einen Ausbildungsplatz in *Einrichtung 1* zu bewerben, da die Einrichtungsmitglieder „sehr offen“ seien, „auch gegenüber Ausländer[n]“ (PuB22). Der PDL grenzt diese Offenheit des eigenen Hauses zugleich mit Nachdruck von anderen Pflegeanbietern ab, wenn er auf die Personalpolitik von konfessionellen Trägern zu sprechen kommt, deren postulierte Offenheit er als „Lüge“ (LK12) bezeichnet, wenn eine Konfessionszugehörigkeit zur Einstellungsvoraussetzung für Bewerber wird.

gung älterer Migranten (strategisch) bedienen, kommen sie zugleich der an sie gestellten Anforderung nach, wirtschaftlich zu arbeiten; bedenkt man etwa, dass viele Befragten in einer ethnien- oder sprachspezifischen Pflege ein effizienteres Format der Aufgabenerfüllung erkennen oder in Mitarbeitern mit Migrationshintergrund nicht nur Pflege- und Betreuungskräfte, sondern zugleich Anleiter für Mitarbeiter ohne Migrationshintergrund in der Versorgung von pflegebedürftigen Migranten sehen.

Diese Entwicklung im Verlauf der (ersten) interkulturellen Öffnungsbemühungen kann als organisationaler Lernprozess der Einrichtungen gefasst werden und zwar als ein solcher, in dem die Einrichtungen *Nutzenlernen* oder anders gesagt aus *Herausforderungen* ein (zusätzliches) *Potenzial* für sich ziehen: Die Organisationen lernen im Verlauf ihrer Neuausrichtung, dass die eigene interkulturelle Öffnung sich nicht nur zur Lösung anfänglicher Probleme eignet und Erwartungskonformität herstellt, sondern dass sie weitere Potenziale bietet, welche die Einrichtungen sich zunutze machen können. Sie fördert die Personaldeckung, die Wettbewerbsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Organisationen und trägt damit im Ganzen zur Existenzsicherheit bei. Dabei kommt es nicht zu einer einfachen Zielersetzung des Programms, sondern vielmehr zu einer Vermehrung bis hin zu einer Verschiebung des Motivgerüsts, wobei die Organisationen zugleich in die Rolle agierender Akteure schlüpfen. Eine nicht zu unterschätzende Bedeutung erfährt die interkulturelle Öffnung dabei als ‚Aushängeschild‘, womit sie in einem ersten Schritt der Reputationssteigerung und in einem zweiten Schritt aus dem bestehenden Konkurrenzverhältnis mit anderen Einrichtungen heraus der Anwerbung neuer Klienten und Mitarbeiter dienen soll. Dies macht deutlich, dass die interkulturellen Öffnungsbemühungen der Einrichtungen auch in ihrer Weiterentwicklung auf Probleme antworten und auf institutionelle Erwartungen reagieren, denn nichts anderes stellen der erlebte Pflegekräftemangel und die erfahrene Konkurrenzsituation sowie die institutionelle Erwartung nach wirtschaftlichem Organisationshandeln dar. Aber sie bearbeiten eben nicht mehr nur Anforderungen, die als Impulse den Ausschlag für erste Öffnungsmaßnahmen geben, sondern lernten sich des Paradigmas einer interkulturellen Öffnung auch in der Bearbeitung weiterer praktischer und institutioneller Aufgaben zu bedienen.

Dass es bereits ein Reputationsgewinn für die Einrichtungen sein kann, sich als interkulturell öffnende Einrichtung zu präsentieren, legt die Einschätzung der meisten Befragten nahe, dass in der deutschen Altenpflegelandschaft interkulturelle Öffnungsbemühungen – wenn auch zunehmend – insgesamt „noch“ selten sind. Nicht nur im Hinblick auf eine organisationale Öffnung gegenüber pflegebedürftigen Migranten sei noch „ganz viel Aufklärungsarbeit [...] zu leisten“ (PuB22), sondern auch bezüglich potenzieller Mitarbeiter mit Migrationshintergrund. Während nach Auffassung einer Leitungskraft beispielsweise der Bedarf nach inländischen als auch ausländischen Pflegekräften mit Migrationshintergrund allgemein bekannt sei, sei es „noch weniger in den Köpfen, dass man auch da was für tun muss als Leiter oder übergeordneter Träger“ (LK12) und zwar im Sinne einer Integrationsarbeit. Die drei sich interkulturell öffnenden Einrichtungen können sich dadurch zu einer Minderheit von ‚aufgeklärten‘ Dienstleistern und Arbeitgebern in der deutschen Altenpflege zählen. Das kann auch deshalb als reputationsförderlich gelten, weil sie aus der Annahme heraus, dass interkulturelle Öff-

nungsbestrebungen in der Altenpflege in Zukunft weiter an Relevanz gewinnen werden, in gewisser Weise eine Vorreiterrolle – zumindest einer zweiten Generation – besetzen.

Vergleicht man die einzelnen umgesetzten und geplanten Maßnahmen der Einrichtungen mit denjenigen, die in Wissenschaft und Praxis konzeptionell diskutiert werden, entsprechen die Bemühungen der drei Einrichtungen eher sogenannten engen Vorstellungen eines interkulturellen Öffnungsprozesses (vgl. Kap. I. 3.2). Neben der Tatsache, dass dies dem Entwicklungsstand der interkulturellen Ausrichtung der Einrichtungen geschuldet sein kann, weisen verschiedene Befragte aber auch auf ‚natürliche‘ Grenzen einer interkulturellen Öffnung sowie auf ‚selbst gewählte‘ Einschränkungen hin. Zu den ‚natürlichen‘ Grenzen, die bereits zum Teil als hemmende Faktoren einer interkulturellen Öffnung angeklungen sind (vgl. Kap. IV. 4.2 *Zwischenbemerkungen*), werden vor allem limitierte zeitliche und finanzielle Ressourcen auch aufgrund bestehender Vergütungssätze gerechnet, die etwa verhindern, größere Anstrengungen in unterschiedlichen Bereichen zu unternehmen oder allen individuellen Bedürfnissen und Bedarfen nachzukommen. Demnach geht beispielsweise der Leiter von *Einrichtung 2* auch nicht davon aus, dass mit den eigenen Bemühungen Bedingungen geschaffen werden können, die für pflegebedürftige Angehörige der Zielgruppe einer „Normalität“ (LK21) gleichkommen. Gerade auch im Vergleich mit Pflegeanbietern, die sich als sogenannte Inselösungen ausschließlich auf die Versorgung einer spezifischen Klientel konzentrieren, werden die eigenen Mittel und Wege einer kultursensiblen, adäquaten Pflege als eingeschränkt erlebt. Exemplarisch seien die Möglichkeiten der Pflege- und Betreuungskräfte, Fremdsprachenkenntnisse zugunsten nichtdeutschsprachiger Bewohner auszubilden, stark begrenzt, oder Menüs, die den individuellen Ernährungswünschen aller Bewohner entsprechen, kaum realisierbar. Ebenso könnten grundlegende Einstellungen von Organisationsmitgliedern, die einer interkulturellen Öffnung womöglich entgegenstehen, nur schwer verändert werden. So könne man gegenüber Bewohnern etwa nur „beratend tätig“ werden, nicht aber deren „Meinung ändern“ (LK12). Schließlich seien ‚natürliche‘ Grenzen dort zu finden, wo das Eigenengagement der Zielgruppe einer interkulturellen Öffnung gefragt ist. Wie für *Einrichtung 3* beispielsweise gilt, könne ein Unternehmen zwar Sprachfortbildungen anbieten, die Lernbereitschaft müsse allerdings von den Fortbildungsteilnehmern erbracht werden.

Dass die interkulturellen Öffnungsprozesse der Einrichtungen darüber hinaus aber auch ‚selbst gesetzten‘ Grenzen unterliegen, deutet sich an, wenn einzelne Befragte auf Vorschläge oder Wünsche im Rahmen der interkulturellen Öffnungsmaßnahmen zu sprechen kommen, die von den Leitungskräften abgelehnt wurden. Verzicht und Absagen scheinen dabei infolge von Kosten-Nutzen-Überlegungen getroffen worden zu sein, wobei die Realisierung der Ideen zwar für einzelne Organisationsmitglieder eine vermutete Bereicherung oder Unterstützung dargestellt, für die Einrichtung als Ganzes aber einem zu großen Aufwand bzw. einem zu geringen Ertrag entsprochen hätte. In diesen Beispielen, auf die hier auch zugunsten der Anonymität der Befragten untereinander nicht näher eingegangen werden soll, spiegelt sich vor allem eine ökonomische Logik wider, die selbst ein Bestandteil des Motivgerüsts einer interkulturellen Öffnung ist: Welche Angebote tragen zur Berücksichtigung spezifischer Bedürfnisse, aber auch zur Erleichterung der Pflegearbeit bei? Welche Fortbildungen fördern die

Mitarbeiter im Einzelnen, aber stellen auch einen Mehrwert für das Organisationshandeln im Ganzen dar? Solche und ähnliche Fragen scheinen Leit motive der interkulturellen Öffnungsbemühungen zu repräsentieren und zugleich die selbst gesetzten Grenzen zu markieren. Das heißt, nicht nur die Förderung eines einzelnen Bewohners oder Mitarbeiters, sondern der damit einhergehende Mehrwert für die gesamte Organisation bildet den Maßstab einer Maßnahme.<sup>453</sup> Dass es sich bei der interkulturellen Öffnung der Einrichtungen damit *auch* um eine „egoistisch[e]“ Strategie der Organisationen zugunsten ihrer Existenzsicherung oder Wirtschaftlichkeit handelt, spricht ein Teil der Befragten offen aus. Anderen Befragten scheinen Maßnahmen, denen ein Eigennutz unterstellt werden könnte, dagegen unangenehm, was vor allem das Beispiel der strategischen Anwerbung von inländischen und ausländischen Mitarbeitern mit Migrationshintergrund zur Sicherung des Personalstands zeigt. Nicht nur reden manche Befragte diesen Tatbestand klein, sondern widersprechen sich teilweise auch in ihren Aussagen, ob sie eine strategische Beschäftigung von Menschen mit Migrationshintergrund anstreben oder nicht. Darin könnte ein normativer Zwiespalt für diese Praktiker liegen, (ursprünglich) etwas *für* Menschen mit Migrationshintergrund leisten und nichts *von* ihnen geleistet haben zu wollen. Ähnliches könnte auf die Einstellung ausländischer Pflegefachkräfte ohne berufliche Anerkennung zutreffen, die in den Augen einer Befragten vor allem auch deshalb in der deutschen Altenpflege praktiziert wird, weil sich Einrichtungen Lohnkosten sparen, indem sie Fachkräfte beschäftigen, aber als Hilfskräfte bezahlen können. Normative und ökonomische Beweggründe verbinden sich demnach nicht nur in interkulturellen Öffnungsbemühungen (vgl. auch Kap. IV. 4.2.2), sondern reiben auch aneinander.

### **Zwischenbemerkungen**

Obwohl also ein Teil der Befragten das Ziel der Einrichtungen, Menschen mit Migrationshintergrund als Beschäftigte für ihre Häuser zu gewinnen, nicht eindeutig bestätigt oder in Ausnahmefällen bestreitet, weisen die vorherigen Ausführungen darauf hin, dass die interkulturellen Öffnungsbemühungen dieser Einrichtungen durch eine starke Fokussierung auf die Mitarbeiterebene gekennzeichnet sind; sowohl ursächlich – potenzielle Mitarbeiter mit Migrationshintergrund als Zielgruppe einer interkulturellen Öffnung – als auch strategisch – Beschäftigung von Menschen mit Migrationshintergrund zugunsten einer kultursensiblen Versorgung pflegebedürftiger Migranten bzw. Sicherung des benötigten Personals. Dass die Orientierung auf (potenzielle) Mitarbeiter mit Migrationshintergrund im Zuge interkultureller Öffnungsbemühungen von stationären Altenpflegeeinrichtungen kein Sonderfall der Untersuchungsgruppe darstellt, darauf deuten auch verschiedene Aussagen von Befragten der Vergleichsgruppe hin. Beispielsweise setzt eine Befragte Diskussionen um eine interkulturelle Öffnung in der Altenpflege unmittelbar mit der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte in Zusammenhang

---

<sup>453</sup> Bei dem Ziel Mitarbeiter mit Migrationshintergrund in die Einrichtung zu integrieren, damit sie sich wohlfühlen, geht es beispielsweise auch darum, „dass sie auch für den deutschen Bewohner ARBEITEN können“ (LK12); ihre Aufnahme und Ausbildung impliziert zugleich, dass die übrigen Beschäftigten „eben ganz viel von diesen Mitarbeitern auch übernehmen können und lernen können“ (LK22); und Angebote ihrer Förderung und Anerkennung sind auch dazu gedacht, die Angestellten an die Einrichtung zu binden, denn andernfalls würden sie „hier nicht bleiben“ (LK33).

(„Also dass immer mehr, mehr Pflegekräfte kommen/“, PuB52), was nahelegt, dass interkulturelle Öffnungsprozesse nicht selten mit der Mitarbeiterebene von Organisationen in Verbindung gesetzt werden. Damit grenzt sich die hier beschriebene praktische Umsetzung des Paradigmas einer interkulturellen Öffnung – teils stärker, teils schwächer – von ihren wissenschaftlich oder praxisnah diskutierten einschlägigen Konzepten ab, für die a) ältere Migranten die wesentliche Zielgruppe darstellen, b) Maßnahmen auf der Personalebene einer von drei Bestandteilen des organisationalen Weiterentwicklungsprozesses sind und c) die Gewinnung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund auf dieser Ebene wiederum einem von mehreren Gesichtspunkten entspricht (vgl. Kap. I. 3.2). Wie die Beschreibungen der einzelnen interkulturellen Öffnungsprozesse der drei Untersuchungseinrichtungen zeigen konnten, werden auch Öffnungsstrategien auf anderen Organisationsebenen und mit Fokus auf pflegebedürftige Migranten als Zielgruppe vollzogen. In ihrer Gewichtung scheinen sich wissenschafts- und praxisnahe Positionen und Praxis selbst allerdings voneinander zu unterscheiden.

Damit korrespondiert der Ansatz aller drei Einrichtungen, in der interkulturellen Öffnung ihrer Häuser ihren ‚eigenen Weg‘ gehen zu wollen.<sup>454</sup> Mittels unterschiedlicher Maßnahmen versuchen die Einrichtungen in Hinsicht auf ihre Zielgruppen insbesondere Bildungs- und Integrationsarbeit zu leisten. Dabei betonen die Befragten, dass sich in der alltäglichen Betreuungs- und Pflegepraxis selbst (erst) wenige Veränderungen eingestellt hätten. Für die Leiterin von *Einrichtung 1* müsste der interkulturelle Öffnungsprozess dafür „noch selbstverständlicher“ (LK11) werden, während in *Einrichtung 2* veränderte Pflegepraktiken dann erwartet werden, sobald pflegebedürftige Bewohner der Zielgruppe in die Einrichtung einziehen werden (LK21). Wie gestaltet sich die Pflege von Klienten mit Migrationshintergrund in *Einrichtung 3*, deren interkulturelle Öffnungsbemühungen nicht auf pflegebedürftige Migranten ausgerichtet sind? Die Studienteilnehmer dieser Einrichtung äußern sich im Hinblick auf ihre Bewohner mit Migrationshintergrund in ähnlicher Weise wie viele Befragte aus der Vergleichsgruppe (vgl. Kap. IV. 4.2.4). Einerseits werden Herausforderungen, die mit ethnisch-kulturellen Differenzen einhergingen, relativiert. Demnach wird von Bewohnern berichtet, „die wirklich schon lange in Deutschland leben“ (LK32) oder mit deren Versorgung keine „gravierend[e]“ (LK31) Aufgabe verbunden wird, weil Pflegekräfte mit denselben ethnisch-kulturellen bzw. sprachlichen Hintergründen in der Einrichtung tätig sind und diesen die notwendigen Kompetenzen für die Betreuung und Pflege dieser Klienten zugeschrieben werden. Andererseits nimmt die Einrichtung, ähnlich wie in den anderen Häusern, einzelne Anpassungsmaßnahmen vor. So findet wenn möglich eine ethnien- bzw. sprachspezifische Arbeitsteilung statt oder wurde in einem Fall gleichgeschlechtliche Pflege ermöglicht und ein alternatives Menü bei der zuliefernden Großküche bestellt. Die Einrichtungsleiterin vertritt darüber hinaus die Ansicht, dass zugewanderte Pflegebedürftige sich darauf „einlassen“ müssen, dass in Deutschland möglicherweise „andere Gepflogenheiten“ herrschen, als dies aus dem Her-

<sup>454</sup> Auch wenn zum Teil vermutet werden kann, dass eine Orientierung an Vorreitern im Feld stattfindet – worauf etwa die Planung eines Markttagess hindeutet (LK11), das zum Angebot eines bekannten interkulturell geöffneten Altenpflegeheims zählt – oder zumindest Strategien dieser Pioniere bekannt sind (LK21).

kunftsland bekannt sei, mit der Konsequenz, dass sie in einer Altenpflegeeinrichtung auch „Abstriche“ hinnehmen müssten (LK31).<sup>455</sup>

Dass interkulturelle Öffnungsbemühungen in diesen drei Einrichtungen begonnen wurden, ist in allen Fällen den Einrichtungsleitungen zuzurechnen, d. h. wie in der einschlägigen Literatur thematisiert, wurden sie ‚top down‘ eingeführt (vgl. Kap. I. 3.2).<sup>456</sup> Förderlich für die Entscheidung bzw. Verwirklichung interkultureller Öffnungsmaßnahmen scheint zudem eine emotionale Verbundenheit der Initiatoren bzw. mitwirkenden Beschäftigten mit dem Projekt zu sein. Dies zeigt sich ebenso in den Erzählungen der Leitungen von *Einrichtung 1* und *2* als auch der Beschäftigten, die vermehrt in die Realisierung der interkulturellen Öffnung ihrer Häuser eingebunden werden (LK13; LK33). Während die Leitungskräfte ein insgesamt positives Stimmungsbild innerhalb ihrer Einrichtungen im Hinblick auf den Öffnungsprozess zeichnen, beschreiben befragte Betreuungs- und Pflegekräfte, dass einzelne Maßnahmen nicht von allen Einrichtungsmitgliedern gut geheißen werden. Ebenso kommt es zu divergierenden Beschreibungen, inwieweit neuen Ideen und Wünschen innerhalb der Öffnungsbestrebungen offen gegenübergestellt wird. Dass den Öffnungsprozessen neben den ‚natürlichen‘, insbesondere finanziellen, personellen und zeitlichen, auch ‚selbst gewählte‘ Grenzen gesetzt sind, kann sowohl darauf zurückgeführt werden, dass die interkulturellen Öffnungen in keiner der Einrichtungen zentrales Schwerpunktthema sind als auch dass sie den Wirtschaftlichkeitsanforderungen der Pflegeanbieter unterliegen.

### **Schlussbemerkungen**

Mit Hilfe einer dreigliedrigen methodischen Herangehensweise bestehend aus a) literatur- und dokumentengestützten feldanalytischen, b) vollstandardisierten quantitativen und c) problemzentrierten qualitativen Erhebungs- und Analyseschritten ermöglichte die Studie eine gegenstandsangemessene und tiefgründige Untersuchung der Entstehung, Verbreitung, Motivierung und Umsetzung interkultureller Öffnungsprogrammatiken in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland. Dabei konnten zum ersten Mal Erkenntnisse darüber gewonnen werden, inwieweit solche Konzepte Professionellen in Pflegeheimen deutschlandweit bekannt sind, von ihnen diskutiert und realisiert werden. Die qualitative Fallstudienuntersuchung von ausgewählten Einrichtungen, auf welcher der Schwerpunkt des Forschungsprojektes lag, gestattete die ersten, durch Feldanalyse und Online-Befragung erlangten Einsichten in den Untersuchungsgegenstand zu vertiefen, Bedingungen und Ausgestaltungsformen des Phänomens in einzelnen Organisationen im Detail sichtbar zu machen und damit weiter zu seinem Verständnis und seiner Erklärung beizutragen. Dabei zielte die Analyse darauf ab, trotz der Vielschichtigkeit von interkulturellen Öffnungsbedingungen und -strategien, worauf ebenso exemplarisch hingewiesen wurde, im Wesentlichen die Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten,

---

<sup>455</sup> Im Anschluss ergänzt die Befragte, dass es in der Entscheidungsfreiheit von Pflegebedürftigen liege, sich für eine spezialisierte oder „gemischt[e]“ Einrichtung zu entscheiden (LK31), wobei nicht zur Sprache kommt, ob auf alle Bedarfslagen spezialisierte Angebote tatsächlich zur Verfügung stehen.

<sup>456</sup> Für den PDL von *Einrichtung 1* müssen angestrebte Veränderungen grundsätzlich von der Leitungsebene „vor[ge]geben“ (LK12) werden, damit eine Umsetzung erfolgreich verlaufen kann.

welche die Organisationen in Bezug auf die programmatische Innovation einer interkulturellen Öffnung verbinden (vgl. Kap. IV. 4.2).

Im Hinblick auf die quantitativen Daten muss unter strengen Bewertungsmaßstäben jedoch auf ihre nur eingeschränkte Repräsentativität hingewiesen werden. Obwohl zwar von einem sehr hohen Abdeckungsgrad der Kontaktdaten stationärer Pflegeeinrichtungen in Deutschland durch die Datenbank des BKK-Pflegefinders hinsichtlich ihrer Grundgesamtheit ausgegangen werden kann, konnte die Zufallsstichprobe der Online-Befragung auf keiner vollumfänglichen Datengrundlage basieren. Daneben kann nicht mit Sicherheit davon ausgegangen werden, dass alle Pflegeheime über die technischen oder ausreichend technischen Möglichkeiten verfügen, um die gleichen Voraussetzungen für die Beteiligung an der Umfrage zu besitzen. Schließlich weist das Sample in Bezug auf Träger- und Größenverteilung leichte Abweichungen von der Grundgesamtheit auf (vgl. Kap. IV. 1.2). Die Fallstudienuntersuchung erhob entsprechend qualitativer Forschungsstrategien dagegen keinen Anspruch auf statistische Repräsentativität. Gleichwohl trug die auf theoriegeleiteten Kriterien gründende Stichprobenziehung dazu bei (vgl. Kap. IV. 1.3), dass die Gruppe stationärer Altenpflegeeinrichtungen im Diskursraum interkultureller Öffnungsprogrammatiken mittels ähnlicher und divergierender Einrichtungsmerkmale sowohl in ihrer engen als auch breiten Variation in der Untersuchung vertreten wurde (vgl. Helfferich 2011: 173 f.). Limitiert ist die Fallstudienuntersuchung jedoch dadurch, dass kein Pflegeheim in die Untersuchungsgruppe aufgenommen werden konnte, das auf eine interkulturelle Öffnung verzichtet, trotzdem es einen hohen Bevölkerungsanteils mit Migrationshintergrund in seiner Region besitzt, der mit demjenigen von *Einrichtungen 1 bis 3* vergleichbar ist. Hierdurch hätten womöglich weitere Beweggründe gegen eine interkulturelle Ausrichtung von stationären Altenpflegeeinrichtungen identifiziert und der Stellenwert der bis hierhin analysierten Bedingungen weiter geschärft werden können.

## V. Abschließende Betrachtungen

Mit der Wahrnehmung älterer Migranten in Deutschland rückte vor rund dreißig Jahren eine ‚neue‘ Gruppe von Senioren in die Aufgaben- und Interessensfelder von sozialen Diensten, Forschung und Politik, die lange Zeit unbeachtet geblieben war. Dazu trug mitunter eine in der Mehrheitsgesellschaft tiefverankerte Vorstellung bei, die fokussierten Gruppen der als Arbeitskräfte angeworbenen Ausländerinnen und Ausländer würden nach Eintritt in das Rentenalter in ihre Herkunftsländer zurückkehren. Aber auch ihre relativ überschaubare Gruppengröße, eine breite Missachtung ihrer Heterogenität, gesellschaftliche und politische Zurückhaltung, den Charakter Deutschlands als Einwanderungsland anzuerkennen, sowie wissenschaftliche Forschungshürden konzentrierten die Aufmerksamkeit für Senioren mit Migrationshintergrund zunächst auf einen begrenzten Kreis von Praktikern und Wissenschaftlern. Aus ihren Erwartungen nach einem zunehmenden Anteil sowie steigenden Pflegebedarf älterer Migranten verbunden mit spezifischen Lebenslagen und -stilen dieser Gruppen leiteten sie ihre Forderung ab, die Angebote von Altenhilfe und -pflege an die sich zunehmend pluralisierende deutsche Altenbevölkerung anzupassen (vgl. Kap. I.). Dabei mündeten die ersten Einzelanforderungen schrittweise in ausgereifte Konzepte kultursensibler Altenhilfe und -pflege sowie im Anschluss an die Auseinandersetzungen um eine interkulturelle Neuausrichtung sozialer Dienste, wie sie insbesondere von Vertretern der Migrationssozialarbeit im Verlauf der 1990er Jahre angestoßen worden sind (vgl. Kap. IV. 2.1), in Programmatiken einer interkulturellen Öffnung von Pflegeeinrichtungen.

Während sich der (normative) Anspruch nach einer interkulturellen Öffnung von Organisationen nicht nur in der Altenpflege, sondern in ganz unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen weit verbreitet hat, blieb es bis heute weitgehend unbekannt, welche praktische Relevanz Konzepte einer interkulturellen Öffnung in der stationären Altenpflege in Deutschland tatsächlich besitzen und vor allem durch welche Beweggründe eine solche konzeptionelle Orientierung der Einrichtungen angetrieben oder gehemmt wird. Sich diesen offenen Fragen zu widmen und gleichzeitig bestehende Formate interkultureller Öffnungsprozesse aufzuzeigen, hat sich die vorliegende Arbeit zur Aufgabe gemacht. Die abschließenden Betrachtungen in diesem Kapitel sollen nun dazu beitragen, die Ergebnisse der vorangegangenen ‚Teilstudien‘ zusammenzuführen und zu reflektieren (vgl. Kap. V. 1.) sowie theoretische Rückschlüsse, die hieraus gewonnen werden können, aufzuzeigen (vgl. Kap. V. 2.).

### 1. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Was treibt Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland an, sich einer interkulturellen Öffnung ihrer Häuser und Angebote zu verschreiben? Jene zuvor genannten demographischen, klientenspezifischen Bedingungen, welche die Fürsprecher einer interkulturellen Öffnung ins Feld führen, können auch für die Organisationen als grundsätzliche Voraussetzungen begriffen werden. Die Pluralisierung der deutschen Bevölkerung hinsichtlich ethnisch-kulturell oder nationalstaatlich gefasster Zugehörigkeiten, die sich auch in einer heterogenen Klientel der Altenpflege ausdrückt, stellen gesamtgesellschaftliche und feldspezifische

intervenierende Rahmenbedingungen dar, welche die Organisationen mit ihren Öffnungsentscheidungen in Zusammenhang stellen. In der quantitativen Befragung von Pflegeheimleitungen stellt eine erwartete Zunahme des Pflegebedarfs älterer Migranten den am wichtigsten bewerteten Beweggrund dar. Neben der Heterogenisierung, welche die Akteure in der Altenpflege durch den demographischen Wandel und damit hinsichtlich ihrer Nutzergruppen erfahren, erweist sich auch die Diversifizierung des (potenziellen) Pflegepersonals insbesondere für jene Einrichtungen, die sich interkulturell öffnen, als förderliche Komponente einer solchen konzeptionellen Ausrichtung. Hierauf deuten sowohl die Befragungen der qualitativen Fallstudie als auch offene Antworten der Online-Befragung hin. Übersetzt auf die kontextuelle Ebene der Pflegeeinrichtungen verkörpern dann die regionalen Migrantenbevölkerungen als heterogenes soziales Umfeld der Organisationen sowie die Bewohner und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund als Repräsentanten einer ethnisch-kulturellen Vielfalt der Organisationsmitglieder die gesamtgesellschaftliche Pluralität. Können diese kontextuellen Merkmale als anregende Bedingungen einer interkulturellen Öffnung gelten, zeigen beide Organisationsbefragungen auch, dass dementsprechend ein Einrichtungsumfeld, in dem wenige (ältere) Migranten wohnhaft sind, sowie eine nicht erlebte Angebotsnachfrage durch pflegebedürftige Migranten viele Heime gerade davon abhalten, ihre eigenen Häuser interkulturell auszurichten.

Neben diesen demographischen Faktoren, die hier als rahmende Vorbedingungen organisationalen Wandels begriffen werden, sind die Öffnungsentscheidungen stationärer Pflegeeinrichtungen entsprechend feldspezifischer Auseinandersetzungen stark normativ beeinflusst. Zwar werden interkulturelle Öffnungsprozesse von den Einrichtungen, anders als von den Befürwortern in den Anfangsjahren argumentativ vorgebracht, nur in Ausnahmefällen als ihr „sozialpolitischer“ Auftrag verstanden. Gerade in der Fallstudienuntersuchung wird jedoch deutlich, dass interkulturell orientierte Häuser ihre konzeptionelle Ausrichtung in Übereinstimmung mit den diskursiv vorgebrachten Argumenten als relevanten Beitrag zu Integration und sozialer Gerechtigkeit begreifen. In einer Erwartungshaltung die in unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen als eingeschränkt erlebte Teilhabe von Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern, fühlen sich die Einrichtungen zum Teil sogar dazu verpflichtet integrative Maßnahmen, wie die einer interkulturellen Öffnung, anzustoßen. Gleichzeitig sehen sie in einer solchen konzeptionellen Weiterentwicklung ihrer Strukturen und Angebote, Personal- und Kooperationspolitik einen Weg, Gleichbehandlung und Chancengleichheit von Migrantinnen und Migranten zu befördern. Damit reihen sich die Beweggründe von Organisationen der stationären Altenpflege, eine interkulturelle Öffnung anzustoßen, einerseits in die seit den 2000er Jahren gewachsene (innen-)politische Integrationsagenda ein (vgl. z. B. Bielefeldt 2007). Andererseits spiegeln sie eine an den allgemeinen Menschenrechten orientierte institutionelle Ordnung wider, die im letzten Jahrhundert zu einem wesentlichen, zumindest theoretischen Handlungsrahmen nationaler und internationaler Politik aufgestiegen ist (vgl. Spickard 2002). Diese Ausrichtung kommt dabei auch in weiter geäußerten Ansprüchen und Werthaltungen der Probanden von „Menschlichkeit“ und der Gleichheit aller Menschen („Mensch ist Mensch“) immer wieder zum Ausdruck.

In der nicht als widersprüchlich dazu erlebten Wahrnehmung von Menschen mit Migrationshintergrund als ‚ethnisch-kulturell Andere‘ verbinden Einrichtungen, die sich interkulturell öffnen, Gerechtigkeits- und Gleichheitsnormen zugleich mit der Erwartung, Vielfalt innerhalb ihrer sozialen Umwelt sowie unter ihren Mitgliedern anzuerkennen; das heißt für sie auch, auf wahrgenommene „Differenzen“ (vgl. Fallstudienuntersuchung) oder „Veränderungen von Bedürfnissen“ (vgl. Online-Befragung) mit neuen Strategien zu reagieren. Werden dahingehend auch die Befunde herangezogen, welche zu den Gegengründen einer interkulturellen Öffnung gewonnen werden konnten, kommt ein interpretatives Spannungsfeld zwischen unterschiedlichen Vorstellungen eines angemessenen Umgangs mit Vielfalt bzw. Gleichheit zum Vorschein. Während für Vertreter interkulturell orientierter Häuser ein Gleichbehandlungsanspruch tendenziell darin besteht, sich aktiv mit Unterschieden zwischen Organisationsmitgliedern auseinanderzusetzen und bei Bedarf organisationale Anpassungsmaßnahmen im Hinblick auf divergierende Bedürfnisse vorzunehmen, übersetzen Probanden nicht-interkulturell ausgerichteter Pflegeheime Gleichheitsgebote in der Regel damit, Unterschiede zwischen Organisationsmitgliedern nicht zu akzentuieren (vgl. Fallstudien-Untersuchung). Sie richten ihre Arbeit nach eigenen Aussagen stärker an universellen Einrichtungs- und Pflegekonzepten aus, die interkulturelle Anpassungsmaßnahmen in der Folge unnötig machten (vgl. Online-Befragung). Auf eine solche grundlegende Divergenz – ausgedrückt zum Beispiel in der Präferenz einer „kultursensiblen“ gegenüber einer „neutralen“ Pflege oder vice versa – weisen auch Befragungen anderer Untersuchungen hin (vgl. Matthäi 2005: 131; Lautenschläger/Dörge 2016: 69 f.). Beide Positionen lassen an einen Paradigmenwechsel in der transnationalen Antidiskriminierungspolitik erinnern, in dem die Ziele der ersten Diskriminierungsverbote, „Unterschiede zwischen Menschen zu übersehen und ihnen keine soziale Relevanz zukommen zu lassen“ (Müller/Zifonun 2016: 7), von einem Recht auf ethnisch-kulturelle Differenz abgelöst wurden, das gerade zur Herausstellung von Unterschieden beiträgt und zu ihrer (proaktiven) Anerkennung aufruft.

Eine solche Berücksichtigung der Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund, die als divergierend von bisher bekannten oder eigenen Relevanzsystemen aufgefasst werden, in Form einer kultursensiblen Neugestaltung des organisationalen Handelns erscheint über diese moralische Verpflichtung hinaus zugleich auf professionellen Erwartungen der Befragten zu beruhen. Wie gezeigt werden konnte werden ethnisch-kulturell gefasste Differenzen zumeist als Herausforderungen begriffen, weil sie auf unterschiedliche Art und Weise die Leistungsfähigkeit von Pflegeheimen limitieren. Während andere Studien ebenso die herausfordernde Eigenschaft von ethnisch-kulturellen Unterschieden für Pflegedienstleister hinsichtlich ihrer Nutzer unterstreichen (vgl. z. B. Kolleck 2007; Lautenschläger/Dörge 2016; Pauli et al. 2013), verweist auch die standardisierte Erhebung von Ruddat (2014: 127) darauf, dass in der „Überforderung bestehender Angebote mit den Bedarfen der Klienten“ ein wesentlicher Grund zu erkennen ist, warum Altenhilfe- und Altenpflegeeinrichtungen kultursensible Projekte ins Leben rufen. Die vorliegende Untersuchung macht dabei deutlich, dass diese Einschränkungen im Hinblick auf Klienten mit Migrationshintergrund mitunter deshalb als Antrieb für eine organisationale Weiterentwicklung wirken, weil sie für die Einrichtungen

eine wesentliche Barriere dafür darstellen, die beruflichen Ansprüche einer ‚guten bzw. richtigen‘ Pflege, zumeist verstanden als eine individuelle Versorgung, zu realisieren.

Den hohen Stellenwert einer bewohnerorientierten Pflege und Betreuung konnte bereits die feldanalytische Teilstudie herausarbeiten. Hier konnte dargelegt werden, dass die Unterstützung hilfs- und pflegebedürftiger Menschen in einem humanen Wohn- und Betreuungsumfeld sowie orientiert an ihren individuellen Wünschen und Bedürfnissen als Kernanliegen und spezifisches Interesse der Akteure des stationären Altenpflegefeldes verstanden werden müssen; eine feldspezifische Gesetzmäßigkeit, die sich gleichsam in eine weltkulturelle Ordnung westlichen Geistes einpasst, in der Individualismus zu den grundlegenden Prinzipien zu rechnen ist (vgl. Kap. II. 1.). Seinen prominentesten Ausdruck findet dieser „Kult des Individuums“ (Elliot 2007) oder die „Sakralität der Person“ (Joas 2011) in der weltweiten Ausbreitung von Menschenrechtskonventionen, die mit ihren basalen Rechten auf Wohlergehen und Freiheit nicht nur nach dem Schutz jedes Menschen auf (körperliche) Unversehrtheit, sondern auch auf die freie Entfaltung und Selbstbestimmung jeder Person trachten (vgl. Lohmann 2012; Weitner 2013: 49-52). Auf dem Altenpflegefeld drückt sich diese weltkulturelle Maxime des Individualismus in der schrittweisen Ablösung von Heimen aus, die sich primär als Verwahranstalten pflegebedürftiger älterer Menschen erwiesen hatten. An ihre Stelle treten Wohn- und Betreuungseinrichtungen, die sich ebenso eine individuelle Teilhabe und Aktivierung wie eine bedürfnisgerechte Betreuung und Pflege jedes einzelnen Bewohners zum Ziel setzen (vgl. Kap. IV. 2.). Ergänzt werden sie durch Angebote, die auf die Anerkennung und Berücksichtigung spezifischer Lebensstile, Orientierungen und Beeinträchtigungen von Pflegebedürftigen ausgerichtet sind und beispielsweise auf die Versorgung von Seefahrern, Homosexuellen, seh- oder hörbeeinträchtigten Personen spezialisiert sind (vgl. Jenrich/Krüper 2000).

Dass diese Logik zu den geteilten Überzeugungen der Feldmitglieder zu zählen ist, wird in der vorliegenden Studie nicht nur dadurch ersichtlich, dass sie die Angehörigen der Untersuchungsgruppe dazu antreibt, sich gegenüber spezifischen Pflegebedarfen älterer Migranten interkulturell zu öffnen. Sondern sie zeigt sich auch darin, dass sich ebenso die Einrichtungsmitglieder der Vergleichsgruppe auf sie beziehen und sowohl ihren aktuellen Verzicht als auch eine potenzielle Umsetzung einer eigenständigen interkulturellen Ausrichtung mit dem Anspruch, individuumsorientiert zu pflegen, rechtfertigen. Die Legitimierung einer programmatischen Innovation scheint auch im Fall von Konzepten einer interkulturellen Öffnung auf dem Feld der stationären Altenpflege aufs Engste damit verbunden zu sein, sie in die etablierte Logik des Feldes einzupassen (vgl. Kap. II. 2.). Deswegen stellen – wie die Teilstudien dieser Arbeit nachweisen konnten – ebenso ihre Fürsprecher im theoretischen Diskurs Verbindungen zu bereits legitimierten Praktiken wie Lebensweltorientierung und individuelle, biographiegestützte Pflege heraus wie auch Praktiker ihre Neuausrichtung mit solchen professionellen Standards verknüpfen. Mit dem gleichen Mittel versuchen jedoch auch Gegenstimmen den Nutzen dieser Innovation infrage zu stellen. So wird von wissenschaftlicher Seite zur Diskussion gestellt, ob der Bedarf nach kultursensibler Pflege sich nicht dadurch erübrigen würde, dass „das immer wieder proklamierte Ziel einer an den individuellen Bedürfnissen ausgerichteten Versorgung konsequent umgesetzt würde“ (Wingenfeld 2003: 72). Während

Professionelle darauf hinweisen, dass „der kulturelle Hintergrund [...] bei der individuellen Pflege sowieso mit berücksichtigt werde“ (Pauli et al. 2013: 44).

Daneben drückt sich dieses Legitimierungsspiel auch darin aus, dass interkulturelle Öffnungskonzepte als Qualitätsargument verfochten werden. Denn in Zeiten, in denen soziale Dienstleistungen im Allgemeinen und stationäre Pflegeeinrichtungen im Besonderen sich wachsenden gesellschaftlichen Qualitätsansprüchen gegenüber gestellt sehen und Pflegeheime in Deutschland auch aufgrund medialer Skandalberichte über mangelnde Qualität immenser öffentlicher Kritik und Reputationseinbußen ausgesetzt sind (vgl. Bode 2010: 266; Hielscher et al. 2013: 13), stehen Qualitätsforderungen und -fördermaßnahmen feldspezifisch hoch im Kurs. Darauf weist auch die Praxis der Untersuchungseinrichtungen hin, mit unterschiedlichen Qualitätsnoten und -siegeln für die eigenen Häuser zu werben. Dementsprechend wird versucht die Programmatik einer interkulturellen Öffnung auf dem Altenpflegefeld auch mittels erster Zertifizierungen verstärkt als Qualitätsmerkmal moderner Pflegedienstleister zu bewerben und ein Verzicht als Qualitätsmangel von Einrichtungen zu kritisieren (vgl. Kap. IV. 2.2). Dass dieses Argument bei den Organisationen Anklang findet, darauf weist die Online-Befragung hin, in der 64 Prozent der Befragten ihre interkulturelle Öffnungsentscheidung – mit unterschiedlicher Gewichtung – auch damit begründen, dass das Konzept einen Beitrag zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement darstellt.

Neben demographischen Entwicklungen, normativen und professionellen Erwartungen sowie Qualitätsanforderungen ist schließlich in ökonomischen Bedingungen eine weitere Triebkraft von Pflegeheimen auszumachen, sich einer interkulturellen Öffnung des eigenen Hauses zu verschreiben. Seit Einführung der Gesetzlichen Pflegeversicherung sind Pflegeanbieter verstärkt mit marktorientierten Anforderungen wie der wirtschaftlichen Ausgestaltung ihrer Dienstleistungen oder eines gewachsenen Konkurrenzdrucks konfrontiert. Wie die problemzentrierte Fallstudienuntersuchung deutlich machen konnte, wird auch mit interkulturellen Öffnungsprozessen versucht auf diese Aufgabe zu reagieren. Dabei wird eine interkulturelle Öffnung als eine Form der Spezialisierung oder Nischenbesetzung verstanden, mit deren Hilfe Einrichtungen sich in Konkurrenz um Klienten und/oder Mitarbeiter von Mitbewerbern abheben wollen.

Aus der Erfahrung oder Annahme einer zunehmenden Nachfrage durch pflegebedürftige Migranten wird sie dabei auch als kundenorientierte Maßnahme verstanden, die sich förderlich auf die Reputation und Belegung einer Einrichtung auswirken kann. Für einige Befragte steht fest, dass eine organisationale Ausrichtung, die gegenüber Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund als ablehnend aufgefasst werden könnte, sich rufschädigend und damit auch existenzgefährdend für eine Einrichtung auswirken könnte. Unter dem betriebswirtschaftlichen Ziel der Einrichtungen, eine weitgehende Vollbelegung ihrer angebotenen Pflege- und Betreuungsplätze sicherzustellen, und der gleichzeitigen Erwartung eines steigenden Pflegebedarfs älterer Migranten werden interkulturelle Öffnungsmaßnahmen dann auch als Möglichkeit oder sogar Notwendigkeit gesehen, die Offenheit einer Einrichtung gegenüber pflegebedürftigen Migranten zu signalisieren und sich damit gegenüber dieser Zielgruppe auch im Vergleich zu konkurrierenden Pflegeeinrichtungen als attraktives Angebot zu positionieren.

Pflegeheime, die keine interkulturelle Öffnung verfolgen, begründen dies gerade damit, dass sie keine Nachfrage durch ältere Migranten erleben oder sich die Nachfrage durch Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund für sie als ausreichend darstellt. So wie Ruddat (2014: 127) eine kultursensible Projektinitiative von Altenhilfe- und Altenpflegediensten im Wesentlichen als Ergebnis einer „systematische[n] Bedarfsplanung“ beschreibt, bewerten auch nicht interkulturell ausgerichtete Einrichtungen der vorliegenden Studie interkulturelle Öffnungsprozesse – ganz im Sinne einer Klientenorientierung – jedoch dann als denkbar, wenn ein steigender Bedarf oder die wirtschaftliche Notwendigkeit, Bettenleerstand zu verhindern, erkannt wird.

Neben den Nutzern sind die betriebswirtschaftlichen Interessen von Pflegeheimen zugleich stark auf die Gruppe von Mitarbeitern im Pflegebereich konzentriert, um die auch unter den Einrichtungen zunehmend konkurriert wird. Grund dafür ist ein veränderter Arbeitsmarkt, auf dem es insbesondere an Pflegefachkräften mangelt. Dass interkulturelle Öffnungsmaßnahmen auch durch diese Rahmenbedingungen angestoßen werden, machen sowohl die feldanalytischen als auch quantitativ und qualitativ gewonnen Ergebnisse deutlich. Wie die feldanalytische Zusammenschau von Argumentationslinien für eine interkulturelle Öffnung zeigen konnte, wird das Programm seit wenigen Jahren verstärkt auch als Maßnahme thematisiert und beworben, den bestehenden Pflegekräftemangel in Deutschland zu bekämpfen. Aber auch die Einrichtungen verdeutlichen in einzelnen offenen Angaben der Online-Befragung sowie in vielen Erzählungen im Rahmen der Fallstudienuntersuchung, dass der gestiegene Bedarf und die gleichzeitig schwierige Besetzungsmöglichkeiten von Mitarbeiterstellen im Pflegebereich einen wichtigen Beweggrund für sie darstellen, interkulturelle Öffnungsprozesse anzustoßen oder zu intensivieren. Denn eine wesentliche Chance, dieser Herausforderung zu begegnen, wird in der Beschäftigung von Pflegekräften mit Migrationshintergrund gesehen. Um diese Personen jedoch zur Mitarbeit in den eigenen Einrichtungen zu gewinnen oder ihren Verbleib in den Organisationen sicherzustellen, gelte es integrative Maßnahmen umzusetzen und eine Anerkennungs- und Willkommenskultur innerhalb der Häuser zu fördern. Wird daran erinnert, dass die Maxime einer Willkommenskultur in der deutschen Einwanderungs- und Integrationsdebatte vor allem in Verbindung mit der Anwerbung von benötigten Fachkräften Verwendung findet, erweist sich die zuvor als normative Erwartung konzeptionalisierte Triebkraft als umso treffender. Unterstrichen wird die förderliche Wirkung personeller Engpässe auf eine interkulturelle Öffnungsentscheidung schließlich dadurch, dass auch Befragte der Vergleichsgruppe den Bedarf nach ausländischen Mitarbeitern als potenziellen Beweggrund bewerten, die eigene Einrichtung interkulturell auszurichten. Damit zeigt sich auch in dieser Studie, wie von Barg und Kolleginnen (2013: 42) geschlussfolgert, dass anders als in der Literatur zu Konzepten einer interkulturellen Öffnung, in der die Einstellung von Pflegekräften mit Migrationshintergrund stärker als eine Strategie denn als ein Ziel beworben wird (vgl. Kap. I. 3.2), das „Motiv für die Einstellung primär Personalmangel ist“.<sup>457</sup>

---

<sup>457</sup> Gerade unter der Annahme, einer sich weiter verschärfenden Konkurrenzsituation um Klienten und Personal zwischen Pflegeheimen (vgl. Heberger 2014: 285), könnte sich diese ökonomische Relevanz von interkulturellen Öffnungsprozessen für stationäre Altenpflegeeinrichtungen als nicht unwesentlicher Faktor für eine voranschrei-

Die Ausdifferenzierung der Argumentationslinien für eine interkulturelle Weiterentwicklung von stationären Altenpflegeeinrichtungen in den vergangenen zwei Jahrzehnten hat dazu geführt, dass die Programmatik einer interkulturellen Öffnung neben demographischen Motiven gegenwärtig insbesondere aus zweierlei Gründen befürwortet wird: aus (menschenrechtlichen) Gerechtigkeitsnormativen einerseits sowie technisch-ökonomischen Rationalisierungsüberlegungen andererseits (vgl. Kap. IV. 2.2). Damit sind zugleich zwei zentrale, ursächliche Triebkräfte benannt, durch die sich auch die Organisationen der stationären Altenpflege angetrieben fühlen, eine interkulturelle Ausrichtung vorzunehmen. Diese Beweggründe besitzen zudem eine starke Ähnlichkeit mit wesentlichen Logiken, die das Feld der (stationären) Altenpflege in Deutschland charakterisieren und zuvor als Humanitätserwartungen sowie Rationalisierungs- und Wirtschaftlichkeitsimperative beschrieben wurden (vgl. Kap. IV. 2.). Wie im Fall der Einpassung interkultureller Öffnungskonzepte in professionelle Erwartungen des Feldes deutet dies darauf hin, dass die Übernahme einer programmatischen Innovation gerade dadurch befördert wird, dass das Neue mit den bestehenden Spielregeln des Feldes zusammengeführt wird. Das heißt, dass eine interkulturelle Öffnung von ihren Befürwortern und Anwendern im Wesentlichen als geeignetes Mittel zur Erfüllung gängiger Aufgaben begriffen wird und zwar Bedarfe ihrer Klientel zu befriedigen, eine humane, individuumorientierte Pflege zu begünstigen, qualifiziertes Personal zu deren Realisierung an die Organisation zu binden sowie Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitserwartungen zu entsprechen.<sup>458</sup> Die starke emotionale Bindung zu den eigenen Öffnungsprojekten, welche jene qualitativ befragten Organisationsmitglieder in der Regel zu erkennen geben, die sich für die Einführung oder Ausgestaltung der interkulturellen Öffnungsprozesse ihrer Einrichtungen verantwortlich zeigen, können daran anschließend als Ausdruck einer fortgeschrittenen Legitimierung und Integration des neuen Konzepts in die bestehenden Feldgesetze durch diese Akteure verstanden werden. Denn folgt man Voronov und Vince (2012) drückt sich gerade in emotionalen Äußerungen, verstanden als Facetten des (auch professionellen) habitualisierten Verhaltens einer Person, eine bestehende institutionelle Ordnung in einem spezifischen Feld aus.

Sind bereits die Organisationen selbst in ihrem Handeln an den legitimitierten Gesetzmäßigkeiten des Feldes orientiert, darf zugleich nicht übersehen werden, dass verschiedene Dritte als Vermittlungsinstanzen der feldspezifischen Interessen auf die Organisationen einwirken. So erweist sich für einen Teil der Einrichtungen, die eine interkulturelle Öffnung verfolgen, die

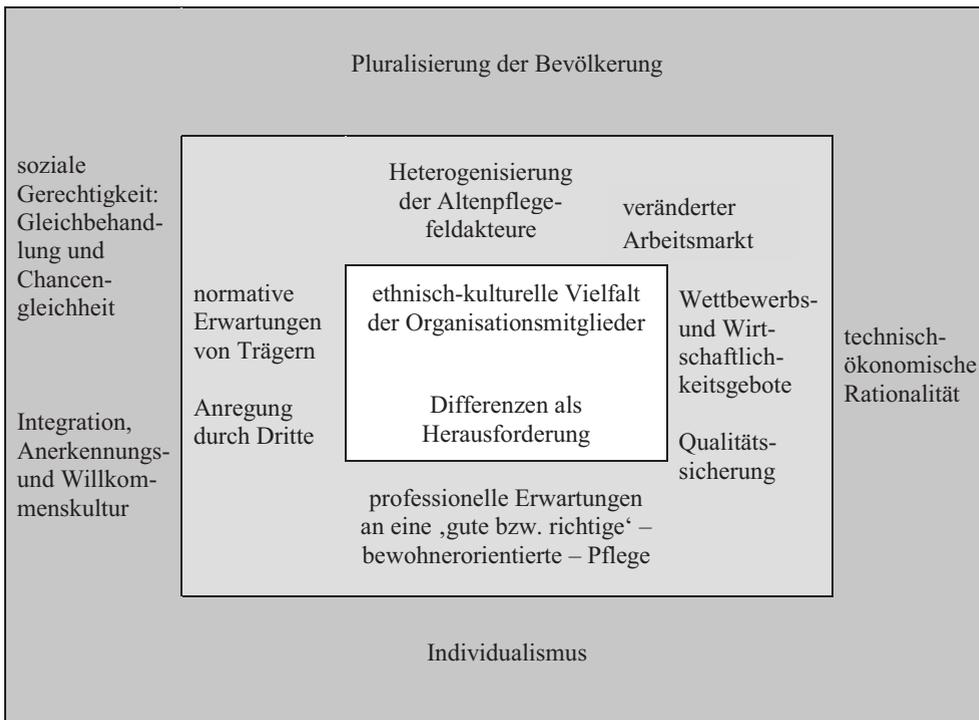
---

tende Übernahme des Konzepts erweisen. Darauf deuten ebenso eine befragte Leitungskraft, die vor allem in finanziellen und Marketinggesichtspunkten Anreize für eine zukünftige Verbreitung interkultureller Öffnungsprojekte sieht (LK12), wie auch die Autoren, welche die Versorgungslage von pflegebedürftigen, älteren Migranten in Baden-Württemberg untersucht haben (Gladis/Kowoll/Schröder 2014: 61), hin, wenn sie die „wirtschaftliche Bedeutung“ der Versorgung von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund als „attraktive[n] Ansatzpunkt“ für die praktische Umsetzung interkultureller Aspekte bewerten.

<sup>458</sup> Dabei wird eine interkulturelle Öffnung heute verstärkt als Organisationskonzept ausgelegt und aufgegriffen, das prinzipiell für jede Einrichtung eine Verbesserung nach Professions- und Qualitätsgesichtspunkten mit sich bringen würde. Im Gegensatz zu allgemeinen Tendenzen des Altenpflegefeldes, Angebote für spezifische Personengruppen ausdifferenzieren (vgl. Kap. IV. 2.), werden spezialisierte Formen einer interkulturellen Öffnung wie ethnien- oder religionspezifische Einrichtungen oder Wohngruppen dementsprechend mehrheitlich abgelehnt (vgl. Online-Befragung). Ein „vielfältige[s] Angebot von Pflegeleistungen“, wofür sich über 70 Prozent der Befragten als Antwort auf eine kulturelle Pluralität der Gesellschaft gleichzeitig jedoch aussprechen, gelte es somit in die bestehenden Organisationsstrukturen zu integrieren.

Tatsache animierend, dass sich mächtige bzw. reputationsstarke Feldakteure für die Programmatik oder für spezifische Werte, die mit einer interkulturellen Öffnung verbunden werden, einsetzen. Dies zeigt sich in der vorliegenden Untersuchung darin, dass sich die Hälfte der online befragten Einrichtungsvertreter durch die Empfehlungen ihrer Träger zu einer interkulturellen Öffnung veranlasst fühlten, während Mitglieder der beiden freigemeinnützig getragenen Pflegeheime aus der Fallstudienuntersuchung ihre Öffnungsprozesse auch in engen Zusammenhang mit den Werthaltungen ihrer Dachverbände stellen. Daneben beschreiben interkulturell ausgerichtete Pflegeheime ihre Öffnungsprozesse auch dadurch motiviert, dass engagierte Ärzte, Migrantenselbstorganisationen oder Politiker Anregung und Unterstützung hierfür leisteten; eine Tatsache, die auch von Seiten nicht interkulturell ausgerichteter Heime als förderliche Bedingung einer eigenen interkulturellen Öffnung angesprochen wurde. Folgende Abbildung (Abb. 20) fasst die bis hierhin verdichteten Ergebnisse noch einmal zusammen.

**Abbildung 20: Triebkräfte einer interkulturellen Öffnung in der stationären Altenpflege**



■ Gesellschaftliche Makro-Ebene    ■ Altenpflegefeld (Meso-Ebene)    □ Organisationale Mikro-Ebene

Quelle: Eigene Darstellung.

Im Anschluss an die Untersuchung sozialer Kräfte, welche eine interkulturelle Öffnung stationärer Altenpflegeeinrichtungen antreiben, standen die Formate ihrer Ausgestaltung im Fokus. Dabei kommen erste Vergleiche der drei an der Fallstudienuntersuchung beteiligten in-

terkulturell ausgerichteten Häuser zu dem Schluss, dass die Organisationen über ähnliche Anerkennungsmaßnahmen hinsichtlich ästhetischer, kultureller Merkmale hinaus (z. B. in Form von „Kulturtagen“ mit landestypischen Musik- und Unterhaltungsangeboten oder multikulturellen Menüs bei Abteilungs- und Betriebsfeierlichkeiten) gerade in den anfänglich fokussierten Umsetzungsschritten ihrer interkulturellen Öffnung stark divergieren. So liegt der Schwerpunkt des einen Pflegeheims zunächst auf monatlich stattfindenden „Kulturtagen“, der zweiten Einrichtung auf einem gegenseitigen Austausch sowie auf Kooperationsveranstaltungen mit der Zielgruppe ihres Öffnungsprozesses und des dritten Hauses auf der Förderung von pflegenden Mitarbeitern mit Migrationshintergrund vorrangig durch Deutschkurse. Trotz dieser unterschiedlichen Strategien teilen die Organisationen den Glauben an das Ideal einer interkulturellen Öffnung, welche durch jede dieser Maßnahme aus der Perspektive der ausführenden Organisation befördert wird. Damit unterstreicht auch das Beispiel der Verbreitung eines interkulturellen Öffnungsparadigmas auf dem Feld der deutschen stationären Altenpflege, dass das Konzept der Isomorphie weniger in der Angleichung organisationaler Handlungs- oder Strukturmuster seinen Ausdruck findet, als vielmehr in der Diffusion der ihr zugrunde liegenden Ideen und Prinzipien (vgl. Schemmann 2009: 350). Darüber hinaus machen die Geschichten der interkulturellen Öffnungsbemühungen dieser drei Heime aber deutlich, dass auch ihre *Öffnungsprozesse* eine Gemeinsamkeit eint.

Stellt sich die Initiierung interkultureller Öffnungsstrategien für alle drei Organisationen noch vorrangig als Reaktion auf spezifische erlebte Herausforderungen sowie vorherrschende normative Erwartungen dar, entdecken die Einrichtungen im Verlauf ihrer Weiterentwicklung zusätzliche Potenziale, welche ihnen eine interkulturelle Ausrichtung bietet. Sie erkennen, dass interkulturelle Öffnungsstrategien beispielsweise nicht nur zu einer angemesseneren Betreuung von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund beitragen, sondern auch als eine Lösung des Pflegekräftemangels und als Herausstellungsmerkmal im Wettbewerb um Klienten und Mitarbeiter mit anderen Einrichtungen fungieren können. Gleichzeitig haben erste Erfahrungen der interkulturellen Öffnungsprozesse dazu beigetragen, bisher unerkannte oder ungenutzte Kompetenzen von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund zu identifizieren und für die organisationale Aufgabenerfüllung z. B. im Rahmen einer ethnien- oder sprachspezifischen Pflege vorteilhaft einzusetzen. Diese Entwicklung kann als ein Prozess des *Nutzenlernens* beschrieben werden, in dem Organisationen aus anfänglichen Herausforderungen zusätzliche Chancen für sich ableiten. Zwar dienen die interkulturellen Öffnungskonzepte der Einrichtungen weiterhin ihren anfänglichen Zielen von Vertrauens- und Integrationsarbeit gegenüber aktuellen oder potenziellen Bewohnern sowie der Förderung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund. Gleichzeitig werden sie jedoch (verstärkt) dafür in Anspruch genommen, weitere an die Einrichtungen gestellte Aufgaben zu bearbeiten, um insgesamt zu einer stärkeren Existenzsicherheit der Organisationen beizutragen.

Eine weitere Gemeinsamkeit besteht darin, dass der Fokus der Organisationen hinsichtlich der Zielgruppe einer interkulturellen Ausrichtung – zum Teil von Anfang an, zum Teil im Verlauf des Öffnungsprozesses zunehmend – auf der Mitarbeiterebene liegt. Weist die Online-Befragung zunächst darauf hin, dass eine „(zusätzliche) Einstellung von Pflegepersonal mit

Migrationshintergrund“ zu einer der häufigsten Maßnahmen von interkulturellen Öffnungsprozessen zu rechnen ist,<sup>459</sup> macht die qualitative Fallstudienanalyse deutlich, dass die Beschäftigung von Migrantinnen und Migranten in der Pflege nicht nur Öffnungsstrategie, sondern auch Öffnungsziel ist. In beiderlei Hinsicht bewerten die Organisationen Mitarbeiter mit Migrationshintergrund dabei als „Ressource“ oder „Profite“, welche sie für ihre Häuser sichern wollen. Strategisch gilt der Einsatz von Pflegekräften mit Migrationshintergrund dadurch als Gewinn, dass diese Mitarbeiter spezifische Kompetenzen wie Mehrsprachigkeit und ‚kulturelles Wissen‘ mitbringen, mit deren Hilfe die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen in der pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Migranten befördert werden soll; und zwar sowohl durch ihre aktive Pflegearbeit als auch durch ihre Anleitung anderer Pflegekräfte. Daneben versuchen sich die Einrichtungen aber auch deshalb ein interkulturelles Profil zuzulegen, um sich gegenüber aktuellen und potenziellen Pflegekräften mit Migrationshintergrund als attraktive Arbeitgeber zu positionieren; d. h. deutsche und ausländische Migranten als Pflegekräfte an die eigene Organisation zu binden oder für sie zu gewinnen, womit sie einen bedeutenden Beitrag zur Personaldeckung in einem durch Fachkräftemangel geprägten Feld leisten (sollen). Der Stellenwert, den Mitarbeiter mit Migrationshintergrund in den Projekten der interkulturellen Öffnung der Organisationen einnehmen, ist dabei insgesamt als Kontinuum zu verstehen, das zwischen einer alleinigen Fokussierung auf das Personal, über dessen stärkeren oder schwächeren (strategischen) Einbezug, bis hin zu einer Nichtberücksichtigung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund reichen kann (wobei die letzte Ausprägung in der vorliegenden Fallstudienuntersuchung nicht vorzufinden ist). Auch diese Tatsache, die zum Ausdruck bringt, dass sich Organisationen aufgrund unterschiedlicher Interessenlagen bzw. Zielgruppen einer interkulturellen Öffnung verschreiben, macht auf die Vielfalt in der Verbreitung einer programmatischen Innovation aufmerksam.

Auch wenn davon auszugehen ist, dass der Ausschlag für eine interkulturelle Öffnung häufig auf Bewohnerebene liegt,<sup>460</sup> nehmen Pflegekräfte mit Migrationshintergrund im Verlauf von Öffnungsprozessen heute einen gewachsenen Stellenwert ein. Im Hinblick auf die Ergebnisse der Fallstudienuntersuchung kann dies auch darauf zurückgeführt werden, dass die Einrichtungen bisher nur wenige pflegebedürftige Migranten versorgt haben und deren Nachfrage durch die (ersten) interkulturellen Öffnungsbemühungen auch nicht gewachsen ist, währenddessen sich das Personal als deutlich heterogener erweist und im Laufe der Öffnungsprozesse zum Teil weiter pluralisiert hat. Hinzu kommt, dass die Einrichtungen hinsichtlich ihrer Klientel keinen akuten Nachfragemangel erleben, was sich in hohen Belegungsquoten als auch Wartelisten für Pflegeplätze widerspiegelt,<sup>461</sup> während ihr Bedarf nach neuen Mitarbeitern

---

<sup>459</sup> Ein Befund, auf den auch Barg et al. (2013: 52) verweisen, wenn sie schlussfolgern, dass „[e]ine Schlüsselrolle in der Umsetzung von interkultureller Öffnung [...] die Mitarbeit von Personal mit Migrationshintergrund“ hat.

<sup>460</sup> Darauf deuten nicht nur zwei der drei Einrichtungen der Fallstudienuntersuchung, sondern auch die, wenn auch schwache Korrelation zwischen einer interkulturellen Öffnungsentscheidung und dem Anteil von Bewohnern mit Migrationshintergrund einer Einrichtung in der Online-Befragung hin.

<sup>461</sup> Dies hat in *Einrichtung 2* sogar dazu geführt, dass die erste Anfrage nach einem Pflegeplatz durch eine pflegebedürftige Person aus der spezifischen Zielgruppe des interkulturellen Öffnungsprozesses nicht erfüllt werden konnte, da das Heim zu diesem Zeitpunkt über keine freien Pflegekapazitäten verfügt hat.

sowie die Probleme in der Stellenbesetzung teils deutlich zutage treten. Auch darin drückt sich das Phänomen einer als Notwendigkeit wahrgenommenen interkulturellen Öffnung aus (vgl. Kap. IV. 4.3). (Potenzielle) Mitarbeiter mit Migrationshintergrund nehmen also nicht nur einen größeren Anteil unter den Organisationsmitgliedern ein, als es für Bewohner mit Migrationshintergrund der Fall ist, sondern sie stellen gegenwärtig auch ein größeres Potenzial für die Existenzsicherung einer Altenpflegeeinrichtung dar. Parallel zeigt sich eine solche Perspektivverschiebung von „migrants as welfare users“ zu „migrants as welfare providers“ (vgl. Soysal 2012) auch in der Literatur sowie in Veranstaltungen beispielsweise von Wohlfahrtsverbänden, die sich mit Migration und Pflege ausschließlich bezogen auf Pflegekräfte auseinandersetzen (vgl. z. B. Hitzemann/Schirilla/Waldhausen 2012). Und auch politisch ist eine Schwerpunktsetzung auf die Mitarbeiterebene zu verzeichnen. Wie dem Zwischenbericht des Dialogforums *Gesundheit und Pflege* zum Nationalen Aktionsplan Integration zu entnehmen ist, gelten das Anerkennungsgesetz als auch kranken- und altenpflegerische Weiterbildungs- und Ausbildungsangebote für ausländischer Pflegekräfte oder Geflüchtete als hinreichende Maßnahmen, um verbesserte Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Migrationshintergrund zu Pflegedienstleistungen zu schaffen (vgl. BMG 2013).

Daneben zeigen auch die Ergebnisse der Online-Befragung auf, dass eine zunehmende Inanspruchnahme von Einrichtungen, die sich interkulturell öffnen, durch Nutzer mit Migrationshintergrund nicht selbstverständlich ist. Vielmehr wird gerade eine „geringe Nachfrage durch ältere Migranten“ als relevante Schwierigkeit im Öffnungsprozess beschrieben. Führt man feldspezifische Diskussionen um bestehende Barrieren von älteren Migranten zu Altenpflegediensten mit den Ergebnissen der Online-Befragung zusammen, welche Maßnahmen einer interkulturellen Öffnung wenig Beachtung erfahren, lassen sich mögliche Erklärungen dieser ausbleibenden Nachfrage finden. Verschiedene Untersuchungen und Berichte von interkulturell geöffneten Pflegeheimen machen deutlich, dass die Akzeptanz und Inanspruchnahme ihrer Dienstleistungen bei Migrantengemeinschaften stark von der Öffentlichkeitsarbeit der Häuser abhängt. Um Informationsdefizite und Unsicherheiten gegenüber professionellen, stationären Pflegeangeboten zu begegnen sei eine Öffentlichkeitsarbeit notwendig, die Aufklärung leistet und dabei gruppenspezifische Wege und Mittel wählt (vgl. Kap. IV. 2.3 sowie Gladis/Kowoll/Schröder 2014: 60; Läscher/Yortanli 2012b: 180 f.). Der Bereich der Öffentlichkeitsarbeit, ausgedrückt in mehrsprachigen Informationsmaterialien, Nutzung alternativer Informationsmedien sowie Informationsveranstaltungen im sozialen Umfeld der Zielgruppen, stellt jedoch gerade jenes Maßnahmenbündel einer interkulturellen Öffnung dar, dass die Einrichtungen der Online-Befragung am seltensten realisiert oder geplant haben.

Fasst man die Ergebnisse der Teilstudien zu den Umsetzungsschritten, welche die interkulturellen Öffnungsbemühungen ausdrücken, insgesamt zusammen, entsteht der Eindruck, dass interkulturelle Öffnungsprojekte von Altenpflegeheimen in Deutschland eher selten zum Kerngeschäft der Einrichtungen zu rechnen sind. Sowohl die literaturbasierten Einschätzungen, es handele sich bei interkulturellen Öffnungsbemühungen von stationären Altenpflegeeinrichtungen vor allem um punktuelle Ansätze, als auch die Befragungsergebnisse der Online-Erhebung, dass unterschiedlicher Öffnungsmaßnahmen in der Mehrheit ausschließlich

langfristig angedacht sind, deuten darauf hin. Unterstrichen werden sie zudem von den Erkenntnissen aus der Fallstudienuntersuchung, die interkulturelle Öffnungsbestrebungen als Nebenprojekte der Einrichtungen beschreiben lassen. Die Daten der Online-Befragung geben jedoch auch zu erkennen, dass Altenpflegeheime umso umfangreichere Öffnungsmaßnahmen realisieren, je länger sie sich bereits in ihrem Öffnungsprozess befinden. Werden dahingehend auch die Zeiträume berücksichtigt, in denen die Einrichtungen ihre Projekte initiiert haben, gibt sich ein Großteil der online befragten Häuser als ‚Anfänger‘ einer interkulturellen Organisationsentwicklung zu erkennen. Gleichwohl liegt also auch die Einschätzung nahe, dass interkulturelle Öffnungsversuche in der stationären Altenpflege häufig noch in den Kinderschuhen stecken und sich über eine längere Perspektive weiterentwickeln könnten. Dass es hierfür zum Teil aber auch an benötigten finanziellen, zeitlichen und/oder personellen Mitteln mangelt, zeigt sich wie in dieser Studie auch in anderen Untersuchungen (vgl. z. B. Läscher/Yortanli 2012b).

Wird schließlich ein Resümee über die Verankerung der Programmatik einer interkulturellen Öffnung auf dem deutschen stationären Altenpflegefeld gezogen, kann sie, wie auch in anderen gesellschaftlichen Feldern, zwar als normatives Paradigma beschrieben werden, das durch engagierte Initiativen wie das Forum für eine kultursensible Altenhilfe sowie relevante Feldakteure wie etwa die Mehrheit der großen freigemeinnützigen Wohlfahrtsverbände oder das KDA unterstützt und verbreitet wird. Wie die erste deutschlandweite Erhebung unter stationären Altenpflegeeinrichtungen zeigen konnte, hat sie jedoch längst nicht einen solchen Stellenwert erreicht, unter den Praktikern allseits bekannt zu sein. Vielmehr weist ein Viertel der Pflegeheime darauf hin, dass ihnen Diskussionen um Konzepte einer interkulturellen Öffnung unbekannt sind, wobei dies mitunter in leichtem Zusammenhang zur Verortung der Pflegeheime in einer Region steht, in der im Vergleich zum Bundesdurchschnitt unterdurchschnittlich viele Menschen mit Migrationshintergrund leben. Hinzu kommt, dass trotzdem ein Großteil der deutschen Pflegeheime über interkulturelle Öffnungsprogramme informiert ist und knapp die Hälfte der Häuser sich mit ihnen auch einrichtungsintern auseinandersetzt, sie praktisch bisher ausschließlich eine geringe Relevanz erreicht haben. So nahmen von allen online befragten Häusern nicht mehr als 28 Prozent einen Öffnungsprozess auf.<sup>462</sup>

Dass unter ihnen vor allem freigemeinnützig getragene Einrichtungen zu finden sind, wie Schätzungen nahelegen (vgl. Kap. IV. 2.3), bestätigt sich nicht. Die qualitative Fallstudienuntersuchung legt aber nahe, dass es sich bei Einrichtungen, die sich interkulturell öffnen, um kapitalstarke Feldakteure handelt. Alle drei Häuser stellen sich als wirtschaftlich gut aufgestellte Dienstleister dar, die sowohl eine Vollbelegung ihrer Pflegeplätze als auch eine gute finanzielle Ausstattung aufweisen. Während *Einrichtung 3* zudem einen hohen Marktanteil hinsichtlich pflegerischer Dienstleistungsangebote in ihrer Region einnimmt, hat *Einrichtung 2* eine umfangreiche Bandbreite von Altenhilfe- und Altenpflegeangeboten vorzuweisen. Alle drei Organisationen verfügen darüber hinaus über eine gute Reputation in ihrem Umfeld.

---

<sup>462</sup> Gleichzeitig hat die Mehrheit aller Einrichtungen, die keine interkulturelle Öffnung verfolgen, über eine solche konzeptionelle Ausrichtung bisher noch nicht entschieden (rd. 72 %) oder sie auch für die Zukunft ihrer Organisationen ausgeschlossen (14 %).

Vor allem hinsichtlich ihrer finanziellen Lage grenzen sie sich damit deutlich von den beiden Einrichtungen der Vergleichsgruppe ab, die ihre finanziellen Möglichkeiten als eher eingeschränkt beschreiben. So wie Voronov und Vince (2012) davon ausgehen, dass die Schöpfung neuer institutioneller Programmatiken auch von der Kapitalausstattung der Akteure auf einem spezifischen Feld abhängig ist, ist ebenso anzunehmen, dass dies auf ihre Übernahme zutrifft. Gerade im Hinblick auf programmatische Innovationen, die noch keine vollständige Institutionalisierung auf einem Feld erfahren haben, ist davon auszugehen, dass sich vor allem Akteure, die über feldspezifische Kapitalien und damit relativ sichere Positionen verfügen, an einer solchen Neuerung versuchen.

Warum der Institutionalisierungsgrad interkultureller Öffnungskonzepte bisher als gering bewertet werden muss, scheint auf verschiedenen Faktoren zu beruhen. Zunächst sind Fachkräfte in der stationären Altenpflege, worauf alle drei Teilstudien hinweisen, nicht grundsätzlich davon überzeugt, dass Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund spezifische Bedarfe haben und mit Zugangshürden zu den Angeboten des Pflegesystems konfrontiert sind. In Zahlen ausgedrückt sind es allein rund 60 Prozent der Befragten, die der Aussage voll oder vermehrt zustimmen, dass ältere Migranten besondere Bedürfnisse haben, die in der Pflege berücksichtigt werden müssen. Dass Barrieren im deutschen Altenhilfesystem älteren Migranten den Zugang zu qualifizierten Pflegeangeboten erschweren, halten noch weniger – rund ein Fünftel – der Befragten für voll oder vermehrt zutreffend. Auf ein ähnliches Ergebnis verweisen Heinecker und Kollegen (2012: 116 f.). In ihrer Befragung von Sozial- und Gesundheitsdiensten zeigten sich 60 Prozent der Probanden von der Ansicht überzeugt, dass „Ältere aus ethnischen/nationalen Minderheiten [...] besondere Bedürfnisse, spezielle Probleme und Zugangshürden im Hinblick auf die Leistungen des Gesundheits- und Sozialwesens“ besitzen. Interessanter Weise entsprechen diese Werte auch der europäischen Vergleichsstudie von PRIAE aus dem Jahr 2004, in der 60 Prozent der befragten deutschen Fach- und Führungskräfte aus Sozial- und Gesundheitswesen Senioren mit Migrationshintergrund spezifische Bedarfe, Probleme und Zugangshürden zu ihren Diensten und Angeboten zuschreiben. Auch wenn die Daten dieser drei Erhebungen streng genommen methodisch nicht vergleichbar sind, legen die Ergebnisse dennoch die Vermutung nahe, dass trotz einer vorangeschrittenen Integration von Aspekten einer kultursensiblen Betreuung und Pflege in Ausbildungs- und Weiterbildungscurricula Fachkräfte in sozialen und pflegerischen Berufen in Deutschland heute nicht sensibler für spezifische Bedürfnisse und Probleme von älteren Migranten sind als zehn Jahre zuvor. Dass sich die Bedarfs- und Problemlagen von pflegebedürftigen älteren Migranten in Deutschland innerhalb des letzten Jahrzehnts nachhaltig verändert haben, davon ist, wie aktuelle Veröffentlichungen nahelegen, nicht auszugehen (vgl. zusammenfassend Tezcan-Güntekin/Breckenkaamp/Razum 2015). Für den stationären Altenpflegebereich kommt hinzu, dass der Bedarf gerade nach *stationären* Pflegeleistungen von Senioren mit Migrationshintergrund von Einrichtungsvertretern mehrheitlich als nicht hoch bewertet wird (vgl. Online-Befragung).

Dass viele Fachkräfte in der stationären Altenpflege Veränderungen bisheriger Organisationspraktiken im Hinblick auf die Erreichbarkeit und Versorgung älterer Migranten damit für un-

nötig halten, macht darauf aufmerksam, dass Konzepte einer kultursensiblen Pflege und einer interkulturellen Öffnung von Pflegeeinrichtungen keine vollständige Integration in die fachlichen Standards des Feldes erreicht haben. Dies ist mitunter auch darauf zurückzuführen, dass Kultursensibilität einen ausschließlich schwachen pflegerechtlichen Status besitzt. Für das Altenpflegefeld ist diese Tatsache deshalb erklärungsstark, weil es sich bei ihm, wie seine Charakterisierung veranschaulichen konnte, um ein soziales Feld handelt, das durch seine geringe Autonomie stark von externen Feldkräften aus Medizin, Politik und Ökonomie beeinflusst wird. Ihren Ausdruck findet dies etwa in medizinischen Expertenstandards, welche den Anspruch erheben, die Qualität von pflegerischen Dienstleistungen zu kennzeichnen, und „inzwischen wichtige Bezugspunkte bei externen Qualitätsprüfungen“ (Wingefeld 2015: 90) der Einrichtungen verkörpern. Für qualitativ befragte Führungskräfte der Vergleichsgruppe geht dies damit einher, dass interkulturelle Konzepte hinter als wichtiger bewerteten Anforderungen zurückstehen (müssen);<sup>463</sup> und zwar auch deshalb, weil sie ihre Aufmerksamkeit vorrangig auf rechtliche Verpflichtungen richten, die mittels zahlreicher Qualitätskontrollen überprüft werden und bei denen kultursensible Faktoren, wie die feldanalytischen Ergebnisse offenlegen konnten, kaum eine Rolle spielen. Aber auch Fachkräfte aus den sich interkulturell öffnenden Einrichtungen weisen darauf hin, dass Aspekte kultursensibler Pflege nicht dem gleichen hohen Stellenwert entsprechen, den medizinische Pflegekriterien für sie besitzen. Schließlich verdeutlichen auch die quantitativ gewonnen Erkenntnisse zu den Beweggründen einer interkulturellen Öffnung ihre marginale rechtliche Verankerung, dadurch dass eine solche konzeptionelle Ausrichtung nur von einer Minderheit der Einrichtungen auch als Antwort auf gesetzliche Verpflichtungen sowie auf externe Qualitätsüberprüfungen verstanden wird.<sup>464</sup> Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass auch die politische Verortung interkultureller Öffnungsdiskurse in Deutschland dazu beiträgt, dass der institutionelle Anspruch nach kultursensibler Pflege und interkulturell ausgerichteten Pflegediensten keine umfassende Geltung besitzt. Einerseits weil ihre Auseinandersetzung primär auf dem machtarmen Politfeld der Integrationspolitik erfolgt. Andererseits weil auch die gesamtpolitische interkulturelle Öffnungsaufgabe auf einer planerischen Ebene von Integrations- und Aktionsplänen verharret, die Maßnahmen mit nachhaltigem Charakter und benötigter Ressourcenausstattung weitgehend vermissen lassen (vgl. Kap. IV. 2.3). So ist es nicht nur „in den peripheren Gebieten der Welt“ (Meyer et al. 2005: 100 f.) häufig politisch praktikabler „nationale[] Pläne [aufzustellen]“ oder „erwünschten Prinzipien in allgemeinen Erklärungen [...] Tribut zu zollen“, als ihre nachhaltige Realisierung zu erwirken.

Konzepte kultursensibler Pflege und interkultureller Öffnung sind in ihrer ursprünglichen Orientierung auf pflegebedürftige ältere Migranten zudem an Zielgruppen ausgerichtet, die in

---

<sup>463</sup> Zu einer ähnlichen Einschätzung kommt Nieswand (2014: 284) in der Betrachtung von Jugendamtstätigkeiten. Auch hier erwiesen sich „ethnisch-kulturelle Kategorien aufgrund ihres im Vergleich zu anderen personenbezogenen Differenzen schwachen Institutionalisierungsgrades als wenig durchsetzungsstark. Medizinische, psychologische, juristische oder verwaltungsinterne Kategorisierungen von Personen sind in der Regel mächtiger und zielführender“.

<sup>464</sup> Andere Untersuchungen kommen zu dem Schluss, dass vorherrschende rechtliche Strukturen die Realisierung kultursensibler Altenpflegeangebote nicht nur nicht förderten, sondern sogar behindern würden (vgl. Grohs/Schneiders/Heinze 2014: 149).

feldtheoretischer Sprache als mehrfach dominierte Feldakteure aufgefasst werden können. Auch ihre Möglichkeiten, zu einer stärkeren Verankerung dieser Programme beizutragen, müssen daher als eingeschränkt beschrieben werden. Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund sind auf dem deutschen Altenpflegefeld deshalb mehrfach, relativ schwach positioniert, weil sie sowohl als Pflegebedürftige und (potenzielle) Dienstleistungsnutzer als auch als Migranten feldspezifischen bzw. gesamtgesellschaftlichen Gruppen angehören, die über ausschließlich geringe Kapitalien zur Durchsetzung ihrer Interessen verfügen. Für Pflegebedürftige drückt sich dies bei einem abnehmenden physischen Kapitel vor allem in einer zunehmenden Abhängigkeit von Dritten sowie einer machtarmen Interessensvertretung aus. Je nach Wohnort sind sie zudem in ihrer Kundensouveränität weitgehend eingeschränkt, wenn ihnen durch fehlende Angebotsalternativen die Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Pflegedienstleistern fehlt. Pflegeeinrichtungen verfügen in solchen Regionen aufgrund geringer oder mangelnder Konkurrenz dagegen über weit mächtigere Positionen als ihre Nutzer und können einem möglichen Anpassungsdruck z. B. durch spezifische Klienteninteressen gelassen gegenüberstehen.

Die marginale gesellschaftliche Stellung von Menschen mit Migrationshintergrund drückt sich daneben mitunter in sozio-ökonomischen Benachteiligungslagen, Diskriminierungs- und Ausgrenzungserfahrungen als auch unterdurchschnittlichen Beteiligungschancen bei politischen Willensbildungs- und Entscheidungsprozessen aus. Dass sich diese „objektiven Chancen in Gestalt der subjektiven Hoffnungen“ (Bourdieu/Wacquant 1996: 164) der meisten Menschen verinnerlichen, eine Tatsache, die Bourdieu immer wieder in unterschiedlichen Gesellschaftsbereichen dokumentiert hat, machen auch Interviews dieser Studie deutlich. So empfindet es eine Leitungskraft mit Migrationshintergrund etwa als großzügige Geste ihrer Vorgesetzten, ihr die Konzeption und Übernahme einer neuen, leitenden Stellung innerhalb der Organisation zu übertragen; ein Angebot, das ihren eigenen Erwartungen nicht zu entsprechen scheint: „Ich meine, ich, ich habe auch Migrationshintergrund, und noch nicht so lange in Deutschland, aber die gibt mir diese Chance, und auch diese Stelle ist auch halt auch sehr verantwortungsvoll, also/ und da muss man auch Vertrauen haben“ (LK33). Wird die kulturelle Kapitalausstattung der Befragten berücksichtigt, die sich in einem Studienabschluss in Psychologie und Sozialpädagogik aus ihrem Herkunftsland, einem weiteren Universitätsabschluss aus Deutschland sowie einer mehrjährigen Berufserfahrung in dem jetzigen Unternehmen manifestiert, muss ihre Beurteilung, ihr wurde hinsichtlich der Führungsposition eine „Chance“ gegeben, als eine Form der Selbsterniedrigung bewertet werden; eine Haltung, die gerade darauf hindeutet, dass die Befragte die gesellschaftlich vorherrschenden Einschränkungen, die Migranten auf dem deutschen Arbeitsmarkt häufig erleben, in ihre individuellen Erwartungen bzw. das Zutrauen in die eigenen Kompetenzen übersetzt hat.

Die Beschreibung einer anderen Leitungskraft (LK51), dass Mitarbeiter mit einem spezifischen Migrationshintergrund – anders als viele einheimischen Pflegekräfte – an sie gestellte Aufgaben weniger „hinterfrag[en]“ und „einfach“ erledigen würden, weist in eine ähnliche Richtung. Während die Leitungskraft dieses Verhalten mit der Eigenschaft einer größeren Anpassungsfähigkeit der Mitarbeiter erklärt, kann sie auch als Ausdruck der Unterwürfigkeit

beschrieben werden. Mitarbeiter mit Migrationshintergrund sehen sich infolge bewusster oder unbewusster gesellschaftlicher Erfahrungen allem Anschein nach nicht in der Position, kritische Nachfragen hinsichtlich bestehender Dienststanweisungen zu stellen. Obwohl beide Beispiele auf spezifische Berufserfahrungen von Migrantinnen und Migranten hinweisen, ist davon auszugehen, dass objektive soziale Benachteiligungslagen auch im Falle von potenziellen Altenpflegernutzern mit Migrationshintergrund in ihre subjektiven Erwartungshaltungen einfließen. Auch, weil „eine Anpassung der Erwartungen an die Chancen“ (Bourdieu/Wacquant 1996: 164) die tendenzielle Folge aus der „Dialektik von subjektiven Erwartungen und objektiven Chancen ist“. Damit scheint eine Hinnahme bestehender Dienstleistungsangebote durch diese Feldakteure wahrscheinlicher, als ein aktives Aufbegehren gegen sie, um ihre Neuausrichtung zugunsten eigener Bedarfe und Bedürfnisse durchzusetzen. Diese Tatsache wird gemeinsam mit einer auch ansonsten ausschließlich machtarmen Interessenvertretung von Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund in Deutschland ebenso eine Erklärungskraft dafür besitzen, warum interkulturelle Öffnungskonzepte gegenwärtig keine markante praktische Durchsetzungskraft auf dem Altenpflegefeld besitzen.

Dabei darf jedoch nicht übersehen werden, dass es unter der großen, stark heterogenen Bevölkerung mit Migrationshintergrund ebenso Einzelpersonen wie Gruppen gibt, die über mächtige(re) Feldpositionen verfügen. Zu einer solchen vergleichsweise besser gestellten Migrantengruppe in Deutschland kann zum Beispiel die Zielgruppe des interkulturellen Öffnungsprojektes von *Einrichtung 2* gerechnet werden. Die strukturellen Rahmenbedingungen, die der Gruppe über ansässige Firmen, politische Vertretungen oder gruppenspezifische Bildungseinrichtungen vor Ort zur Verfügung stehen, müssen dabei als wichtige soziale, kulturelle, ökonomische als auch symbolische Unterstützungsformen für die Gruppe gewertet werden. Ausgestattet mit solchen Kapitalien konnte es dieser Migrantencommunity leichter fallen als anderen Minderheitengruppen, auf eigene Initiative in Austausch mit professionellen Diensten zu treten, Kooperationsbeziehungen aufzubauen und die eigenen Interessen dadurch aktiv zu verfolgen.

Alle genannten Merkmale, von Rechtsstatus, verantwortlichem Politbereich sowie Feldpositionierung relevanter Zielgruppen, legen insgesamt nahe, dass es sich bei den Programmen von interkultureller Öffnung und kultursensibler Altenpflege um Interessensobjekte handelt, deren Fürsprecher und potenziellen Nutznießern es tendenziell an notwendigen Mitteln zu ihrer weitreichenden Durchsetzung fehlt. Erscheint die Unterstützung dieser Programme durch einflussreiche Feldakteure wie die großen konfessionellen Wohlfahrtsverbände, die intern als auch extern für eine interkulturelle Öffnung sozialer Dienste werben, zunächst als förderlich, muss ihr eigenes Zögern hinsichtlich einer umfassenden religiösen Öffnung der eigenen Organisationen auf Mitarbeiterebene ebenso als hinderlich bewertet werden. Denn glaubwürdig werden nur jene Akteure für eine interkulturelle Öffnung eintreten können, die sie selbst auch wirksam betreiben.

Wie die Zusammenschau der Ergebnisse noch einmal veranschaulicht, konnte die vorliegende Studie dazu beitragen, das soziale Phänomen einer interkulturellen Öffnung stationärer Altenpflegeeinrichtungen sowohl im Hinblick auf seine sozialen Triebkräfte, seine Umsetzungsva-

rianten als auch seinen feldspezifischen Institutionalierungsgrad begreiflich zu machen. Ermöglicht wurden diese umfassenden Erkenntnisse dadurch, dass qualitative und quantitative Methoden der empirischen Sozialforschung umeinander ergänzt und miteinander verschränkt wurden. Die gewinnbringende Kombination von literaturgestützter Feldanalyse, deskriptiv-explorativer standardisierter Befragung sowie qualitativer Fallstudienuntersuchung in dieser Studie unterstreicht dabei die gegenseitige Bereicherung und Nichtausschließung der häufig paradigmatisch getrennten Methodenstränge qualitativer und quantitativer Art (vgl. Kuckartz 2014).

## 2. Theoretische Implikationen

Nachdem in der vorausgegangenen Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse bereits erste theoretische Bezüge angedeutet worden sind, soll dieses Kapitel dazu dienen, die theoretischen Implikationen, welche die Befunde dieser empirischen Arbeit erlauben, zu verdichten. Als zentrales Ziel dieser Untersuchung galt es, jene sozialen Triebkräfte zu identifizieren, welche Organisationen auf dem Feld der stationären Altenpflege dazu antreiben die programmatische Innovation einer interkulturellen Öffnung aufzugreifen. Gleichzeitig sollte die Analyse der Verbreitung sowie der Umsetzungsformate interkultureller Öffnungsprozesse dazu beitragen, den Stellenwert dieser Programmatik auf dem deutschen stationären Altenpflegefeld aufzuzeigen. Damit ging es im Kern also auch darum, den Verankerungsgrad eines singulären Streitobjekts auf einem spezifischen sozialen Feld nachvollziehen zu können und die vonstattgehenden sozialen Kämpfe zu beleuchten.

Interkulturelle Öffnungsprogrammatiken als fokussiertes Streitobjekt dieser Studie und verstanden als programmatische Innovationen, welche Organisationen in unterschiedlichen gesellschaftlichen Feldern dazu anhalten, Weiterentwicklungsprozesse ihrer Strukturen und Angebote, ihrer Personal- und Kooperationspolitik anzustoßen, müssen dabei zunächst als Folge tiefgreifender gesellschaftlicher Veränderungen begriffen werden. Die entscheidend nach Ende des zweiten Weltkrieges gestiegene Zuwanderung insbesondere von Arbeitsmigranten und (Spät-)Aussiedlern, aber auch Geflüchteten und Asylsuchenden, ihre Niederlassung, Familienzusammenführung und -gründung hat zu einer nachhaltigen Pluralisierung der deutschen Bevölkerung hinsichtlich meist ethno-natio-kulturell begriffener Zugehörigkeiten geführt. Dieser gesellschaftliche Wandel kann für ein Feld wie das der stationären Altenpflege als exogene Erschütterung oder Ruck aufgefasst werden (vgl. Fligstein/McAdam 2012a; Greenwood/Suddaby/Hinings 2002), was – wenn auch zögerlicher als in anderen sozialen Feldern – auch zu einer andauernden Heterogenisierung ihrer eigenen Feldmitglieder geführt hat. Für die organisationalen Akteure des Feldes wird diese Umweltdynamik in unterschiedlichem Ausmaß ebenso dadurch erfahrbar, dass sich die gesellschaftliche und feldspezifische Pluralität in eine Vielfalt der Organisationsmitglieder überträgt.

Während primär Akteure außerhalb dieses untersuchten Feldes den Anstoß zur Entwicklung von interkulturellen Öffnungskonzepten als Antwort auf diese gesellschaftlichen Wandlungsprozesse gaben, indem sie mit diesen Veränderungen fachlich verbunden oder intensiver in Berührung kamen (vgl. Kap. IV. 2.1), konnten die Öffnungskonzepte in den vergangenen

Jahrzehnten felderübergreifend Wirkung erzielen (vgl. Kap. IV. 2.3), auch weil ganz unterschiedliche soziale Felder von diesem allgemeinen sozialen Umbruch in ähnlicher Weise tangiert wurden. Dieses Beispiel einer sich im Zuge (sozial-)struktureller Veränderungen wandelnden Praxis verweist auf die wechselseitige Verbindung von Strukturen und Praktiken, die Bourdieu (1976) stets betont hat. Welchen praktischen Stellenwert oder welchen Grad an Institutionalisierung eine solche Programmatik erfährt, gilt es für jedes soziale Feld eigenständig zu beantworten. Für das deutsche stationäre Altenpflegefeld kann aus den vorangegangenen empirischen Teilstudien geschlussfolgert werden, dass sich die Programmatik einer interkulturellen Öffnung zwar im Prozess einer Institutionalisierung befindet, eine vollständige Verankerung jedoch bis heute nicht erreicht hat. In Anlehnung an Tolbert und Zucker (1996) könnte das Stadium, in dem sie sich befindet, als anfängliche Objektivierungsphase bezeichnet werden, in der sich zum einen ein gemeinsames Verständnis über die Sinnhaftigkeit dieser Innovation schrittweise verbreitet. Dies spiegelt sich etwa in der professionellen Kommunikation wider, wenn Konzepte kultursensibler Pflege und interkultureller Öffnung verstärkt Integration in fachspezifische Lehrbücher erfahren (vgl. z. B. Seibold 2011), in eigenen Handbüchern beworben werden (vgl. z. B. Angelovski 2012; Zielke-Nadkarni 2003b) oder über Ausbildungs-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen an die Feldakteure vermittelt werden (vgl. Kap. IV. 2.3). Verbunden ist dies mit einer ‚Theoretisierung‘ der Innovation, d. h. der Sichtbarmachung bisheriger Missstände und der Konzeptionierung von Lösungsmaßnahmen (vgl. Kap. I. 3.), wodurch ihre Legitimierung argumentativ untermauert werden soll (vgl. Greenwood/Suddaby/Hinings 2002). Auch die Einführung von spezifischen Zertifikaten, die Organisationen gegenüber ihrer Umwelt als kultursensibel oder -kompetent kennzeichnen sollen, können als Ausdruck dieser Phase beschrieben werden. Unterstützt wird diese Entwicklung zudem durch soziale Vereinigungen wie das Forum für eine kultursensible Altenhilfe, welche die Verbreitung der Programmatik zu fördern versuchen (vgl. Kap. IV. 2.3). Dagegen sind kritische Stimmen, welche den Wert der Innovation grundsätzlich in Zweifel ziehen, in dieser Entwicklungsstufe kaum noch zu vernehmen. Zum anderen drückt sich dieses Stadium darin aus, dass sich nach und nach mehr Organisationen dieses Programms bedienen. Während eine interkulturelle Öffnung auf dem stationären Altenpflegefeld bis heute also weitgehend den Status eines normativen Paradigmas erreichen konnte, hat sie eine umfassende praktische Relevanz, wie es auf eine vollinstitutionalisierte Institution zutreffen würde, jedoch bei Weitem nicht erreicht.

Bei der Deutung dieses Entwicklungsstands konnte die vorliegende Arbeit ersichtlich machen, welchen hilfreichen Beitrag eine feldtheoretisch angeregte Analyseperspektive in der Erklärung des Institutionalisierungsgrades einer programmatischen Innovation leisten kann, insbesondere dann, wenn auch das Zusammenspiel des Altenpflegefeldes mit externen Feldern berücksichtigt wird – ein Anspruch, der zwar theoretisch angemahnt, empirisch jedoch häufig vernachlässigt wird (vgl. Fligstein/McAdam 2012b: 203). Während die Charakterisierung des (stationären) Altenpflegefeldes als schwach autonom zunächst seine starke Abhängigkeit durch externe Felder erkennen ließ, zeigte die Untersuchung involvierter Rechts- und Polit-

felder sowie Zielgruppen auf, dass die interkulturelle Öffnungsprogrammatik vorrangig auf machtarmen ‚Schultern‘ getragen wird:

Zwar weist auch die rechtliche Verankerung von Kultursensibilität in der Pflege darauf hin, dass kultursensible Altenpflege, die ihren Ausdruck in interkulturellen Öffnungskonzepten findet, einen gewachsenen normativen Stellenwert erfahren hat. Das Format ‚weicher‘ Soll-Regelungen reiht die Befriedigung ‚kultureller‘ Pflegebedürfnisse jedoch ausschließlich als nachrangige Aufgabe in den rechtlichen Auftrag von Pflegediensten ein. Daneben finden Aushandlungen über die Förderung interkultureller Pflegearbeit auf einem Politfeld statt, dem ähnlich des hier untersuchten Streitobjekts ein hoher normativer Anspruch zugeschrieben wird, das strukturell aber weiterhin stiefmütterlich behandelt wird. Das mag auch damit zusammenhängen, dass die sogenannte „nationale[] Bedeutung“ (Merkel 2011: 5) von Integration und damit auch von Integrationspolitik durch immer wieder aufkeimende Debatten um die Wahrung oder Sicherstellung einer ‚deutschen Leitkultur‘, die gerade im Gegensatz zu einem verbindenden Maxim ‚Integration‘ auf Abgrenzung von Mehr- und Minderheiten ausgerichtet ist (vgl. Rother 2016), in Abrede gestellt wird. Ähnlich schwerfällig erweist sich bis heute auch die Antidiskriminierungspolitik in Deutschland, was nicht nur ihre langwierige Entstehungsgeschichte (vgl. Kap. IV. 2.3), sondern auch die ersten noch jungen Landesintegrationsgesetze deutlich machen, in denen der „Abbau von Benachteiligung und Diskriminierungen“ (Weiss/Alan 2016: 126) keine eindeutige Berücksichtigung erfährt. Daneben kommt das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz, wie das UN-*Committee on the Elimination of Racial Discrimination* (CERD) kritisiert, auch in der Judikative nur zögerlich zur Anwendung (Karangwa 2015). Gerade aus einer international vergleichenden Perspektive wiegen diese Erkenntnisse schwer, wenn berücksichtigt wird, dass antidiskriminierungspolitische Argumente andernorts wie bspw. in Großbritannien kultursensible Altenpflegeprogramme wesentlich mit vorangetrieben haben. Durch diese gesellschaftspolitische Verortung fehlt es interkulturellen Öffnungsprogrammatiken nicht zuletzt an benötigten „lautstarken Fürsprecher[n] und Wortführer[n]“ (Münch 1995: 83). In Verbindung mit jenen spezifischen Zielgruppen von Pflegebedürftigen und Migranten, denen es selbst an notwendigen Ressourcen und mächtigen Stellungen fehlt, erweisen sich die Möglichkeitsräume, die Idee einer interkulturellen Öffnung aufmerksamkeitswirksam zu kommunizieren und ausreichend Unterstützung einzuwerben, als relativ begrenzt.

Schließlich setzt sich die marginale Stellung, welche Pflegebedürftige auf dem Feld der deutschen Altenpflege sowie Bevölkerungsmitglieder mit Migrationshintergrund gesellschaftlich erfahren (vgl. Kap. IV. 2., 2.3; V. 1.), auch auf organisationaler Ebene in Machtunterschieden fort, wenn Gepflegte tendenziell in Abhängigkeit von Pflegenden stehen (vgl. Brandenburg/Bode/Werner 2014: 135) und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund bisherigen Schätzungen nach mehrheitlich nachrangige Positionen in den Einrichtungen einnehmen (vgl. Habermann/Stagge 2015: 168). Ein Grundsatz wie derjenige, (potenziellen) Mitarbeitern mit Migrationshintergrund eine „Chance zu geben“ (vgl. Kap. IV. 4.2, 4.3, V. 1.), kann dann nicht nur als Ausdruck der Verwirklichung von Chancengerechtigkeit aufgefasst werden. Sondern er muss auch als Kennzeichen von Ressourcen- und Machtgefällen gedeutet werden, indem er

sowohl die Anstellung von Migrant\*innen als nicht selbstverständlich markiert als auch ein defizitäres Bild von Bewerber\*innen mit Migrationshintergrund erzeugt, die eine Chance aufgrund vermeintlicher Mangellagen benötigen. Wie gezeigt werden konnte handelt es sich dabei um strukturelle Relationen, die sich auch in internalisierten Deutungsschemata der Akteure festschreiben (vgl. Kap. V. 1.). Die relativen Positionen relevanter Feldakteure zueinander sowie des Untersuchungsfeldes zu anderen sozialen Feldern lässt die Semi-Institutionalisierung einer programmatischen Innovation wie die einer interkulturellen Öffnung damit nachvollziehen.

Welche sozialen Triebkräfte Einrichtungen der stationären Altenpflege dennoch dazu antreiben, ein Programm aufzunehmen, das weder eindeutig auf dem eigenen Feld befürwortet, geschweige denn unausweichlich eingefordert wird, konnte die vorliegende Arbeit aufklären. Die Treiber interkulturelle Öffnungsprozesse konnten im Wesentlichen in den zwei im westlichen Denken tiefverankerten institutionellen Pfeilern von Gerechtigkeit und technisch-ökonomischen Fortschritt (vgl. Kap. II. 1.) identifiziert werden. Indem die untersuchten Organisationen den unhinterfragten Anspruch nach einem doppelt-rationalen Verhalten zu erfüllen versuchen, streben sie danach, ihre Legitimität und damit ihre Existenz sicherzustellen. Normativ rational handeln bedeutet für die Einrichtungen hierbei ethnisch-kulturell wahrgenommene Bedürfnisse anzuerkennen und im Rahmen der eigenen organisationalen Möglichkeiten nachzukommen, ‚ethnisch-kulturell Andere‘ willkommen zu heißen, ihnen Gleichbehandlung und Chancengleichheit zu bieten und damit auch zu ihrer Integration in die eigene Organisation beizutragen. Diese Institutionen oder „ethische[n] Anweisungen“ (Bourdieu 1998a: 69), welche die Akteure in Verbindung mit ihrer Feldposition verinnerlicht haben – z. B. „ich war auch schon früher immer sehr offen“ (LK31) oder „[i]ch hatte schon immer, eine [...] sehr hohe Offenheit“ (LK11) im Hinblick auf ‚ethnisch-kulturell Andere‘ – gelten für die Akteure als Gesetzmäßigkeiten, die für ihr Handeln richtungweisend sind – z. B. „man muss schon integrativ arbeiten“ (LK21). Zwar wirkt eine interkulturelle Altenpflege – und damit sei noch einmal auf die Semi-Institutionalisierung dieser Programmatik verwiesen – nicht aus sich selbst heraus und für die Mehrheit der Feldakteure handlungsleitend wie es beispielsweise für eine Individuums- und Biographieorientierung in der pflegerischen Versorgung gilt. So verdeutlichen Aussagen wie „man pflegt grundsätzlich [...] individuell“ (PuB11), „wir [müssen] einfach individuell schauen“ (LK42) oder „Biographiearbeit ist A und O“ (LK33) die Unhinterfragbarkeit dieser Norm. Aber für jene Organisationen, die sich interkulturell öffnen, entwickelt auch sie sich zu einem habitualisierten Handlungsmuster, was sich in ihrem Verständnis als Notwendigkeit (vgl. Kap. IV. 4.3) und in Erzählungen von Automatismen – z. B. „da fließt das Ganze [die Berücksichtigung kultureller oder religiöser Bedürfnisse in unterschiedlichen Arbeitskontexten, BS] schon automatisch [...] mit ein“ (LK12) – ausdrückt (vgl. auch Kelle 2015: 334).

Daneben bedeutet technisch-ökonomisch rational handeln für die Dienste, ihre Angebote und Strukturen derart zu organisieren, dass sie zur wirtschaftlichen Existenzsicherung der Häuser beitragen. Damit gehen Spezialisierungen wie in diesen Fällen einer interkulturellen Öffnung einher, die den guten Ruf einer Einrichtung sicherstellen oder befördern, den verbreiteten

Qualitätsanforderungen Rechnung tragen und das eigene Haus gegenüber anderen Pflegeanbietern im Wettbewerb um Klienten und Mitarbeiter in eine anspruchreichere Position rücken sollen. Denn letztendlich streben die Einrichtungen danach eine volle Belegung ihrer angebotenen Pflegeplätze zu erreichen und das dafür benötigte und qualifizierte Personal gewinnen und an die eigene Organisation binden zu können. Gerade in Folge der organisationalen Lernprozesse, die den Einrichtungen weiterführende Wirkungsmöglichkeiten interkultureller Öffnungsstrategien aufzeigen und ihre Entscheidungen über die Fortführung und/oder Intensivierung ihrer strategischen Bemühungen leiten, zeichnet sich diese Motivation durch technisch-ökonomische Beweggründe ab (vgl. Kap. IV. 4.3.2). Dass auch solche Wirtschaftlichkeitsimperative zu den beständigen, legitimierte Regelmäßigkeiten des Feldes zählen, die sich in das Verhalten der Akteure übertragen, drückt sich in zu den normativen Ansprüchen vergleichbaren Äußerungen der Befragten aus. So geht es den Organisationen bspw. immer auch darum gut zu „wirtschaften“ (LK11) oder „die Einrichtung am Markt zu halten“ (LK51). Von einem Teil der Feldakteure wird dann auch eine interkulturelle Ausrichtung als Möglichkeit oder Notwendigkeit gesehen, ebenso dieser Erwartung gerecht zu werden: „Ich muss mich breit aufstellen, damit auch die Einrichtung überlebt“ (LK12).

Anders als Khan-Zvorničanin (2016), welche die diskursiv vorgebrachten Argumente zugunsten einer kultursensiblen Altenhilfe und -pflege sowie einer interkulturellen Öffnungsprogrammatisierung, die auch für sie sowohl Gleichstellungs- und Antidiskriminierungs- wie Professionalisierungs- und Organisationsentwicklungsmotive umfassen, allein als Ausdruck ökonomischer Interessen interpretiert, macht die vorliegende Analyse des organisationalen Bedingungsgefüges deutlich, dass interkulturelle Öffnungsprozesse auf der Verbindung normativ und technisch-ökonomischer Rationalitäten gründen. Erwartungskonformes Verhalten ausschließlich materialistisch im Sinne kalkulierter, ökonomischer Einsätze zu erklären, würde die Triebkraft des in den Feldstrukturen objektivierten und in den Feldakteuren habitualisierten praktischen Sinns für Investitionen übersehen. Für Bourdieu (2015: 78) werden Strategien der Akteure sehr viel wahrscheinlicher „in der *Logik affektiver Investitionen* erlebt [...], d.h. als eine gleichzeitig notwendige und uneigennützig Verpflichtung“ anstelle eines „bewussten *Kalkül[s]*“. Wie die Charakterisierung des stationären Altenpflegefeldes zeigen konnte, müssen sowohl eine normative Rationalität im Sinne von „Humanitätserwartungen“ (Brandenburg/Bode/Werner 2014: 136) als auch Erwartungen an eine technisch-ökonomische Rationalität im Sinne von Wirtschaftlichkeitsimperativen (vgl. z. B. Auth 2012) zum heutigen *nomos* des Feldes und der *illusio* der feldangehörigen Akteure gerechnet werden: „wenn wir auch ein Betrieb sind, der Wirtschaftlichkeit bringt, aber trotzdem mit einem sozialen Gedanken an der Pflege“ (LK12).<sup>465</sup>

Es kann also nicht von einem Entweder-oder, sondern nur von einem Sowohl-als-auch normativer und technisch-ökonomischer und damit doppelter Rationalitätsbeweggründe hinsichtlich interkultureller Öffnungsprozesse in der stationären Altenpflege in Deutschland die Rede sein. Dies stellt jedoch auch nicht in Abrede, dass für unterschiedliche Akteure die eine Triebkraft

---

<sup>465</sup> Eine solche Verbindung von internalisierten Gerechtigkeits- und Wirtschaftlichkeitsaspekten thematisiert auch Hammerschmidt (2014: 335) für das Feld der Sozialen Arbeit.

früher, die andere Triebkraft später, die eine stärker, die andere schwächer Wirkung zeigt; so wie durch Entwicklungen der „Intrusion“ (Bourdieu 1998a, 2001; Schimank/Volkman 2008) der „Kolonialisierung“ (Habermas 1995) oder der „Interpenetrationen“ (Münch 1994, 1995), d. h. der Eindringung einer Systemlogik in eine andere oder der gegenseitigen Durchdringung verschiedener Systemlogiken, frühere feldspezifische Gesetzmäßigkeiten durch neue ergänzt, aber eben nicht (grundsätzlich) ersetzt werden.<sup>466</sup> Dieses „Bauprinzip der Moderne“ (Münch 1994: 388) veranschaulicht Münch an der Berufsarbeit. So wie der Industriemanager seinem beruflichen Auftrag, nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu agieren, nachkommen muss und in der heutigen Zeit gleichzeitig nicht mehr umhinkommt, auch den hohen moralischen Erwartungen bspw. in Umweltbelangen, welche gesellschaftlich an ihn gerichtet sind, Rechnung zu tragen, werden andere Berufsgruppen wie etwa professionelle Altenpfleger vor die Aufgabe gestellt, neben ihren moralischen Berufspflichten ebenso ökonomische Maßstäbe des Rechnens und der Sparsamkeit in der Ressourcennutzung in ihrem beruflichen Handeln einzulösen.<sup>467</sup> Akteurs-perspektivisch können Interpenetrationen somit auch als „das Vermögen von Akteuren, differente Systemrationalitäten in ihrem Handeln zu mischen“ (Kron/Winter 2015: 376), verstanden werden. Der Beruf bildet für Münch (1994: 389) „die Schnittstelle zwischen Ethik und Wirtschaft“ bzw. die „Interpenetrationszone zwischen Ökonomie und Moral“ (ebd.: 390). „Als Brücke trägt es [das System der Berufsarbeit, BS] die moralischen Anforderungen in die Ökonomie und die ökonomischen Notwendigkeiten in die Moral hinein“ (ebd.). Berufsethische Prinzipien bündeln diese Erwartungen, tragen zum Renommee einer Berufsgruppe und zur Anerkennung derjenigen Berufstätigen bei, welche in ihrem beruflichen Handeln diese Standards befolgen (ebd.: 389).

Der Rückbezug interkultureller Öffnungsentscheidungen auf professionelle Erwartungen einer ‚guten und richtigen Pflege‘ weist dabei nicht nur auf eine verinnerlichte Gesetzmäßigkeit professioneller Standards hin, sondern zugleich auf die Anforderung an die Akteure nach professioneller Legitimierung ihres Verhaltens, um als Mitspieler auf dem gemeinsamen Feld anerkannt zu werden. Dies zeugt von dem Zusammenspiel von professionellem Habitus (vgl. Pfadenhauer 2009) und den normativen Einflusskräften einer Profession (vgl. DiMaggio/Powell 1983) und damit auch der gegenseitige Befruchtung feld- und institutionstheoretischer Ansätze. Auch wenn interkulturelle Öffnungsprozesse im Wesentlichen als Antwort auf den Anspruch nach einer individuumorientierten Pflege und Betreuung begründet werden, kann der Eingang von Kultursensibilität in berufsethische Prinzipien von Pflegeberufen als weiteres Kennzeichen ihrer voranschreitenden Institutionalisierung gefasst werden. So sind die „Achtung der Menschenrechte, einschließlich kultureller Rechte“ (ICN 2012: 1) sowie die Respektierung der „Sitten und Gewohnheiten sowie de[s] Glaube[ns] des Einzelnen“ (ebd.: 2)

<sup>466</sup> Andererseits kann eine mögliche Bedrohung der Autonomie eines Feldes aber auch nicht ausgeschlossen werden, wovon Bourdieu (2001: 97) mit Blick auf die sich „in alle Bereiche vordringende[] Doxa des Neoliberalismus“ etwa in den künstlerischen Feldern eindringlich warnt.

<sup>467</sup> Die Ergänzung vormalig voneinander getrennter System- oder Feldlogiken darf jedoch nicht nur als ihr paralleles Bestehen, sondern muss insofern als ihre Durchdringung verstanden werden, indem zum Beispiel ökonomisches Handeln selbst als moralisch gerechtfertigt wird, dadurch dass Wachstum Wohlstand schafft und zur „Besserung der Lebensverhältnisse, der Befreiung von Not, Leid und Ungerechtigkeit“ (Münch 1994: 395) beitrage.

in der professionellen Berufsausübung Bestandteil des internationalen Ethikkodex für Pfleger. Daneben formuliert auch die deutsche Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, die mitunter als „Leitlinie für die Menschen und Institutionen [...], die Verantwortung in Pflege, Betreuung und Behandlung übernehmen“ (DZA 2005: 6), dienen soll, den Anspruch nach einer möglichst umfassenden Berücksichtigung „kulturelle[r] und religiöse[r] Gewohnheiten und Bedürfnisse“ (ebd.: 17).

Autoren, welche die Auffassung vertreten, es handelt sich bei Argumenten von Professionalisierung und Gleichstellung hier im interkulturellen Öffnungsdiskurs ausschließlich um Platzhalter ökonomischer Ziele wie Effizienz- und Kundenorientierung (vgl. Khan-Zvorničanin 2016) oder das Eindringen technisch-ökonomischer Rationalisierungen in Pflegekontexte degradieren das „heilkundliche Ethos [lediglich, BS] zu einer motivationsbeschaffenden Hintergrundideologie“ (Remmers 2010: 50 hinsichtlich der Organisation Krankenhaus) legen entgegen der Vorstellung einer feldspezifischen Logik doppelter Rationalität nahe, moralische Feldlogiken werden (oder sind) durch Logiken der Ökonomie mehr oder weniger abgelöst (worden). Dabei übersehen oder unterbewerten sie den Spagat, den Akteure zwischen unterschiedlichen, teils divergierenden Erwartungshaltungen sowie Handlungsmöglichkeiten leisten müssen. Die hiesige Gesellschaft ist durch eine inflationäre Ausbreitung rationalisierter Ansprüche an Individuen wie Organisationen geprägt, deren praktische Realisierungsgrenzen in ihren (öffentlichen) Diskursen weit weniger Beachtung oder Gehör finden (vgl. Münch 1995). Die Umweltkomplexität, der Organisationen damit auch in Gestalt einer Anforderungsvielfalt ausgesetzt sind, führt nicht selten zu Vereinbarkeitsproblemen von zum Beispiel professionellen Ansprüchen und praktischen Möglichkeiten. Das gegenwärtig verbreitete pflegerische Leitprinzip der Bezugspflege etwa, das die primäre Verantwortung für eine pflegebedürftige Person einer Pflegekraft, der sog. Bezugspflegekraft, überträgt, kollidiert bei ihrer Umsetzung mit dem hohen Anteil teilzeitbeschäftigter Pflegekräfte. Teilzeitkräfte repräsentieren den Großteil der Pflegebeschäftigten, weil sie den Einrichtungen durch eine größere Flexibilität in der Personaleinsatzplanung ermöglichen, bei gleichzeitiger Erfüllung von Pflege(qualitäts)anforderungen auch den betriebswirtschaftlichen Zwängen Rechnung zu tragen (vgl. Hielscher et al. 2013: 61 ff.; Statistisches Bundesamt 2015a). Dadurch muss der ethische Anspruch nach einer Bezugspflege jedoch nicht generell zu einer leeren Worthülse – festgehalten in (irgend-)einem „Leitbild“ (Remmers 2010: 50) – verkommen sein.<sup>468</sup> Vielmehr wird es auf den einzelnen Feldakteur und seine relative Position ankommen, welche praktischen Schwerpunkte er in der Befriedigung der gleichzeitig bestehenden Anforderungen moralischer und ökonomischer, selbst- und fremdreferentieller Art setzt oder setzen kann.

Gleichwohl zeigt sich auch, dass ethische und technisch-wirtschaftliche Erwartungen längst nicht mehr getrennt voneinander betrachtet werden können, sondern, wie bereits dargestellt wurde, sich vielmehr in den professionellen Bewertungs- und Handlungsschemata auch von Altenpflegeprofessionals in einem schwach autonomen Feld der Altenpflege bereits gegensei-

---

<sup>468</sup> Für Bourdieu (1998b: 117) zählt „ein bestimmter Habitus (bei den Krankenpflegern, den Sozialarbeitern)“ gerade zu den „Widerständen einer alten Ordnung“ gegen die Überlagerung spezifischer Feldlogiken durch neoliberale Kräfte.

tig durchdrungen haben: so dass „menschliche“ und „geschäftliche“ bzw. „soziale“ und „wirtschaftliche“ Aspekte sodann auch das Ermessen in interkulturellen Öffnungsüberlegungen gemeinsam leiten (LK42). Im Gegenzug muss damit aber auch jenen sozialromantischen Vorstellungen widersprochen werden, die eine interkulturelle Öffnungsprogrammatik in sozialen Diensten als rein ethisches Prinzip auffassen und als Gegenstück zu einem vermeintlich ebenso rein ökonomisch-zweckrational motivierten Konzept des Diversity-Managements positionieren (vgl. Schröder 2016: 7 f.). Dass nicht jeder Akteur bereit oder in der Lage ist, die Wirkkraft (vormals) fremdreferentieller Einflüsse auf das eigene Handeln bewusst wahrzunehmen oder sich zu diesen – auch gegen beispielsweise existierende widersprechende, ethische Feldansprüche – zu bekennen, lassen auch die Befragten in der qualitativen Fallstudienuntersuchung erkennen. Während ein Teil der Befragten die interkulturelle Öffnung ihrer Organisationen *auch* als „egoistisch[en]“ Selbstzweck zur eigenen Bestandssicherung offenlegt, neigen andere Befragte dazu, eigennützige, betriebswirtschaftliche Motive ihrer interkulturellen Öffnungsstrategien zu bagatellisieren oder in Abrede zu stellen (vgl. Kap. IV. 4.3.2).<sup>469</sup>

Die Analyse von Trieb- und Gegenkräften sowie Umsetzungsschritten interkultureller Öffnungsprogrammatiken konnte darüber hinaus auch Merkmale und Grenzen der Diffusion dieser programmatischen Innovation auf dem deutschen stationären Altenpflegefeld sichtbar machen. Dabei zeigte sich, dass normative wie auch professionelle Erwartungen, die begrifflich jeweils als ein und dieselbe gefasst werden, zu divergierenden praktischen Reaktionen, der Aufnahme oder Ablehnung einer interkulturellen Neuausrichtung führen können. Dass der Anspruch nach Gerechtigkeit im Sinne von Gleichberechtigung zum Beispiel sowohl Triebkraft für als auch wider eine interkulturelle Öffnung sein kann, verweist auf die hohe Abstraktheit diffundierender Werterwartungen. Denn institutionelle Regelwerke treten häufiger in Form von „Gerede“ (Meyer 2005b: 140), als von eindeutigen Handlungsanweisungen auf (vgl. Piwoni 2012: 64); mit der Folge divergierender Interpretationen und Auslegungen.

Als ‚kulturell Andere‘ erfahrene Pflegebedürftige oder Kollegen gerecht und gleich zu behandeln, kann dann ebenso im Sinne eines Rechts auf Differenz die Berücksichtigung spezifischer Bedarfe und Bedürfnisse durch eigens geschaffene Angebote und Strukturen bedeuten. Es kann aber auch im Verständnis eines Rechts auf Gleichheit ungleiche Strukturen oder ‚Extra-Angebote‘ ausschließen und in gemeinsame Leistungen für alle Organisationsmitglieder übersetzt werden. Damit kann Gerechtigkeit ebenso als moralisches Prinzip verstanden werden, das stärker auf die Wahrung partikulärer oder aber universeller Interessen ausgerichtet ist. Ebenso weist Krücken (2005: 314) auf die Interpretationsoffenheit der Gerechtigkeitsnorm hin, wenn er „sowohl kollektiv-egalitäre als auch individuell-meritokratische Orientierungen“ als Lesarten von Gerechtigkeit benennt. Die Anpassungen institutioneller Ziele, die dadurch ermöglicht werden (vgl. auch Senge 2011: 130), können auch als Freiraum der Akteure bezeichnet werden, in dessen Rahmen sie ihr Handeln auf unterschiedliche Art und Weise legi-

<sup>469</sup> Kommt darin auch die internalisierte Verpflichtung von Feldakteuren zu den eigenreferentiellen Logiken zum Ausdruck, mögen wissenschaftliche Betrachter dem Zeitgeist und den aktuell namhaften Erkenntnissen entsprechend vielleicht auch eher dazu tendieren, Ökonomisierungsgesichtspunkten gegenüber anderen sozialen Triebkräften ein stärkeres Gewicht beizumessen. Ähnlich erklären sich Kron und Winter (2015: 367) die „Prominenz einer Theorie rationaler Wahl“.

timieren können. Es eröffnet den Akteuren im Kontext ihrer feldspezifischen Position die Chance, die Spielregeln eines Feldes strategisch einzusetzen (vgl. Kap. II. 2.). In der vorliegenden Studie zeigt sich dies etwa darin, dass Befragte sowohl ihr Unterlassen als auch ihre potenzielle Aufnahme einer interkulturellen Öffnung mit ihrem Vorsatz einer individuellen Versorgung erklären.

Darüber hinaus zeugt das Beispiel der Begründung interkultureller Öffnungsprozesse mit professionellen Erwartungen einer individuumsorientierten, ‚guten und richtigen Pflege‘ von der Erkenntnis neoinstitutionalistischer Forschung, dass die Diffusion einer programmatischen Innovation aus einem externen Feld stets die Übersetzung ihrer Ideen in das feldspezifische Regelsystem zugunsten ihrer Anschlussfähigkeit notwendig macht (vgl. Campbell 2010; Sahlin/Wedlin 2008). Gleiches kann für die organisationale Ebene gelten, wenn eine Innovation mit bestehenden organisationskulturellen Regeln abgeglichen oder an diese angepasst wird. Während sich dies bei den freigemeinnützigen Organisationen der Fallstudienuntersuchung darin zeigt, dass sie ihre interkulturellen Öffnungsprozesse auch als die Verwirklichung ihrer trägerspezifischen Wertorientierungen verstanden wissen wollen, wird die interkulturelle Ausrichtung in der privaten Einrichtung von Anfang an im Wesentlichen als Personalentwicklungsstrategie aufgefasst. Dadurch wird in allen Fällen eine Integrationsgrundlage der neuen Programmatik in die organisationskulturellen Gesetzmäßigkeiten oder fokussierten Arbeitsschwerpunkte geschaffen, wobei die Programmatik hinsichtlich ihres Verständnisses sowie ihrer Ausgestaltung verschiedentliche Anpassungen erfährt.

Die unterschiedlichen motivationalen und strategischen Schwerpunkte, welche die Einrichtungen in ihren interkulturellen Öffnungsprozessen setzen, weisen dann sowohl auf diese Übersetzungsleistung einer programmatischen Innovation in die feld- sowie organisationspezifischen Logiken hin. Sie machen aber auch auf die divergierenden Adaptionen eines Diffusionsobjektes durch die Akteure innerhalb eines Feldes aufmerksam. Zwar teilen die einzelnen interkulturellen Öffnungsprojekte der Einrichtungen auch verschiedene Wirkungsbereiche wie etwa die Bildungsarbeit. Im Detail erweist sich aber auch dieser Projektbaustein als stark heterogen, wenn einerseits Fortbildungsangebote für Pflegekräfte im Hinblick auf divergierende Pflegebedarfe älterer Migranten organisiert werden, andererseits den Organisationsmitgliedern ein Kurs angeboten wird, um die Sprache der Zielgruppe des Öffnungsprojektes erlernen zu können, oder aber die Teilnahme an Schulungen unterstützt wird, die Ausbildermentoren für die Bedürfnisse benachteiligter Jugendlicher sensibilisieren sollen. Indem es, wie bereits erwähnt (vgl. Kap. V. 1.), Ideen und nicht Praktiken und Strukturen sind, die diffundieren, können interkulturelle Öffnungsprojekte von Pflegeorganisationen sehr unterschiedliche Ausformungen erfahren. Sie können sich sowohl stärker auf Pflegebedürftige als auch auf Pflegekräfte mit Migrationshintergrund als Zielgruppe konzentrieren, auf aktuelle oder erwartete Anforderungen fokussieren und ebenso den strategischen Schwerpunkt auf Aktivierungsangebote im Betreuungsalltag, Kooperationstätigkeiten oder Sprachfortbildungen von Mitarbeitern setzen.

Wie die vorliegende Studie darüber hinaus aufdecken konnte, dürfen diese organisationspezifischen Auslegungen und Adaptionen, aber auch die Triebkräfte zur Übernahme und Fortset-

zung einer solchen programmatischen Innovation nicht als konstante Größen missinterpretiert werden. Vielmehr geben die Prozessverläufe der interkulturellen Öffnungsprojekte der Einrichtungen, die aus den Erzählungen der Befragten rekonstruiert werden konnten, Entwicklungen zu erkennen, die als Lernprozesse der Organisationen gefasst werden können. Erste Impulse, die eigene Einrichtung interkulturell zu öffnen, stellen in allen drei Einrichtungen zunächst einzelne, einrichtungsspezifische Herausforderungen dar, die erlebt und/oder prospektiv erwartet wurden und deren Bearbeitung die Organisationen sowohl in normativer als auch professioneller Hinsicht als geboten sahen. Die Erfahrungen aus den ersten Umsetzungsschritten eröffneten für die Organisationen jedoch den Blick dafür, welche weiteren Möglichkeiten mit interkulturellen Öffnungsprojekten verbunden sind. Dabei schälten sich insbesondere drei Zielerweiterungen heraus: interkulturelle Öffnung als Beitrag zur Personalsicherung in der Pflege, als Herausstellungsmerkmal gegenüber konkurrierenden Einrichtungen sowie als Anstoß, von bisher vernachlässigten personellen Kompetenzen im Rahmen organisationaler Aufgabenerfüllung Gebrauch zu machen. Die neuentdeckten Potenziale einer interkulturellen Öffnung entsprechen den ersten anvisierten Zielen jedoch insoweit, als dass auch sie als Antwort auf feldspezifische Anforderungen wie den bestehenden Pflegefachkräftemangel sowie auf institutionelle Erwartungen etwa nach effizientem Organisationshandeln beschrieben werden können. Solche Entwicklungen der Nutzbarmachung einer programmatischen Innovation können als eine eigensinnige ‚Um-Definition‘ (semi-)institutionalisierter Programme durch Organisationen entsprechend ihrer bestehenden Bedarfe gedeutet werden. Damit wird den organisationalen Akteuren entgegen älteren institutionalistischen Verständnissen, die individuellen oder organisationalen Akteuren eine stärkere Passivität zugeschrieben haben, zugleich eine aktive Rolle in der Ausbreitung und Übernahme institutioneller Strukturen beigemessen. „Jeder, der eine neue Idee rezipiert, *übersetzt* sie in mehr oder weniger starkem Maße: Sie wird interpretiert, selektiert, reformuliert, mit anderen Ideen verbunden, an eigene Zwecke, Bedürfnisse oder Interessen angepasst“ (Bonazzi 2008: 385). Schließlich macht der (partielle) Wechsel von einer Zielgruppe (den pflegebedürftigen Migranten) zu einer anderen (den Pflegekräften mit Migrationshintergrund) dabei auf die Möglichkeit von Weiterentwicklungen oder Veränderungen einer institutionellen Innovation durch Übersetzungsleistungen aufmerksam, die in Relation zu seinem argumentativen Ausgangspunkt ein fundamentales Ausmaß erreichen können.

### **Schlussbemerkungen**

Um die in dieser Studie gewonnenen empirischen und theoretischen Erkenntnisse zur Entstehung, Anregung, Diffusion und Ausgestaltung interkultureller Öffnungsprogrammatiken in der stationären Altenpflege in Deutschland zukünftig weiter zu schärfen, sind verschiedene Anschlussuntersuchungen denkbar. Dazu ist zunächst ein Studiendesign zu zählen, dass Pflegeheime in die Analyse integriert, die sich strukturell von den bisherigen Untersuchungseinrichtungen unterscheiden. Zu denken ist dabei im Hinblick auf die Limitationen dieser Studie (vgl. Kap. IV. *Schlussbemerkungen*) ebenso an Organisationen, die trotz eines hohen Bevölkerungsanteils mit Migrationshintergrund in ihrer Region keine interkulturelle Öffnung ver-

folgen. Gleichzeitig könnten Einrichtungen mit einer interkulturellen Ausrichtung, die gerade im entgegengesetzten Fall an Orten ansässig sind, in denen nur wenige Menschen mit Migrationshintergrund wohnhaft sind, weitere Erklärungen zu den Beweggründe für eine interkulturelle Öffnung in der stationären Altenpflege bieten. Um die relativen Positionierungen der Untersuchungseinrichtungen umfassender bewerten zu können, wäre die Erhebung weiterer Strukturmerkmale wie z. B. detailliertere Informationen zur Ausstattung von Einrichtung und Träger mit feldrelevanten Kapitalien (z. B. wirtschaftliche Stellung, Renommee, Netzwerkeinbindungen), die regionale Angebotslage von (konkurrierenden) Pflegedienstleistungen oder der lokale Arbeitsmarkt für Pflegeberufe gewinnbringend. Daneben sind auf organisationaler Ebene in einer vertieften Berücksichtigung der Berufsbiographien der Mitglieder mögliche ergänzende Erklärungspotenziale zu finden. Die voranschreitenden Professionalisierungs- und Akademisierungsentwicklungen in der Pflege lassen vermuten, dass sich pflegeprofessionelle Wahrnehmungs- und Bewertungsschemata in unterschiedlichen Berufsgenerationen bisweilen nachhaltig voneinander unterscheiden können. Inwieweit sich dadurch verschiedene Gewichtungen in den Beweggründen für oder wider eine interkulturelle Ausrichtung der eigenen Pflegeorganisation ergeben, wäre eine auch aus professionssoziologischer Warte interessante, noch zu beantwortende Teilfrage. Mit dem Einbezug von (potentiellen) Nutzern, d. h. Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund und ihren Angehörigen, könnte die Analyse zudem um eine weitere Akteursperspektive auf den Untersuchungsgegenstand erweitert werden.

Regte die Skizze internationaler Entwicklungen in Fragen von Alter und Ethnizität bzw. Migration in dieser Arbeit insbesondere dazu an, die analytische Perspektive auf das eigene Untersuchungsfeld der deutschen stationären Altenpflege zu erweitern, d. h. Detailfragen zu entwickeln und neue Themenbereiche in die Analyse zu integrieren, läge in einer internationalen empirischen Vergleichsstudie eine weitere Möglichkeit, die bis hierhin gewonnenen Erkenntnisse zu schärfen. Darüber hinaus wäre eine fruchtbare Ergänzung in einer feldvergleichenden Perspektive zu sehen. Ein solches Format könnte zur Erhärtung feldstruktureller Einflüsse auf Institutionalisierungsprozesse dieser programmatischen Innovation beitragen, die mitunter auf dem Autonomiegrad des Feldes, den relativen Positionierungen von Fürsprechern und Zielgruppen sowie den strukturierten und strukturierenden Dispositionen gründen. Weitere Bewertungsgrundlagen des hier untersuchten Phänomens könnten schließlich durch einen Vergleich der Entwicklungsgeschichte einer ähnlichen Innovation gewonnen werden. Dabei ist zum Beispiel an Konzepte des Diversity Managements zu denken. Neben der Untersuchung von Beweggründen und dem Verbreitungsgrad in deutschen Unternehmen (vgl. Lederle 2007) gälte es dabei auch feldspezifische Entwicklungen wie beispielsweise die Einführung der *Charta der Vielfalt* oder des *Diversity-Tages* durch den im Wesentlichen aus Vertretern von Großkonzernen zusammengesetzten Verein *Charta der Vielfalt e. V.* zu berücksichtigen, der sich selbst als „Agenda Setter für Diversity Management in Deutschland“ (*Charta der Vielfalt e. V.* 2011) begreift.

## Schlusswort

In den vergangenen Jahren hat sich in der öffentlichen Kommunikation in Deutschland eine Forderung etabliert, die Organisationen in ganz unterschiedlichen gesellschaftlichen Feldern dazu aufruft, ihre Angebote und Strukturen, ihre Personalpolitik und Kooperationspraktiken an eine sich zunehmend – meist ethnisch-kulturell gefasste – pluralisierende Gesellschaft anzupassen: kurz, sich interkulturell zu öffnen. Mit der vorliegenden Arbeit konnte nun erstmals aufgezeigt werden, inwieweit stationäre Altenpflegeeinrichtungen deutschlandweit diesem Anspruch begegnen. Dabei wurde ersichtlich, dass Diskussionen um eine interkulturelle Öffnung auch in Pflegeheimen mehrheitlich bekannt und innerhalb der Einrichtungen bereits häufig thematisiert werden. Während in den letzten Jahren darüber hinaus auch praktische Schritte, interkulturelle Öffnungskonzepte umzusetzen, zugenommen haben, konnte die Untersuchung zugleich deutlich machen, dass interkulturelle Öffnungsprozesse in der stationären Altenpflege bisher insgesamt auf eine Minderheit der Dienstleistungsanbieter beschränkt geblieben sind.

Daneben weisen der Stellenwert interkultureller Pflege- und Organisationskonzepte in der feldspezifischen Kommunikation, ihr Eingang in die Ausbildungscurricula oder Weiterbildungsangebote, ihre Theoretisierung und Übersetzung in Zertifikate, um nur einige Aspekte ihrer beschriebenen feldspezifischen Verankerung zu nennen, jedoch darauf hin, dass die programmatischen Innovationen einer kultursensiblen Altenpflege und interkulturellen Öffnung von Pflegeeinrichtungen bis heute den Status eines normativen Paradigmas erreicht haben. Dass eine interkulturelle Öffnung in Pflegeheimen dennoch eher selten praktiziert wird, muss mitunter auch darauf zurückgeführt werden, dass es an einflussreichen Unterstützungskräften dieser Programmatik – z. B. einer mächtigen Zielgruppe, einem tonangebenden politischen Ressort oder einer rechtlichen Verpflichtung – fehlt und Fachleute in der Altenpflege nicht grundsätzlich von spezifischen Pflegebedarfen und Zugangsbarrieren älterer Migranten zu Pflegediensten überzeugt sind, auf die interkulturelle Öffnungskonzepte antworten.

Die ausschlaggebenden Beweggründe, die manche Pflegeheime indes dazu angetrieben haben, eine interkulturelle Neuausrichtung zu realisieren, konnte durch die Arbeit aufgedeckt werden. Dabei wurde ersichtlich, dass Öffnungsprozesse nicht nur Reaktionen auf die demographischen Entwicklungen darstellen, die Menschen mit Migrationshintergrund vermehrt zu potenziellen Klienten und Mitarbeitern der Dienste gemacht haben. Sondern sie erweisen sich insbesondere auch als Praktiken, mit denen Pflegeheime auf jene normativen und technisch-ökonomischen Erwartungen antworten, die auf dem sozialen Feld der Altenpflege an sie gerichtet werden. Dazu zählt ebenso eine humane, individuumorientierte Betreuung und Versorgung aller Pflegebedürftigen zu gewährleisten, gesamtgesellschaftliche Ansprüche nach Gerechtigkeit und Integration einzulösen wie Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanforderungen zu entsprechen.

Indem neben der Verbreitung dieser programmatischen Innovation und ihrem Institutionalisierungsgrad auch ihre Entstehungsgeschichte sowie die ihr zugrundeliegenden sozialen Triebkräfte analysiert worden sind, konnte ein umfassendes Verständnis dieses sozialen Phänomens auf einem spezifischen gesellschaftlichen Feld gewonnen werden, das sowohl mak-

ro-, meso- als auch mikrostrukturelle Erklärungsfaktoren mit einschließt. Hierfür erwies sich nicht nur ein theoretisch-heuristischer Rahmen, der feldtheoretische und neoinstitutionalistische Ansätze verband, sondern auch eine Kombination aus qualitativ- und quantitativ-methodischen Zugängen als hilfreich. Damit begegnete die Arbeit auch zwei Kritikpunkten an neoinstitutionalistischen Untersuchungen, häufig in Analysen der Diffusion sowie makrostruktureller Bedingungen mittels quantitativer Längsschnittuntersuchungen zu verharren (vgl. z. B. Walgenbach/Meyer 2008: 93-98).

Gleichwohl ließ auch die vorliegende Studie Entwicklungsprozesse sowohl in der Auseinandersetzung um interkulturelle Öffnungskonzepte als auch in fallspezifischen Umsetzungsprojekten nicht außer Acht. Dabei ermöglichte diese Perspektive aufzudecken, dass eine interkulturelle Ausrichtung von Pflegeeinrichtungen über die Zeit hinweg verstärkt damit beworben und begründet wird, dem zunehmenden Fachkräftemangel in der Pflege zu begegnen und zur eigenen Personalsicherung eines Hauses beizutragen. Zwar deuten die explorierten vielfältigen Triebkräfte einer interkulturellen Öffnung darauf hin, dass das gewachsene Interesse von Pflegeheimen an betreffenden Beratungs- und Unterstützungsleistungen in den vergangenen Jahren, worauf das Forum für eine kultursensible Altenhilfe verweist (vgl. Zanier 2015), nicht ausschließlich personell motiviert ist. Die Ergebnisse dieser Arbeit geben jedoch zu erkennen, dass Pflegekräfte mit Migrationshintergrund eine interkulturelle Öffnung von Pflegeheimen nicht nur strategisch unterstützen sollen, sondern vielmehr als Zielgruppe eines solchen organisationalen Weiterentwicklungsprozesses vermehrt in den Fokus von Öffnungsprojekten gerückt sind.

Sollte der Fachkräftemangel in der Altenpflege entsprechend der gegenwärtigen Brisanz bei einer gleichzeitig beständigen Nachfrage nach stationären Pflegeplätzen auch zukünftig fortbestehen, ist davon auszugehen, dass sich die Konzentration interkultureller Öffnungsprojekte auf die Mitarbeiterebene weiter verstärken wird. Damit laufen pflegebedürftige ältere Migranten, d. h. jene Zielgruppen, zu deren adäquater Versorgung interkulturelle Öffnungskonzepte in der Altenpflege entwickelt worden sind, Gefahr, zunehmend aus dem Blick der Pflegeanbieter zu fallen. Hiervor sei aus mehreren Gründen gewarnt:

Zunächst ist davon auszugehen, dass professionelle Pflegedienstleister, die ältere Migranten versorgen, auch in Zukunft auf zum Teil spezifische Pflegebedarfe und -bedürfnisse treffen werden, die eine Anpassung gängiger Versorgungspraktiken zur Überwindung einer reinen „Nebenhversorgung“ (Schilder 2012: 218) pflegebedürftiger Migranten nötig machen. Dies ist ebenso darauf zurückzuführen, dass ethnisch-kulturelle Relevanzsysteme auch über mehrere Generationen hinweg ihre Bedeutung beibehalten können (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1993a: 49), als auch altersspezifische Erkrankungen wie Demenzen dazu beitragen können, dass im Lebensverlauf erworbene – bspw. sprachliche – Kompetenzen vergessen und womöglich abgelegte, herkunftsspezifische Bedürfnisse wieder an Relevanz gewinnen können (vgl. Kap. I. 1.). Daneben werden durch weitere Einwanderungsbewegungen auch zukünftig pflegebedürftige Migranten einer ersten Generation in deutschen Pflegeeinrichtungen versorgt werden, die sich allein schon aufgrund ihrer Migrations- oder Fluchtgeschichten von der Mehrheit der Pflegebedürftigen unterscheiden werden. Wird das Ziel einer angemessenen

Betreuung und Pflege jedes einzelnen Klienten ernst genommen, gilt es also auch migrations-spezifischen Aspekten in der täglichen Versorgungspraxis vermehrt Rechnung zu tragen, ohne dabei jedoch in kulturessentialistische Praktiken zu verfallen.

Indem Migrantinnen und Migranten zunehmend auch in ländlichen Regionen Deutschlands leben (vgl. Statistisches Bundesamt 2009, 2017), wird der Bedarf nach professionellen Pflegedienstleistungen durch ältere Migranten auch in Kleinstädten und auf dem Land an Bedeutung gewinnen. Dabei sprechen sich interkulturell ausgerichtete Pflegeheime dafür aus, Pflegeangebote bereits präventiv auf die Versorgung pflegebedürftiger Migranten auszurichten, da sich ohne eine nach außen sichtbare Öffnung der Einrichtungen auch keine offen artikuliertete Nachfrage durch diese Klientel einstellen werde (vgl. z. B. Oppermann 2010: 62). Bleibt eine weitere Ausgestaltung adäquater Versorgungsangebote sowie der Abbau von Zugangsbarrieren pflegebedürftiger Migranten zu bestehenden professionellen Dienstleistungen in städtischen wie auch in ländlichen Regionen jedoch aus, droht auf lange Sicht nicht nur eine pflegerische Unter- und Fehlversorgung dieser Personengruppen, sondern auch eine Überforderung ihrer familiären Unterstützungspotenziale und ihrer nachkommenden Generationen (vgl. Forssell/Torres 2012).

Dass mit einem auf das Pflegepersonal fokussierten interkulturellen Öffnungsprojekt ‚automatisch‘ auch eine Verbesserung der pflegerischen Versorgung für die Klientel mit Migrationshintergrund einhergeht, bleibt auch mit Blick auf die untersuchten Umsetzungsformate zu bezweifeln. Denn weder sind Leitungskräfte, welche sich die Förderung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund zur Aufgabe gemacht haben gleichsam von der Notwendigkeit einer speziell ausgestalteten Betreuung und Pflege älterer Migranten überzeugt. Noch ist der Migrationshintergrund von Pflegekräften damit gleichzusetzen, dass sie per se sensibel für die Pflegegewünsche von älteren Migranten und kompetent für ihre Versorgung sind.

Dieser Appell, Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund in der interkulturellen Neuausrichtung von Pflegeeinrichtungen nicht außer Acht zu verlieren, darf jedoch nicht als Gegenrede hinsichtlich einer Förderung der Chancengleichheit und Integration von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund missverstanden werden. Bis heute sind Migrantinnen und Migranten von Benachteiligungen auf dem deutschen Ausbildungs- und Arbeitsmarkt betroffen, wovon auch Befragungsteilnehmer der Fallstudienuntersuchung berichten. Ihnen einen gleichberechtigten Zugang zu Ausbildungs- und Arbeitsstellen zu gewährleisten, ist nicht weniger gefordert als Hürden von pflegebedürftigen Migranten zu den professionellen Pflegediensten abzubauen. Hierzu zählt auch, Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund dabei zu unterstützen, ihren Qualifikationen entsprechend beschäftigt und entlohnt zu werden. Aufgrund einer fehlenden Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse, der Ermangelung arbeitsmarktrelevanter Informationen, sprachlicher Schwierigkeiten, aber auch lebensweltlicher Erwartungshaltungen, die Ausdruck der Internalisierung soziostruktureller Ungleichheiten sind, erleben Pflegekräfte mit Migrationshintergrund nicht nur Hindernisse während des Einstiegs in die Berufstätigkeit, sondern auch Formen der Beschäftigung und Entlohnung, die unterhalb ihres Qualifikationsniveaus liegen. Um die Gleichberechtigung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund zu fördern, gilt es auch sich die hierin zum Ausdruck kommenden Machtunterschiede zwischen

unterschiedlichen Bewerbern sowie Beschäftigten und Arbeitgebern auf dem Altenpflegefeld bewusst zu machen.

Wie zu erwarten ist, wird auch zukünftig ein großes Interesse von Arbeitgebern und Politik an der Anwerbung und Beschäftigung von Pflegekräften mit Migrationshintergrund aus dem In- und Ausland bestehen (vgl. auch Kap. I. 2.). Dafür sprechen auch Ergebnisse der aktuellen Arbeitsmarktstatistik: „[A]usnahmslos in allen Bundesländern“ (Bundesagentur für Arbeit 2016: 9) ist ein wachsender Fachkräftengpass insbesondere von examinierten und spezialisierten Altenpflegefachkräften zu verzeichnen. Entsprechende Altenpflegeberufe sind infolgedessen seit mehreren Jahren Bestandteil der sogenannten Positivliste, auf der Berufsgruppen durch die Bundesagentur für Arbeit ausgewiesen werden, in denen eine Beschäftigung von Drittstaatenangehörigen, denen bislang ein Arbeitsmarktzugang versperrt war, grundsätzlich ermöglicht wird (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2017).<sup>470</sup> Daneben werden politische Bemühungen verfolgt, die in den Bundesländern stark divergierenden Praktiken beruflicher Anerkennungsverfahren in Gesundheitsberufen weitgehend zu vereinheitlichen, auch um den bürokratischen Weg der Berufsankennung für ausländische Fachkräfte zu erleichtern (vgl. BMBF 2015). Zudem sind zahlreiche Aus- und Weiterbildungsinitiativen in den vergangenen Jahren ins Leben gerufen worden, die versuchen insbesondere junge Menschen mit Migrationshintergrund für den Altenpflegeberuf zu gewinnen (vgl. Kap. IV. 2.3).

Die Gewährleistung einer gerechten Beschäftigung für alle Pflegekräfte wird jedoch nicht dadurch erreicht werden, dass die Zugänge für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund aus dem In- und Ausland in Altenpflegeberufe zwar erleichtert, die belastenden und unattraktiven Arbeitsbedingungen in der Altenpflege in Deutschland gleichzeitig jedoch beibehalten werden. Nicht allein das Wachstum des pflegespezifischen Arbeitsmarktes, sondern auch pflegeberufliche Rahmenbedingungen müssen als wesentliche Ursachen des anwachsenden Pflegekräftemangels verantwortlich gemacht werden. Zeitlicher Druck, wachsende Dokumentationsaufgaben und die Unterordnung professioneller Ansprüche unter betriebswirtschaftliche Kosten-Nutzen-Kalküle stellen ebenso zentrale Belastungsfaktoren in Pflegeberufen dar wie eine als mangelhaft erlebte gesellschaftliche Anerkennung, physische und psychische Beanspruchungen sowie unattraktive Arbeitszeiten und -löhne (vgl. Höhmann/Lautenschläger/Schwarz 2016). Ausländische Pflegekräfte anzuwerben, ohne die pflegeberuflichen Arbeitsbedingungen nachhaltig zu verbessern, käme jener Strategie der ehemaligen deutschen ‚Gastarbeiterpolitik‘ gleich, in der Arbeitsmigranten als Lückenfüller in jenen beschwerlichen Tätigkeitsbereichen herhalten mussten, die für die Mehrheit der einheimischen Bevölkerung unliebsam geworden sind. Um dem Fachkräftemangel erfolgreich zu begegnen und gleichzeitig attraktive und gerechte Beschäftigungsbedingungen zu gewährleisten, müssen Pflegepolitik ebenso wie Träger und Leitungskräfte der Pflegedienste rechtliche und organisatorische Voraussetzungen schaffen, welche den Arbeitsalltag erleichtern (z. B. durch verbesserte Personalschlüssel), die Wertschätzung der Arbeitsleistungen deutlicher machen (z. B. durch eine

---

<sup>470</sup> Eine Ausnahme besteht aktuell für jene 57 Staaten, die von der WHO als Länder identifiziert worden sind, in denen selbst ein erheblicher Mangel an Gesundheits- und Pflegepersonal besteht. Eine aktive Anwerbung von Staatsangehörigen aus diesen Ländern darf nur durch die Bundesagentur für Arbeit erfolgen und wird andernfalls als Ordnungswidrigkeit geahndet (§§ 38-39 BeschV).

höhere Vergütung) als auch Hürden zu einer qualifikationsadäquaten Anstellung beseitigen (z. B. durch erleichterte Anerkennungsverfahren bei gleichzeitiger betrieblicher, auch finanzieller Unterstützung).

Damit Konzepte wie die einer interkulturellen Öffnung von Pflegediensten darüber hinaus tatsächlich auch solche Angebote zum Ergebnis haben, die entsprechend konzeptioneller und organisatorischer Bekundungen den Bedürfnissen von Pflegebedürftigen und Mitarbeitern mit Migrationshintergrund entsprechen, bleibt die Beteiligung der Zielgruppen an den Öffnungsplänen sowie ein permanenter gemeinsamer Austausch über den Fortschritt und die Ausgestaltungen der Umsetzungen ein weiterhin ratsames und noch stärker zu förderndes Ziel. Nur so können sich die Organisationen auch davor schützen, weder gruppenspezifische Stereotype unreflektiert zu reproduzieren, noch die dynamischen Veränderungen bestehender Bedarfslagen zu übersehen. Solange die Entwicklung und Durchführung eines Öffnungsprojektes vorrangig von einzelnen Leitungskräften oder ausgewählten Mitarbeitern ausgestaltet wird, muss der Anspruch, adäquate Förder- und Unterstützungsformen zu schaffen, an seine Grenzen stoßen.

Die Auseinandersetzung mit interkulturellen Öffnungsprogrammatiken begleitet schließlich eine Schwierigkeit, vor der Praxis wie Wissenschaft gleichermaßen stehen. Indem Bedarfe oder Problemlagen von Menschen aufgrund ihres Migrationshintergrundes fokussiert werden, erfahren Einzelne und Gruppen eine Reduzierung ihrer Identitäten auf eine einzelne Zugehörigkeitskategorie. Eine solche Perspektive ermöglicht es zwar Erfahrungen und Strukturen sozialer Ungleichheiten als auch migrationspezifische Potenziale aufzuzeigen, die mit dem Migrationsstatus von Menschen in Zusammenhang stehen. Sie birgt jedoch auch immer die Gefahr andere Persönlichkeitseigenschaften zu vernachlässigen und zur Verfestigung ausgrenzender sozialer Gruppenkategorien beizutragen. Um dieser Herausforderung zu begegnen, sind Praxis wie Wissenschaft gleichermaßen gefordert, reflexive Ansätze weiter zu stärken, zu einer fortwährenden Sensibilisierung gegenüber stereotypen Generalisierungen beizutragen und Gemeinsamkeiten unterschiedlicher sozialer Gruppen ebenso in den Blick zu nehmen wie Phänomene sozialer Differenzen.

## Literaturverzeichnis

- Abou-Taam, Marwan** (2014): Interkulturelle Öffnung in der Polizei. In: Vanderheiden, Elisabeth / Mayer, Claude-Hélène (Hrsg.): Handbuch Interkulturelle Öffnung. Grundlagen, Best practice, Tools. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 121–131.
- Adick, Christel** (2009): World Polity – ein Forschungsprogramm und Theorierahmen zur Erklärung weltweiter Bildungsentwicklungen. In: Koch, Sascha / Schemmann, Michael (Hrsg.): Neo-Institutionalismus in der Erziehungswissenschaft. Grundlegende Texte und empirische Studien. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 258–291.
- Adick, Christel** (2010): Inter-, multi-, transkulturell: über die Mühen der Begriffsarbeit in kulturübergreifenden Forschungsprozessen. In: Hirsch, Alfred / Kurt, Ronald (Hrsg.): Interkultur – Jugendkultur. Bildung neu verstehen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 105–133.
- Afentakis, Anja / Maier, Tobias** (2014): Können Pflegekräfte aus dem Ausland den wachsenden Pflegebedarf decken? Analysen zur Arbeitsmigration in Pflegeberufen im Jahr 2010. In: Wirtschaft und Statistik, Nr. 3, S. 173–180.
- AGE – The European Older People's Platform** (2008): Older Migrants and Access to health and long-term care: A socially, culturally and institutionally invisible group that deserves attention. URL: [http://www.age-platform.eu/images/stories/EN/pdf\\_AGE\\_Health\\_and\\_Older\\_Migrants\\_FINAL-2.pdf](http://www.age-platform.eu/images/stories/EN/pdf_AGE_Health_and_Older_Migrants_FINAL-2.pdf) [Stand: 22.05.2015].
- AGE Platform Europe** (2011): International Migrants' Day, 18 December. Older ethnic minorities and migrants are also part of the EU's ageing population. Joint Press Release. Brussels 16 December 2011. URL: <http://www.age-platform.eu/age-communication-to-the-media-press-releases-en-gb-6/1426-older-ethnic-minorities-and-migrants-are-also-part-of-the-eus-ageing-population> [Stand: 22.05.2015].
- AGE Platform Europe / European Network Against Racism (enaR)** (2011): Joint AGE-ENAR position paper on older ethnic minorities and migrants as a contribution for EY2012. URL: <http://cms.horus.be/files/99935/MediaArchive/policy/Joint%20AGE.pdf> [Stand: 22.05.2015].
- Age UK** (2002): Black and Minority Ethnic Elders' issues. URL: <http://www.equalbutdifferent.org.uk/pdfs/BME%20Elders.pdf> [Stand: 26.06.2015].
- Aguirre, Juan Manuel** (1990): Altenarbeit – Herausforderung an die Ausländersozialdienste. In: Caritas 91, Nr. 3, S. 132–135.
- Akashé-Böhme, Farideh** (2000): In geteilten Welten. Fremdheitserfahrungen zwischen Migration und Partizipation. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Aktion Courage e. V. – SOS Rassismus** (2011): ELAC for migrant elders. URL: [http://aktioncourage.org/fileadmin/pdf-elac/ELAC\\_de\\_kl\\_final.pdf](http://aktioncourage.org/fileadmin/pdf-elac/ELAC_de_kl_final.pdf) [Stand: 20.05.2015].
- Alidra, Nadia / Chaouite, Abdellatif / Abye, Tasse** (2003): France. In: Patel, Naina (Ed.): Minority Elderly Care in Europe. Country Profiles. London: Policy Research Institute on Ageing and Ethnicity (PRIAE), pp. 33–51.
- Alisch, Monika / May, Michael** (2013): Selbstorganisation und Selbsthilfe älterer Migranten. In: Aus Politik und Zeitgeschichte Jg. 63, Nr. 4-5, S. 40–45.
- Alpbek, Mehmet** (2008): Kooperation von Migrantenorganisationen und Altenhilfe – eine Utopie? In: Deutsches Rotes Kreuz Generalsekretariat / Forum für eine kultursensible Altenhilfe (Hrsg.): Kultursensible Altenhilfe – konkret! Für ein würdevolles Altern in vertrauter Umgebung. Broschüre zur 1. Fach- und Vernetzungstagung vom 22./23. Oktober 2007 in Berlin. Berlin, S. 42–46.
- Alston, Letitia T. / Aguirre Benigno** (1987): Elderly Mexican Americans: Nativity and Health Access. In: International Migration Review Vol. 21, No. 3, pp. 626–642.
- Altınışık, Semra** (2013): Versorgungsprobleme von älteren Migrantinnen und Migranten am Beispiel der Demenzdiagnostik. In: Matter, Christa / Piechotta-Henze, Gudrun (Hrsg.): Doppelt verlassen? Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz. Berlin/Milow/Strasburg: Schibri-Verlag, S. 80–83.
- Altorfer, Andreas / Käsermann, Marie-Louise** (2001): Die Bedeutung des Nonverbalen in der Kommunikation. In: Domenig, Dagmar (Hrsg.): Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern: Huber, S. 159–183.
- Altun, Celal / Kizilocak, Gülay** (2007): Heime nur für Türken? In: Altenpflege Jg. 32, Nr. 2, S. 37.
- Amrhein, Ludwig** (2002): Machtbeziehungen und soziale Konflikte in der stationären Altenpflege. In: Backes, Gertrud / Clemens, Wolfgang (Hrsg.): Zukunft der Soziologie des Alter(n)s. Opladen: Leske + Budrich, S. 183–218.
- Amt für multikulturelle Angelegenheiten Frankfurt am Main (AMKA) (Hrsg.)** (2001): „Mit Koffern voller Träume...“. Ältere Migrantinnen und Migranten erzählen. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.

- Andrews, Margaret M. / Boyle, Joyceen S.** (1995): *Transcultural concepts in nursing care*. Philadelphia: Lip-pincott.
- Angel, Ronald J.** (2014): Public Policy, the Welfare State, and Older Minority Americans. In: Whitfield, Keith E. / Baker, Tamara A. (Eds.): *Handbook of Minority Aging*. New York: Springer, pp. 525–538.
- Angelovski, Irena** (2012): *Sie sind ja Ausländer! Ein Handbuch für die Ausbildung in kultursensibler Pflege und Medizin. Mit dem Bausteinsystem für Trainings, Seminare und Unterricht*. Hannover: Schlüter.
- Angenendt, Steffen / Clemens, Michael / Merda, Meiko** (2014): Der WHO-Verhaltenskodex. Eine gute Grundlage für die Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften? In: *SWP-Aktuell* 25/2014, S. 1–8.
- Angermann, Annette / Waldhaus, Anna** (2012): Unterstützende Dienstleistungen und Pflegemigration – eine Einführung. In: *Newsletter der Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa*, Nr. 2, S. 1–2.
- Antor, Heinz** (2006): Multikulturalismus, Interkulturalität und Transkulturalität: Perspektiven interdisziplinärer Forschung und Lehre. In: Antor, Heinz (Hrsg.): *Inter- und transkulturelle Studien. Theoretische Grundlagen und interdisziplinäre Praxis*. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, S. 25–39.
- Arbeiterwohlfahrt (AWO) Kreisverband Jena-Weimar e. V.** (o. J.): URL: [http://fachkraeftesicherung.awo.org/fileadmin/user\\_upload/PDF\\_Projekte\\_Berlin/Flyer\\_VielfaeltiCare.pdf](http://fachkraeftesicherung.awo.org/fileadmin/user_upload/PDF_Projekte_Berlin/Flyer_VielfaeltiCare.pdf) [Stand: 03.09.2016].
- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)** (2008): *Rahmenkonzeption der AWO. Interkulturelle Öffnung (IKÖ) der ambulanten und stationären Angebote für ältere Menschen*. Berlin.
- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)** (2013): *Weiterentwicklung der Altenpflegeausbildung*. In: *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit* Jg. 64, Nr. 03, S. 164–175.
- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO) / Vereinte Dienstleistungsgesellschaft (ver.di)** (2011): *Memorandum „Perspektiven für die Pflege älterer Menschen in Deutschland“ (Mai 2011)*. In: *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit* Jg. 62, Nr. 06, S. 464–470.
- Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege (ACkA) / Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)** (2002): *Für eine kultursensible Altenpflege. Eine Handreichung*. Köln: Arbeitskreis Charta für eine Kultursensible Altenpflege; Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Aschenbrenner-Wellmann, Beate** (2009): Diversity-Kompetenz. Überlegungen zu einer Schlüsselqualifikation für Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit. In: *Migration und Soziale Arbeit* Jg. 31, Nr. 3/4, S. 212–221.
- Aschenbrenner-Wellmann, Beate** (2012a): Vom interkulturellen Lernen zum Diversitätswissen in der Migrationsgesellschaft – Entwicklungslinien, Widersprüche und Perspektiven. In: Aschenbrenner-Wellmann, Beate / Groner, Birgit (Hrsg.): *Kulturelle MittlerInnen in der Migrationsgesellschaft. Theoretische Grundlagen, konzeptionelle Überlegungen, Evaluationsergebnisse und Praxisbeispiele*. Stuttgart: Evangelische Gesellschaft, S. 154–189.
- Aschenbrenner-Wellmann, Beate** (2012b): Interkulturelle Kompetenz im Theorie-Diskurs – Von den „klassischen“ Merkmalslisten zum prozessanalytischen Kompetenzmodell. In: Aschenbrenner-Wellmann, Beate / Groner, Birgit (Hrsg.): *Kulturelle MittlerInnen in der Migrationsgesellschaft. Theoretische Grundlagen, konzeptionelle Überlegungen, Evaluationsergebnisse und Praxisbeispiele*. Stuttgart: Evangelische Gesellschaft, S. 11–40.
- Attias-Donfut, Claudine** (2016): Older migrants' ageing and dying: an intergenerational perspective. In: Karl, Ute / Torres, Sandra (Eds.): *Ageing in contexts of migration*. London/New York: Routledge, pp. 83–95.
- Auernheimer, Georg** (2005): Interkulturelle Kommunikation und Kompetenz. In: *Migration und Soziale Arbeit* Jg. 27, Nr. 1, S. 15–22.
- Auth, Diana** (2012): Ökonomisierung von Pflege in Großbritannien, Schweden und Deutschland. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* Jg. 45, Nr. 7, S. 618–623.
- AWO-Magazin** (1997): *Alt werden in der Fremde. 2. Internationale Fachmesse „Älter werden“*. In: *AWO-Magazin*, Nr. 7+8, S. 28.
- Bäcker, Gerhard / Dieck, Margret / Naegele, Gerhard / Tews, Hans-Peter** (1989): *Ältere Menschen in Nordrhein-Westfalen. Wissenschaftliches Gutachten zur Lage der älteren Menschen und zur Altenpolitik in Nordrhein-Westfalen zur Vorbereitung des Zweiten Landesaltenplans*. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Bäcker, Gerhard / Kistler, Ernst** (2014): *Rentenpolitik. Das 3-Säulen-System der Alterssicherung in Deutschland*. URL: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/rentenpolitik/141459/das-3-saeulen-system-der-alterssicherung> [Stand: 29.09.2015].
- Bäcker, Gerhard / Kistler, Ernst / Rehfeld, Uwe G.** (2014): *Rentenpolitik. Länderbeispiele: Niederlande, Großbritannien und Schweiz*. URL: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/rentenpolitik/153325/laenderbeispiele?p=all> [Stand: 28.07.2015].

- Backes, Gertrud M. / Amrhein, Ludwig** (2011): Kommunale Alten- und Seniorenpolitik. In: Dahme, Heinz-Jürgen / Wohlfahrt, Norbert (Hrsg.): *Handbuch Kommunale Sozialpolitik*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 243–253.
- Backhaus-Maul, Holger / Vogel, Dita** (1992): Vom ausländischen Arbeitnehmer zum Rentner – Ausgewählte Aspekte der finanziellen Absicherung und sozialen Versorgung alter Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. In: *Zeitschrift für Gerontologie*, Bd. 25, Nr. 3, S. 166–177.
- Bade, Klaus J.** (2010a): Von der Arbeitswanderung zur Einwanderungsgesellschaft – Teil 1. In: *Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik* Jg. 30, Nr. 1, S. 7–14.
- Bade, Klaus J.** (2010b): Von der Arbeitswanderung zur Einwanderungsgesellschaft – Teil 2. In: *Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik* Jg. 30, Nr. 2, S. 59–64.
- Bade, Klaus J. / Bommes, Michael** (2004): Einleitung. Themenheft Migration – Integration – Bildung. Grundfragen und Problembereiche. In: *IMIS-Beiträge*, Nr. 23, S. 7–20.
- Baer, Susanne** (2012): Gleichheitsgebot und Diskriminierungsverbot. In: Pollmann, Arnd / Lohmann, Georg (Hrsg.): *Menschenrechte. Ein interdisziplinäres Handbuch*. Stuttgart: Verlag J. B. Metzler, S. 261–264.
- Baier, Christian / Schmitz, Andreas** (2012): Organisationen als Akteure in sozialen Feldern – Eine Modellierungsstrategie am Beispiel deutscher Hochschulen. In: Bernhard, Stefan / Schmidt-Wellenburg, Christian (Hrsg.): *Feldanalyse als Forschungsprogramm 1. Der programmatische Kern*. Wiesbaden: Springer VS, 191–220.
- Bakker, Marleen** (2009): Report of ActiZ congress ‘ActiZ gives color to the care’. In: ENIEC (European Network on Intercultural Elderly Care) Newsletter, No. 25, pp. 3–5.
- Baklan, Melek** (1988): „Wer sich Allah nähert, wird frei von Frei-Zeit werden“. Sichtweisen und Probleme alternder Türken in der Bundesrepublik. In: Göckenjan, Gerd; Kondratowicz, Hans-Joachim von (Hrsg.): *Alter und Alltag*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 386–407.
- Baran, Riza** (1989): Sture Heimatorientierung ist ein Hemmnis ersten Ranges. Warum Immigranten in ihrer eigenen wie der (bundes)deutschen Kultur zu Hause sein müssen: das Beispiel der Kurden. In: *Päd. extra & demokratische Erziehung*, Nr. 10, S. 15–16.
- Barden, Ingeburg** (1992): *Glauben – Leben – Pflege im Judentum, Christentum und Islam. Materialien zur Krankenpflegeausbildung Band 6*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Barg, Svenja / Mauthner, Jana / Guerrero Meneses, Vivian / Stiehr, Karin** (2013): Analyse der Angebotsstruktur in Einrichtungen der Altenhilfe für ältere Migrantinnen und Migranten in Frankfurt am Main. Frankfurt a. M.: Magistrat der Stadt Frankfurt am Main – Amt für multikulturelle Angelegenheiten.
- Baric-Büdel, Dragica** (2001): Spezifika des Pflegebedarfs und der Versorgung älterer Migranten. Konzeptentwicklung zur interkulturellen Öffnung des Pflegeversorgungssystems am Beispiel der Stadt Dortmund. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Baric-Büdel, Dragica** (2002a): Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe – Bedarfsorientierte Konzeptentwicklung der Stadt Dortmund. In: *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit* Jg. 53, Nr. 2, S. 113–120.
- Baric-Büdel, Dragica** (2002b): Impulsreferat: Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe der AWO anlässlich der DIE-Fachtagung: Interkulturelle Altenpflege von der Theorie zur Praxis am 22.01.2002. URL: [http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2002/baric-buedel02\\_01.pdf](http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2002/baric-buedel02_01.pdf) [Stand: 09.12.2013].
- Baric-Büdel, Dragica** (2003): Die Notwendigkeit einer interkulturellen Ausrichtung der Altenhilfe. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.): *Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin*. Berlin, S. 135–137.
- Baric-Büdel, Dragica** (2004): „Aufeinander zugehen – voneinander lernen“. Presseerklärung. URL: <http://www.paritaet.org/via/projekte/kul-alt3.htm> [Stand: 16.04.2014].
- Baric-Büdel, Dragica** (2012): AWO Projekt FaDA: Fachsprache Deutsch in der Altenpflege. In: *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit* Jg. 63, Nr. 06, S. 415–422.
- Baric-Büdel, Dragica / Barth, Wolfgang** (2011): Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe der AWO – wo stehen wir heute und wo geht es hin? In: *Migration und Soziale Arbeit* Jg. 33, Nr. 1, S. 44–48.
- Baric-Büdel, Dragica / Müller-Wille, Christina / Born, Edgar L.** (2007): Interkulturelle Angebote für ältere Aussiedlerinnen und Aussiedler. In: *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit* Jg. 58, Nr. 2, S. 18–24.
- Baric-Büdel, Dragica / Springer, André** (2011): Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe: Good-practice-Beispiele der AWO. In: *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit* Jg. 62, Nr. 03, S. 206–211.
- Baric-Büdel, Dragica / Zanier, Gabriella / Wagner, Monika** (2009): Interkulturelle Öffnung. In: *MiGAZIN*, 21.12.2009, URL: <http://www.migazin.de/2009/12/21/interkulturelle-offnung-in-der-altenhilfe/> [Stand: 16.04.2014].

- Baringhorst, Sigrid** (2010): Abschied vom Multikulturalismus? Zu neueren Entwicklungen der Integrationspolitik in Großbritannien und Australien. In: Hentges, Gudrun / Hinnenkamp, Volker / Zwengel, Almut (Hrsg.): Migrations- und Integrationsforschung in der Diskussion. Biografie, Sprache und Bildung als zentrale Bezugspunkte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 91–112.
- Barker, Judith C.** (1991): Pacific Island Migrants in the United States: Some Implications for Aging Services. In: *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, No. 6, pp. 173–192.
- Barlōsius, Eva** (2011): Pierre Bourdieu. Frankfurt a. M./New York: Campus Verlag.
- Barth, Wolfgang** (2006): Interkulturelle Orientierung und Interkulturelle Öffnung der sozialen Dienstleistungen. In: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (Hrsg.): Die Umsetzung der interkulturellen Öffnung in unterschiedlichen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit. Eine Arbeitshilfe für die Praxis. Bonn, S. 9–12.
- Barwig, Klaus / Hinz-Rommel, Wolfgang (Hrsg.)** (1995): Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Basewitz, Heike v.** (2006): Jüdische Seniorenheime. Neue Wohnformen für Senioren. In: *ZWST informiert*, Nr. 3, S. 7.
- Bauer, Thomas K. / Loeffelholz, Hans Dietrich von / Schmidt, Christoph M.** (2006): Wirtschaftsfaktor ältere Migrantinnen und Migranten in Deutschland – Stand und Perspektiven. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.): Lebenssituation und Gesundheit älterer Migranten in Deutschland. Expertisen zum Fünften Altersbericht der Bundesregierung. Berlin/Münster: Lit, S. 77–128.
- Bauer, Ullrich / Büscher, Andreas** (2007): Soziale Ungleichheit und Pflege: Konzeptionelle Zugänge. In: *Pflege & Gesellschaft* Jg. 12, Nr. 4, S. 304–317.
- Baumann, Jochen / Mika, Tatjana** (2012): Steigende Ungleichheit unter Aussiedlern und Spätaussiedlern im Alter. In: Baykara-Krumme, Helen / Motel-Klingebiel, Andreas / Schimany, Peter (Hrsg.): Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 127–157.
- Baumgartner Biçer, Judith** (2001): Religiöse Hintergründe und soziale Praktiken. In: Domenig, Dagmar (Hrsg.): Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern: Huber, S. 269–286.
- Baur, Nina / Florian, Michael J.** (2009): Stichprobenprobleme bei Online-Umfragen. In: Jakob, Nikolaus / Schoen, Harald / Zerback, Thomas (Hrsg.): Sozialforschung im Internet. Methodologie und Praxis der Online-Befragung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 109–128.
- Bäurle, Petra** (2004): Schafkäse zum Frühstück. In: *Sozialcourage SPEZIAL*, S. 16–17.
- Baykara-Krumme, Helen** (2008): Immigrant Families in Germany. Intergenerational Solidarity in Later Life. Berlin: Weißensee-Verlag.
- Baykara-Krumme, Helen** (2016): Soziale und gesundheitliche Lage bei Älteren mit Migrationshintergrund. In: *Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. – Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg* (Hrsg.): *Gesundes Altern in vielen Welten. Gesundheit von älteren Zugewanderten*. Grüne Reihe „Gesund im Alter“ – 2016. Potsdam, S. 8–11.
- Baykara-Krumme, Helen / Hoff, Andreas** (2006): Die Lebenssituation älterer Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. In: Tesch-Römer, Clemens / Engstler, Heribert / Wurm, Susanne (Hrsg.): *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 447–517.
- Bazant, Ursula / Schubert, Klaus** (2008): Europäische Wohlfahrtssysteme: Vielfalt jenseits bestehender Kategorien. In: Schubert, Klaus / Hegelich, Simon / Bazant, Ursula (Hrsg.): *Europäische Wohlfahrtssysteme*. Ein Handbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 623–645.
- Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (BBfA)** (1997): Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen.
- Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (BBfA)** (2002): Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin/Bonn.
- Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Ausländer (BBfBA)** (1994): In der Diskussion: Empfehlungen zur interkulturellen Öffnung sozialer Dienste. Mitteilungen der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Ausländer. Bonn: Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Ausländer.
- Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Ausländer (BBfBA)** (1995): Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Ausländer über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Ausländer.

- Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Ausländer (BBfBA)** (2000): 4. Bericht zur Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin.
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (BMFI)** (2010): 8. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Berlin.
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (BMFI)** (2012): 9. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Berlin.
- Beck, Marieluise / Eichhorn, Wibke** (2005): Mehr ausländische Mitarbeiter? In: *Altenpflege* Jg. 30, Nr. 10, S. 57.
- Becker, Gabriele / Wölk, Suna** (2003): *Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe*. Bremen: AWO Bremen, Referat Altenhilfe und Migration.
- Becker, Gay** (2002): Dying Away From Home: Quandaries of Migration for Elders in Two Ethnic Groups. In: *Journal of Gerontology* Vol. 57B, No. 2, pp. 79–95.
- Becker, Susanne / Dierking, Heiko** (1991): Ansätze einer multikulturellen Seniorenarbeit. Bildungsangebote für ältere AusländerInnen und Deutsche. In: *IZA – Informationsdienst zur Ausländerarbeit*, Nr. 1, S. 62–63.
- Becker, Uwe (Hrsg.)** (2011): *Perspektiven der Diakonie im gesellschaftlichen Wandel. Eine Expertise im Auftrag der Diakonischen Konferenz des Diakonischen Werks der Evangelischen Kirche in Deutschland*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Theologie.
- Becker-Ritterspach, Florian A. / Becker-Ritterspach, Jutta C. E.** (2006): Isomorphie und Entkoppelung im Neo-Institutionalismus. In: Senge, Konstanze / Hellmann, Kai-Uwe (Hrsg.): *Einführung in den Neo-Institutionalismus*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 102–117.
- Beckmann, Sabine** (2011): Intersektionale Perspektiven auf Care in Frankreich – methodologische Überlegungen zu migrantischer Sorgearbeit in der feministischen Wohlfahrtsstaatsforschung. In: *Gender* Jg. 3, Nr. 3, S. 24–38.
- Behrens, Britta** (2011): *Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen. Überblick – Strategie – Praxis*. Oldenburg: BIS-Verlag der Carl-von-Ossietzky-Universität.
- Béland, Daniel / Viriot Durandal, Jean-Philippe** (2013): Aging in france: population trends, policy issues, and research institutions. In: *The Gerontologist* Vol. 53, No. 2, pp. 191–197.
- Bellers, Jürgen / Bhattacharya, Supriyo** (2013): Großbritannien. In: Gieler, Wolfgang (Hrsg.): *Handbuch Europäischer Migrationspolitiken. Die EU-Länder*. Münster: Lit, S. 133–148.
- Bellwinkel, Michael** (2008): Noch keine Chancengleichheit im Gesundheitssystem. Integration bedarf einer migrationssensiblen Präventionspolitik. In: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Nr. 3, S. 49–52.
- Bergemann, Holger** (2006): Öffnung der Seniorenwirtschaft für ältere Migranten – wozu? In: *Migration und Soziale Arbeit* Jg. 28, Nr. 3/4, S. 297–301.
- Berliner Institut für Vergleichende Sozialforschung (BIVS)** (1992): *Alte Ausländer in Berlin. Eine vorbereitende Evaluationsstudie zu einem empirischen Forschungsprojekt*. Berlin: Edition Parabolis.
- Berlinghoff, Marcel** (2012): Der europäisierte Anwerbestopp. In: Oltmer, Jochen / Kreienbrink, Axel / Sanz Díaz, Carlos (Hrsg.): *Das „Gastarbeiter“-System. Arbeitsmigration und ihre Folgen in der Bundesrepublik Deutschland und Westeuropa*. München: Oldenbourg, S. 149–164.
- Bernhard, Stefan** (2009): Die symbolische Inszenierung als „kultureller Anderer“ – Zur Auslegung weltkultureller Skripte im Feld der europäischen Inklusionspolitik. In: *Berliner Journal für Soziologie* Jg. 19, Nr. 1, S. 29–54.
- Bernhard, Stefan / Schmidt-Wellenburg, Christian** (2012a): Feldanalyse als Forschungsprogramm. In: Bernhard, Stefan / Schmidt-Wellenburg, Christian (Hrsg.): *Feldanalyse als Forschungsprogramm I. Der programmatische Kern*. Wiesbaden: Springer VS, S. 27–56.
- Bernhard, Stefan / Schmidt-Wellenburg, Christian** (2012b): Einleitung. In: Bernhard, Stefan / Schmidt-Wellenburg, Christian (Hrsg.): *Feldanalyse als Forschungsprogramm I. Der programmatische Kern*. Wiesbaden: Springer VS, S. 9–24.
- Berufsbildungswerk des DGB (bfw) / Rhein-Ruhr-Institut an der Universität Duisburg-Essen (RISP)** (2003): *Pflege in der Einwanderungsgesellschaft. Module für den Unterricht. Kultur. Migrationsgeschichte. Schmerz. Kulturkompetente Pflege*. Duisburg: Duisburger Institut für Sprach- und Sozialforschung (DISS).
- Bielefeldt, Heiner** (2007): *Menschenrechte in der Einwanderungsgesellschaft. Plädoyer für einen aufgeklärten Multikulturalismus*. Bielefeld: transcript.
- Bilgin, Yasar** (1999): Spezielle Gesundheitsgefährdung und frühzeitige Alterungsprozesse bei Migranten. In: Collatz, Jürgen / Hackhausen, Winfried / Salman, Ramazan (Hrsg.): *Begutachtung im interkulturellen Feld*. Zur

- Lage der Migranten und zur Qualität ihrer sozialgerichtlichen und sozialmedizinischen Begutachtung in Deutschland. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 53–56.
- Birkenfeld, Daniela** (2013): Grußwort. In: Magistrat der Stadt Frankfurt am Main – Amt für multikulturelle Angelegenheiten (Hrsg.): Altenhilfe für ältere Migrantinnen und Migranten in Frankfurt am Main. Fachforum Dokumentation 24. Januar 2013. Frankfurt a. M., S. 8–9.
- Bispinck, Reinhard / Dribbusch, Heiner / Öz, Fikret / Stoll, Evelyn** (2012): Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank. Arbeitspapier 07/2012. URL: [http://www.boeckler.de/pdf/ta\\_lohnspiegel\\_pflegerberufe\\_2012.pdf](http://www.boeckler.de/pdf/ta_lohnspiegel_pflegerberufe_2012.pdf) [Stand: 07.10.2015].
- Blakemore, Kenneth / Boneham, Margaret** (1994): Age, race and ethnicity. A comparative approach. Buckingham/Philadelphia: Open University Press.
- Blechner, Gerda** (1998): Altwerden in der Heimat und in Deutschland. Zurückgekehrte und hiergebliebene alte, italienische Migranten – aus drei Regionen – im Vergleich. Frankfurt a. M.: Peter Lang.
- Blinkert, Baldo** (2005): Pflege und soziale Ungleichheit – Pflege und „soziale Milieus“. In: Schroeter, Klaus R. / Rosenthal, Thomas (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim/München: Juventa Verlag, S. 141–156.
- Blitzko-Hoener, Marita** (2003): Älter werdende Russlanddeutsche. In: Seeberger, Bernd / Braun, Angelika (Hrsg.): Wie die anderen altern. Zur Lebenssituation alter Menschen am Rande der Gesellschaft. Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag, S. 51–60.
- Bode, Ingo** (2010): Management- oder Systemversagen? Qualitätsdifferenzen und Governance-Konstellationen im deutschen Pflegeheimsektor. In: Zeitschrift für Sozialreform Jg. 56, Nr. 2, S. 263–286.
- Bode, Ingo** (2014): Governance and Performance in a “Marketized” Nonprofit Sector: The Case of German Care Homes. In: Administration & Society, S. 1–25.
- Bode, Ingo / Turba, Hannu** (2014): Organisierter Kinderschutz in Deutschland. Strukturdaten und Modernisierungsparadoxien. Wiesbaden: Springer VS.
- Böhmer, Anselm** (2015): Intermediäre Steuerung von Versorgung. Anmerkungen zu hybriden Modi der Sozialplanung. In: Wüthrich, Bernadette / Amstutz, Jeremias / Fritze, Agnès (Hrsg.): Soziale Versorgung zukunftsfähig gestalten. Wiesbaden: Springer VS, S. 179–184.
- Bolzman, Claudio** (2012): Democratization of ageing. Also a reality for elderly immigrants? In: European Journal of Social Work Vol. 15, No. 1, pp. 97–113.
- Bolzman, Claudio / Poncioni-Derigo, Raffaella / Vial, Marie** (2003): Switzerland. In: Patel, Naina (Ed.): Minority Elderly Care in Europe. Country Profiles. London: Policy Research Institute on Ageing and Ethnicity (PRIAE), pp. 193–217.
- Bolzman, Claudio / Poncioni-Derigo, Raffaella / Vial, Marie / Fibbi, Rosita** (2004): Older labour migrants’ well being in Europe: the case of Switzerland. In: Ageing and Society Vol. 24, Issue 03, pp. 411–429.
- Bommes, Michael / Halfmann, Jost** (1998): Einführung: Migration, Nationalstaat, Wohlfahrtsstaat – eine theoretische Herausforderung für die Migrationsforschung. In: Bommes, Michael / Halfmann, Jost (Hrsg.): Migration in nationalen Wohlfahrtsstaaten. Theoretische und vergleichende Untersuchungen. Osnabrück: Rasch, S. 9–45.
- Bonazzi, Giuseppe** (2008): Geschichte des organisatorischen Denkens. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bonin, Holger / Braeseke, Grit / Ganserer, Angelika** (2015): Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche. Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Bönker, Frank** (2008): Interdependenzen zwischen Politikfeldern – die vernachlässigte sektorale Dimension der Politikverflechtung. In: Janning, Frank / Toens, Katrin (Hrsg.): Die Zukunft der Policy-Forschung. Theorien, Methoden, Anwendungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 315–330.
- Booij, Jan / von den Bergen, Carla** (2003): Erneuerung der Altenpflege in den Niederlanden und Europa. Interkulturalisation als Chance. In: Friebe, Jens / Zalucki, Michaela (Hrsg.): Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bielefeld: W. Bertelsmann, S. 100–115.
- Borchardt, Ilka** (2009): Kultursensibilität ohne Kulturrelativismus? Das LSVD-Projekt Migrationsfamilien zwischen Sensibilisierung und Dominanzkultur. In: Migration und Soziale Arbeit Jg. 31, Nr. 3/4, S. 165–168.
- Borrayo, Evelinn A. / Salmon, Jennifer R. / Polivka, Larry / Dunlop, Burton D.** (2002): Utilization Across the Continuum of Long-Term Care Services. In: The Gerontologist, Vol. 42., No. 5, pp. 603–612.
- Bose, Alexandra von / Terpstra, Jeannette** (2012): Verstehen heißt „verstehen wollen“. Die biographisch orientierte Pflegeplanung mit Migrantpatienten. In: pro care, Nr. 10, S. 24–28.
- Bourdieu, Pierre** (1976): Entwurf einer Theorie der Praxis auf der ethnologischen Grundlage der kabyllischen Gesellschaft. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

- Bourdieu, Pierre** (1987): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre** (1993): Soziologische Fragen. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre** (1998a): Über das Fernsehen. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre** (1998b): Gegenfeuer. Wortmeldungen im Dienste des Widerstands gegen die neoliberale Invasion. Konstanz: UVK.
- Bourdieu, Pierre** (2001): Gegenfeuer 2. Für eine europäische soziale Bewegung. Konstanz: UVK.
- Bourdieu, Pierre** (2015): Die verborgenen Mechanismen der Macht. Hamburg: VSA.
- Bourdieu, Pierre / Wacquant, Loïc J. D.** (1996): Reflexive Anthropologie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bowes, Alison** (2003): Ethnische Minderheiten in Schottland. Eine Herausforderung für soziale Dienste. In: *ProAlter*, Nr. 4, S. 31–37.
- Boxenbaum, Eva / Jonsson, Stefan** (2013): Isomorphism, Diffusion and Decoupling. In: Greenwood, Royston / Oliver, Christine / Sahlin, Kerstin / Suddaby, Roy (Eds.): *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*. Los Angeles u. a.: SAGE, pp. 78–98.
- Bradley, Don E. / Longino, Charles F.** (2009): Geographic Mobility and Aging in Place. In: Uhlenberg, Peter (Ed.): *International Handbook of Population Aging*. Dordrecht u. a.: Springer, pp. 319–339.
- Brake, Anna / Weber, Susanne Maria** (2009): Internetbasierte Befragung. In: Kühl, Stefan / Strodtholz, Petra / Taffertshofer, Andreas (Hrsg.): *Handbuch Methoden der Organisationsforschung. Quantitative und qualitative Methoden*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 413–434.
- Brandenburg, Hermann** (1994): Altern in fremden Umwelten. In: *Zeitschrift für Gerontologie*, Bd. 27, Nr. 6, S. 419–428.
- Brandenburg, Hermann** (1997): Die Lebenssituation und Versorgung älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. In: *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* Jg. 28, Nr. 1, S. 55–72.
- Brandenburg, Hermann / Bode, Ingo / Werner, Burkhard** (2014): *Soziales Management in der stationären Altenhilfe. Kontexte und Gestaltungsspielräume*. Bern: Huber.
- Brandenburg, Hermann / Rott, Christoph** (1994): Altern in der fremden Heimat. In: *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* Jg. 25, Nr. 1, S. 33–50.
- Bräutigam, Christoph / Evans, Michaela / Hilbert, Josef** (2015): Personalbedarf in Wohn- und Versorgungsformen für Pflegebedürftige. In: Jacobs, Klaus / Kuhlmeier, Adelheid / Greß, Stefan / Schwinger, Antje (Hrsg.): *Pflege-Report 2015. Schwerpunkt: Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit*. Stuttgart: Schattauer, S. 109–120.
- Breuer, Marc** (2013): „Teilhabe“ als Leitbegriff der Altenhilfe. Konflikte unter Akteuren in einem heteronomen Feld. In: *Sozialer Fortschritt* Jg. 62, Nr. 4, S. 115–122.
- Brückner, Gunter** (2016): Bevölkerung mit Migrationshintergrund. In: Statistisches Bundesamt / Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg.): *Datenreport 2016. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn: Bundeszentrale für Politische Bildung, S. 218–235.
- Brückner, Margit** (2011): Care – Sorgen als sozialpolitische Aufgabe und als soziale Praxis. In: Otto, Hans-Uwe / Thiersch, Hans (Hrsg.): *Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik*. München/Basel: Reinhardt, S. 207–213.
- Brzoska, Patrick / Reiss, Katharina / Razum, Oliver** (2010): Arbeit, Migration und Gesundheit. In: Badura, Bernhard / Schröder, Helmut / Klose, Joachim / Macco, Katrin (Hrsg.): *Fehlzeiten Report 2010. Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potenziale nutzen. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 129–139.
- Buchinger, Sascha M.** (2012): Chancen und Risiken multiethnischer Altenhilfeteams. In: *ProAlter* Jg. 44, Nr. 03, S. 38–41.
- Buchinger, Sascha M.** (2013): Multikulturelle Pflegeteams in der stationären Altenhilfe. In: *Sozialer Fortschritt*, Nr. 8-9, S. 246–251.
- Bullock, Karen / Hall, Jodi K. / Leach, Monica T.** (2014): End-of-Life Care Among Older Minorities. In: Whitfield, Keith E. / Baker, Tamara A. (Eds.): *Handbook of Minority Aging*. New York: Springer, pp. 265–276.
- Bultan, Fuat** (1992): Türken als Senioren. In: *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit* Jg. 43, Nr. 10, S. 386–390.
- Bundesagentur für Arbeit** (2016): *Arbeitsmarkt Altenpflege – Aktuelle Entwicklungen*. Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung, September 2016. URL: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Branchen-Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege-2015.pdf> [Stand: 06.04.2017].

- Bundesagentur für Arbeit** (2017): Positivliste. Zuwanderung in Ausbildungsberufe. URL: [https://www3.arbeitsagentur.de/web/wcm/idc/groups/public/documents/webdatei/mdaw/mdex/~edisp/16019022dstbai447048.pdf?\\_ba.sid=L6019022DSTBAI447051](https://www3.arbeitsagentur.de/web/wcm/idc/groups/public/documents/webdatei/mdaw/mdex/~edisp/16019022dstbai447048.pdf?_ba.sid=L6019022DSTBAI447051) [Stand: 06.04.2017].
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF)** (2013): Willkommens- und Anerkennungskultur. Handlungsempfehlungen und Praxisbeispiele. Abschlussbericht Runder Tisch „Aufnahmegesellschaft“. URL: [https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/abschlussbericht-runder-tisch-aufnahmegesellschaft.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/abschlussbericht-runder-tisch-aufnahmegesellschaft.pdf?__blob=publicationFile) [Stand: 30.01.2017].
- Bundesamt für Statistik (Schweiz)** (2014): Ständige und nichtständige Wohnbevölkerung nach Jahr, Kanton (-) / Bezirk (>>) / Gemeinde (.....), Bevölkerungstyp, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Geburtsort und Altersklasse. URL: [https://www.pxweb.bfs.admin.ch/Table.aspx?layout=tableViewLayout2&px\\_tableid=px-x-0103010000\\_201\px-x-0103010000\\_201.px&px\\_language=de&px\\_type=PX&px\\_db=px-x-0103010000\\_201&rxid=455244ca-f8f4-474a-b9c9-7675b0225305](https://www.pxweb.bfs.admin.ch/Table.aspx?layout=tableViewLayout2&px_tableid=px-x-0103010000_201\px-x-0103010000_201.px&px_language=de&px_type=PX&px_db=px-x-0103010000_201&rxid=455244ca-f8f4-474a-b9c9-7675b0225305) [Stand: 14.09.2015].
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)** (1995): Alte Migranten in Deutschland. Wachsende Herausforderungen an Migrationssozialarbeit und Altenhilfe. Reihe „vorgestellt“ Nr. 58. Bonn: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)** (1996): Jahresbericht 1995. Bonn: Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)** (2012): Einrichtungen und Dienste der Freien Wohlfahrtspflege. Gesamtstatistik 2012. URL: [http://www.bagfw.de/fileadmin/user\\_upload/Broschuere\\_Gesamtstatistik\\_2012\\_Webversion.pdf](http://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Broschuere_Gesamtstatistik_2012_Webversion.pdf) [Stand: 16.08.2016].
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)** (2013): Nationaler Aktionsplan Integration 2012 – Bericht der Freien Wohlfahrtspflege. URL: [http://www.bagfw.de/uploads/media/2012\\_01\\_30\\_Nationaler\\_Aktionsplan\\_Integration\\_2012.pdf](http://www.bagfw.de/uploads/media/2012_01_30_Nationaler_Aktionsplan_Integration_2012.pdf) [Stand: 09.09.2016].
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. (BAGSO)** (2003): BAGSO Positionspapier. In: BAGSO-Nachrichten, Nr. 3, S. 24–25.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. (BAGSO)** (2008): Engagiert in der 2. Heimat. In: BAGSO-Nachrichten, Nr. 4.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. (BAGSO)** (2012): Bilddokumentation. JA zum Alter! 10. Deutscher Seniorentag mit Messe SenNova. 3. Bis 5. Mai 2012 in Hamburg. Heftbeilage in: BAGSO-Nachrichten, Nr. 03.
- Bundesgeschäftsstelle AKTIONCOURAGE – SOS Rassismus** (2006b): Neue Projekte. In: IKoM-Newsletter Jg. 5, Nr. 3, S. 17–20.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)** (2015): Bericht zum Anerkennungsgesetz 2015. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)** (2000): Ältere Ausländer und Ausländerinnen in Deutschland. Abschlussbericht zur wissenschaftlichen Begleitung der Modellprojekte: Adentro! Spanisch sprechende Seniorinnen und Senioren mischen sich ein. Deutsche und Ausländer gemeinsam: Aktiv im Alter. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)** (2004): Lebenssituation der älteren alleinstehenden Migrantinnen. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)** (2005a): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Bericht der Sachverständigenkommission. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)** (2005b): Handbuch für eine kultursensible Altenpflegeausbildung. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)** (2006): Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. URL: <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/heimbericht/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument.property=pdf,bereich=heimbericht,sprache=de,rwb=true.pdf> [Stand: 11.08.2016].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)** (2011): Migrantinnenorganisationen in Deutschland. Abschlussbericht (Kurzfassung). Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)** (2015): Zwischenbericht zur Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege (2012–2015). Berlin.

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** (2011a): Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. URL: [http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht\\_der\\_Bundesregierung\\_ueber\\_die\\_Entwicklung\\_der\\_Pflegeversicherung\\_und\\_den\\_Stand\\_der\\_pflegerischen\\_Versorgung\\_in\\_der\\_Bundesrepublik\\_Deutschland.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_der_Bundesregierung_ueber_die_Entwicklung_der_Pflegeversicherung_und_den_Stand_der_pflegerischen_Versorgung_in_der_Bundesrepublik_Deutschland.pdf) [Stand: 05.12.2016].
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** (2011b): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** (2013): Nationaler Aktionsplan Integration – Zwischenbericht. Dialogforum 5 „Gesundheit und Pflege“ (unveröffentlicht).
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** (2016a): Die Pflegestärkungsgesetze – Hintergründe zu den Neuregelungen in der Pflege. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/index.php?id=684> [Stand: 04.12.2016].
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** (2016b): Fragen und Antworten zum Pflegestärkungsgesetz II. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegestaerkungsgesetze/faq-psg-ii.html> [Stand: 04.12.2016].
- Bundesregierung** (2007): Der Nationale Integrationsplan. Neue Wege – Neue Chancen. Berlin.
- Bundesregierung (Hrsg.)** (2011): Nationaler Aktionsplan Integration. Zusammenhalt stärken – Teilhabe verwirklichen. Berlin.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)** (2012): InfoDienst Migration und öffentliche Gesundheit 3/2012. Essen.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)** (2013): InfoDienst Migration und öffentliche Gesundheit 4/2013. Frankfurt a. M.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)** (2014): InfoDienst Migration und öffentliche Gesundheit 2/2014. Frankfurt a. M.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)** (2015a): InfoDienst Migration und öffentliche Gesundheit 2/2015. Frankfurt a. M.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)** (2015b): InfoDienst Migration und öffentliche Gesundheit 1/2015. Frankfurt a. M.
- Burton, Lynda / Kasper, Judith / Shore, Andrew / Cagney, Kathleen / LaVeist, Thomas / Cubbin, Catherine / German, Pearl** (1995): The Structure of Informal Care: Are there Differences by Race? In: *The Gerontologist* Vol. 35, No. 6, pp. 744–752.
- Busch, Dominic** (2014): Handlungsorientierungen in Prozessen interkultureller Öffnung – Eine kritische Perspektive. In: Vanderheiden, Elisabeth / Mayer, Claude-Hélène (Hrsg.): *Handbuch Interkulturelle Öffnung. Grundlagen, Best practice, Tools*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 69–77.
- Busse, Katrin** (2003): Migrantinnen als Pflegekräfte. Erfahrungen und Perspektiven interkultureller Öffnung in der ambulanten Altenpflege. In: *Soziale Arbeit*, Nr. 10, S. 377–384.
- Butler, Jeffrey / Rohmann, Claudia** (2010): Einleitung: Migrationssensible Erhebung von Daten für die Gesundheits- und Pflegeberichterstattung. In: *Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration* (Hrsg.): *Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheits- und Pflegeberichterstattung*. Dokumentation. Fachkonferenz am 21. November 2008 in Berlin in Kooperation mit dem bundesweiten Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit. Berlin, S. 8–12.
- Bychowski, Ute** (2006): Eintritt in eine neue Welt. Angebote für Migranten. In: *Altenheim*, Nr. 1, S. 16–18.
- Bychowski, Ute** (2007): Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe: Stationäres Wohnen im Interkulturellen Altenhilfzentrum Victor-Gollancz-Haus. In: *IKoM-Newsletter* Jg. 6, Nr. 3, S. 2–3.
- Caestecker, Frank / Vanhaute, Eric** (2012): Zuwanderung von Arbeitskräften in die Industriestaaten Westeuropas. Eine vergleichende Analyse der Muster von Arbeitsmarktintegration und Rückkehr 1945–1960. In: Oltmer, Jochen / Kreienbrink, Axel / Sanz Díaz, Carlos (Hrsg.): *Das „Gastarbeiter“-System. Arbeitsmigration und ihre Folgen in der Bundesrepublik Deutschland und Westeuropa*. München: Oldenbourg, S. 39–52.
- Calanzani, Natalia / Koffman, Jonathan / Higginson, Irene J.** (2013): Palliative and end of life care for Black, Asian and Minority Ethnic groups in the UK. Demographic profile and the current state of palliative and end of life care provision. London: Department of Health; King’s College London; Cicely Saunders Institute; Marie Curie Cancer Care u. a.
- Campbell, John L.** (2010): Institutional Reproduction and Change. In: Morgan, Glenn / Campbell John L. / Crouch, Colin / Pedersen, Ove Kaj / Whitley, Richard (Eds.): *The Oxford Handbook of Comparative Institutional Analysis*. Oxford: Oxford University Press, pp. 87–115.

- Capanoglu, Gürsel / Hellbusch, Bernd** (2013): Gemeinsam älter werden in einer bunten Stadt – Interkulturelle Öffnung in Theorie und Praxis. In: *Im Fokus – Inforeihe des Forum Seniorenarbeit NRW*, Nr. 04, S. 28–31.
- Carp, Frances M.** (1969): Housing and Minority-Group Elderly. In: *The Gerontologist* Vol. 9, Issue 1, pp. 20–24.
- Carrel, Noemi** (2012): Schweiz. In: *focus Migration, Länderprofil*, Nr. 22, S. 1–11.
- Carrel, Noemi** (2013): Anmerkungen zur Willkommenskultur. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* Jg. 63, Nr. 47, S. 30–33.
- Carrera, Francesca / Pavolini, Emmanuele / Ranci, Costanzo / Sabbatini, Alessia** (2013): Long-Term Care Systems in Comparative Perspective: Care Needs, Informal and Formal Coverage, and Social Impacts in European Countries. In: Ranci, Costanzo / Pavolini, Emmanuele (Eds.): *Reforms in long-term care policies in Europe. Investigating institutional change and social impacts*. New York: Springer, pp. 23–52.
- Castles, Stephen** (1985): The Guests Who Stayed – The Debate on ‘Foreigners Policy’ in the German Federal Republic. In: *International Migration Review* Vol. 19, No. 3, pp. 517–534.
- Castles, Stephen / Schierup, Carl-Ulrik** (2012): Migration and ethnic minorities. In: Castles, Francis Geoffrey / Leibfried, Stephan / Lewis, Jane / Obinger, Herbert / Pierson, Christopher (Eds.): *The Oxford handbook of the welfare state*. Oxford: Oxford University Press, pp. 278–291.
- Celik, Mustafa** (2013): Muslimischen Ritualen Raum geben. In: *Die Schwester der Pfleger* Jg. 52, Nr. 8, S. 746–751.
- Census Bureau** (2003a): Population by Sex, Age, Hispanic Origin, and Race: 2003. URL: [https://www.census.gov/population/hispanic/files/2003/2003CPS\\_tab1.1a.pdf](https://www.census.gov/population/hispanic/files/2003/2003CPS_tab1.1a.pdf) [Stand: 07.07.2015].
- Census Bureau** (2003b): Population by Sex and Age, for Black Alone and White Alone, Not Hispanic: March 2003. URL: <https://www.census.gov/population/race/files/ppl-185/tab1.pdf> [Stand: 07.07.2015].
- Census Bureau** (2003c): Population by Sex and Age, for Asian Alone and White Alone, Not Hispanic: March 2003. URL: <https://www.census.gov/population/race/files/ppl-183/tab1.pdf> [Stand: 07.07.2015].
- Census Bureau** (2011a): The Asian Alone Population in the United States: 2010. Table 1. Population by Sex and Age, for Asian Alone and White Alone, Not Hispanic: 2010. URL: <https://www.census.gov/population/race/data/ppl-aa10.html> [Stand: 07.07.2015].
- Census Bureau** (2011b): The Black Alone Population in the United States: 2010. Table 1. Population by Sex and Age, for Black Alone and White Alone, Not Hispanic: 2010. URL: <https://www.census.gov/population/race/data/ppl-ba10.html> [Stand: 07.07.2015].
- Census Bureau** (2011c): The Hispanic Population in the United States: 2010. Table 1. Population By Sex, Age, Hispanic Origin, And Race: 2010. URL: <https://www.census.gov/population/hispanic/data/2010.html> [Stand: 07.07.2015].
- Census Bureau** (2011d): Current Population Survey – March 2010 Detailed Tables. Table 1.1. Population by Sex, Age, Nativity, and U.S. Citizenship Status: 2010. URL: <https://www.census.gov/population/foreign/data/cps2010.html> [Stand: 07.07.2015].
- Census Bureau** (2011e): Current Population Survey – March 2010 Detailed Tables. Table 2.1. Foreign-Born Population by Sex, Age, and Year of Entry: 2010. URL: <https://www.census.gov/population/foreign/data/cps2010.html> [Stand: 07.07.2015].
- Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)** (2015): State Operations Manual Appendix PP – Guidance to Surveyors for Long Term Care Facilities. Table of Contents (Rev. 133, 02-06-15). URL: [http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/som107ap\\_pp\\_guidelines\\_ltcf.pdf](http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/som107ap_pp_guidelines_ltcf.pdf) [Stand: Stand: 30.07.2015].
- Ceylan, Rauf / Kiefer, Michael** (2016): *Muslimische Wohlfahrtspflege in Deutschland. Eine historische und systematische Einführung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Charta der Vielfalt e. V.** (2011): *Charta der Vielfalt e. V.* URL: <http://www.charta-der-vielfalt.de/verein/charta-der-vielfalt-ev.html> [Stand: 16.03.2017].
- Chau, Ruby C. M. / Yu, S. Wai-Kam** (2010): The sensitivity of United Kingdom health-care services to the diverse needs of Chinese-origin older people. In: *Ageing and Society* Vol. 30, No. 03, pp. 383–401.
- Chau, Ruby C. M. / Yu, S. Wai-Kam / Tran, Cam T. L.** (2012): Understanding the diverse health needs of Chinese people in Britain and developing cultural sensitive services. In: *Journal of Social Work* Vol. 12, No. 4, pp. 385–403.
- Chen, Henglién Lisa** (2014): Care workers in long-term care for older people. Challenges of quantity and quality. In: *European Journal of Social Work* Vol. 17, No. 3, pp. 383–401.

- Choi, Namkee G.** (2014): Racial/Ethnic Minority Older Adults in Nursing Homes: Need for Cultural Competent Care. In: Whitfield, Keith E. / Baker, Tamara A. (Eds.): *Handbook of Minority Aging*. New York: Springer, pp. 291–311.
- Colen, John N.** (1983): Facilitating Service Delivery to the Minority Aged. In: McNeely, R. L. / Colen, John N. (Eds.): *Aging in minority groups*. Beverly Hills: Sage, pp. 250–259.
- Collatz, Jürgen** (1996): Die Welt im Umbruch. Zu Lebenssituation, Gesundheitszustand und Krankheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten in Deutschland. In: *Pro Familia Magazin*, Nr. 1, S. 2–6.
- Cooley, Richard C. / Ostendorf, Don / Bickerton, Dorothy** (1979): Outreach Services for Elderly Native Americans. In: *Social Work* Vol. 24, No. 2, pp. 151–153.
- Couper, Mick P. / Coutts, Elisabeth** (2006): Online-Befragung. Probleme und Chancen verschiedener Arten von Online-Erhebungen. In: Diekmann, Andreas (Hrsg.): *Methoden der Sozialforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 217–243.
- Crisand, Gabriela** (2007): Wie funktioniert eigentlich... Interkulturelle Pflege? In: *Sozialcourage*, Nr. 1, S. 22–23.
- Crouch, Ben M.** (1972): Age and Institutional Support: Perceptions of Older Mexican Americans. In: *Journal of Gerontology* Vol. 27, No. 4, pp. 524–529.
- Cryns, Manfred / Gromm, Sabine** (1994): Ältere Arbeitsmigranten – neue Anforderungen an die kommunale Altenhilfe. In: *Informationen zur Raumentwicklung*, Nr. 5/6, S. 411–418.
- Cryns, Manfred / Kaya-Smajgert, Gülay** (1993): „Lebenssituation und spezifische Problemlage älterer Ausländer“. Zentrale Ergebnisse eines Forschungsprojekts. In: *IZA – Informationsdienst zur Ausländerarbeit*, Nr. 4, S. 117–120.
- Cryns, Manfred / Kaya-Smajgert, Gülay / Şen, Faruk** (1993): Lebenssituation und spezifische Problemlage älterer ausländischer Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland. Forschungsprojekt. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Da Roit, Barbara** (2013): Long-Term Care Reforms in the Netherlands. In: Ranci, Costanzo / Pavolini, Emanuele (Eds.): *Reforms in long-term care policies in Europe. Investigating institutional change and social impacts*. New York: Springer, pp. 97–115.
- Da Roit, Barbara / Weicht, Bernhard** (2013): Migrant care work and care, migration and employment regimes. A fuzzy-set analysis. In: *Journal of European Social Policy* Vol. 23, No. 5, pp. 469–486.
- Dallinger, Ursula / Eichler, Antje** (2010): Der graue Markt für Altenpflege. Institutionelle Voraussetzungen und Ambivalenzen transnationaler Pflege. In: Soeffner, Hans-Georg (Hrsg.): *Unsichere Zeiten. Herausforderungen gesellschaftlicher Transformationen. Verhandlungen des 34. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 169–182.
- Damron-Rodriguez, Joann** (1991): Commentary: Multicultural Aspects of Aging in the U.S.: Implications for Health and Human Services. In: *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, No. 6, pp. 135–143.
- David, Dagmar M.** (2011): Zur Notwendigkeit der transkulturellen Öffnung im Gesundheitswesen. In: van Keuk, Eva / Ghaderi, Cinur / Joksimovic, Ljiljana / David, Dagmar M. (Hrsg.): *Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 34–39.
- De Jong, Ir Els** (2004): Ethnisches und interethnisches Wohnen für ältere Migranten in den Niederlanden. Vortrag im Workshop ‚Zusammenleben in Nachbarschaften – Beitrag des Wohnens zur Integration von Zuwanderern‘ des Amtes für Stadtentwicklung und Bodenordnung der Stadt Hamburg, und des Verbands Norddeutscher Wohnungsunternehmen, 3.-5. Mai 2004. URL: [http://www.wono.nl/pdf/Vortrag\\_De%20Jong.pdf](http://www.wono.nl/pdf/Vortrag_De%20Jong.pdf) [Stand: 17.06.2015].
- de Valk, Helga A. G. / Schans, Djamila** (2008): ‘They ought to do this for their parents’: perceptions of filial obligations among immigrant and Dutch older people. In: *Ageing & Society* Vol. 28, No. 01, pp. 49–66.
- Demirbag, Mehmet / Aldridge, Mark** (2003): United Kingdom. In: Patel, Naina (Ed.): *Minority Elderly Care in Europe. Country Profiles*. London: Policy Research Institute on Ageing and Ethnicity (PRIAE), pp. 5–31.
- Demko, Courtney M. / Torres-Gil, Fernando M.** (2015): The Politics of Aging in a Majority-Minority Nation. In: Vega, William A. / Markides, Kyriakos S. / Angel, Jacqueline L. / Torres-Gil, Fernando M. (Eds.): *Challenges of Latino Aging in the Americas*. Cham u. a.: Springer, pp. 413–423.
- Dennebaum, Eva-Maria** (1988): Die alten Ausländer, eine neue Aufgabe für die Caritasarbeit. In: *Caritas: Jahrbuch des Deutschen Caritasverbandes* Jg. 89, Nr. 3, S. 109–115.
- Der Geschäftsführende Vorstand des DCV** (2001): Diskussionspapier. Interkulturelle Öffnung der Dienste und Einrichtungen des DCV, Nr. 21, S. 38–39.
- Der Paritätische Gesamtverband** (2001): Perspektivenwechsel – Agenda für eine rationale Zuwanderungs- und Integrationspolitik. URL: <http://www.rps.paritaet.org/uploads/media/agendamigra.pdf> [Stand: 15.12.2016].

- Der Paritätische Gesamtverband** (2012a): Leitlinien zur Interkulturellen Öffnung des Paritätischen. URL: [http://www.der-paritaetische.de/index.php?eID=tx\\_nawsecured1&u=0&g=0&t=1408617027&hash=d8082fb60e6090950659075d700c26e1205f0f70&file=/uploads/media/Entwurf\\_IKOe\\_04.04.12.pdf](http://www.der-paritaetische.de/index.php?eID=tx_nawsecured1&u=0&g=0&t=1408617027&hash=d8082fb60e6090950659075d700c26e1205f0f70&file=/uploads/media/Entwurf_IKOe_04.04.12.pdf) [Stand: 25.09.2013].
- Der Paritätische Gesamtverband** (2012b): Wir leben Vielfalt! Wege zur Interkulturellen Öffnung. Berlin.
- Der Spiegel** (1992): Letzte Heimat Deutschland. In: Der Spiegel, Nr. 12, S. 90–97.
- Deutsche Islam Konferenz (DIK)** (2015): Religionssensible soziale Dienstleistungen von und für Muslime. Ein Überblick aus Kommunen und den Mitgliedsorganisationen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW). Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Deutscher Caritasverband e. V. (DCV)** (2006): Vielfalt bewegt Menschen. Interkulturelle Öffnung der Dienste und Einrichtungen der verbändlichen Caritas. Eine Handreichung. Freiburg im Breisgau.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (Deutscher Verein)** (1998): Ältere Migrantinnen und Migranten in Deutschland. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V. Jg. 78, Nr. 5, S. 132–134.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (Deutscher Verein)** (2010): Geschäftsbericht 2010.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (Deutscher Verein)** (2011): Empfehlungen des Deutschen Vereins zur besseren Teilhabe älterer Menschen mit Migrationshintergrund. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V. Jg. 91, Nr. 2, S. 61–71.
- Deutsches Rotes Kreuz (DRK) Generalsekretariat** (Team Migration und Integration) (Hrsg.) (2006): Das Deutsche Rote Kreuz – nicht nur für Deutsche. Dokumentation der Eisenacher Konferenz. Berlin.
- Deutsches Rotes Kreuz (DRK) Generalsekretariat** (Team Migration und Integration) (2007): Das Deutsche Rote Kreuz – nicht nur für Deutsche. Rahmenkonzeption Interkultureller Öffnung im DRK. Berlin.
- Deutsches Rotes Kreuz (DRK) Generalsekretariat (Hrsg.)** (2011): Viele Gesichter – Ein Verband. Die Interkulturelle Öffnung im DRK. Berlin.
- Deutsches Rotes Kreuz (DRK) Generalsekretariat** (Team Migration – Interkulturelle Öffnung – Inklusion) (2013): Interkulturelle Öffnung – konkret! Reader zur Konferenz in Bayreuth vom 20. - 22. September 2012. Berlin.
- Deutsches Rotes Kreuz (DRK) Generalsekretariat / Forum für eine kultursensible Altenhilfe (FkA) (Hrsg.)** (2008): Kultursensible Altenhilfe – konkret! Für ein würdevolles Altern in vertrauter Umgebung. Broschüre zur 1. Fach- und Vernetzungstagung vom 22./23. Oktober 2007 in Berlin. Berlin.
- Deutsches Rotes Kreuz (DRK) Landesverband Westfalen-Lippe e. V. (Hrsg.)** (2013): Empfehlungen zur Hospiz- und Palliativbetreuung von Menschen mit Migrationshintergrund – eine Handreichung. Münster.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)** (Geschäftsstelle Runder Tisch Pflege) (2005): Runder Tisch Pflege. Arbeitsgruppe IV. Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. September 2005 mit aktualisiertem Anhang/Stand 15. September 2005. URL: [http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/ergebnisse\\_runder\\_tisch\\_arbeitsgruppe\\_IV.pdf](http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/ergebnisse_runder_tisch_arbeitsgruppe_IV.pdf) [Stand: 01.09.2016].
- Dezernent für Soziales und Jugend der Stadt Frankfurt am Main** (2006): Partizipative Altersplanung. Entwicklung von Strukturen und Angeboten für heute und morgen. Teil III: Angebote und Hilfen zur selbstbestimmten Lebensführung in stationären Einrichtungen. Frankfurt a. M.
- Di Rosa, Mirko / Melchiorre, Maria G. / Lucchetti, Maria / Lamura, Giovanni** (2012): The impact of migrant work in the elder care sector. Recent trends and empirical evidence in Italy. In: European Journal of Social Work Vol. 15, No. 1, pp. 9–27.
- Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband (Diakonie)** (2014): Arbeitsmigration und Pflege. Strategiepapier und Handreichung für Einrichtungsträger. URL: [https://www.diakonie.de/media/Texte-11\\_2014-Arbeitsmigration-Pflege.pdf](https://www.diakonie.de/media/Texte-11_2014-Arbeitsmigration-Pflege.pdf) [Stand: 13.09.2016].
- Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e. V.** (2005): Interkulturelle Öffnungsprozesse der Diakonie in Berlin und Brandenburg. Berlin.
- Diakonisches Werk der EKD (Diakonie) (Hrsg.)** (1991): Älterwerden in der Fremde. Dokumentation der gleichnamigen Zwischentagung der in der Ausländersozialarbeit stehenden Mitarbeiter(innen) des Diakonischen Werkes der EKD. Vom 11. bis 13. März 1991 in der Evangelischen Sozialakademie Friedewald. Stuttgart: Diakonisches Werk der EKD.
- Diakonisches Werk der EKD (Diakonie)** (2008): Interkulturelle Öffnung in den Arbeitsfeldern der Diakonie. Stuttgart.
- Diekemann, Kai** (2011): Öffnung gelingt in kleinen Schritten. In: Neue Caritas, Nr. 17, S. 15–17.

- Dietrich, Anne** (2001): Die Alten sind doch alle gleich! Oder nicht? Interkulturelle Kompetenz im Gesundheits- und Altenpflegebereich. In: Kaewnetara, Eva / Uske, Hans (Hrsg.): Migration und Alter. Auf dem Weg zu einer kulturkompetenten Altenarbeit. Konzepte – Methoden – Erfahrungen. Duisburg: DISS, Duisburger Institut für Sprach- und Sozialforschung, S. 139–150.
- Dietrich, Marius / Knoche, Heinz / Tischler, Annette** (2004): Gerecht und attraktiv. Die interkulturelle Öffnung sozialer Dienste und Einrichtungen. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Nr. 6, S. 213–215.
- Dietzel-Papakyriakou, Maria** (1987): Krankheit und Rückkehr. Frühinvalidität ausländischer Arbeiter am Beispiel griechischer Rückkehrer. Berlin: EXpress Edition.
- Dietzel-Papakyriakou, Maria** (1988): Eine Gerontologie der Migration? In: IZA – Informationsdienst zur Ausländerarbeit, Nr. 2, S. 42–45.
- Dietzel-Papakyriakou, Maria** (1990): Das Alter der Arbeitsmigranten: Ethnische Ressourcen und doppelte Benachteiligung. In: Zeitschrift für Gerontologie Bd. 23, Nr. 6, S. 345–353.
- Dietzel-Papakyriakou, Maria** (1991a): Ältere ausländische Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.) (1993): Expertisen zum ersten Altenbericht der Bundesregierung – III Aspekte der Lebensbedingungen ausgewählter Bevölkerungsgruppen. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, S. 1–154.
- Dietzel-Papakyriakou, Maria** (1991b): Allgemeine Probleme des Alterns und die besondere Situation der älterwerdenden und altgewordenen Arbeitsmigranten und Arbeitsmigrantinnen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Diakonisches Werk der EKD (Hrsg.): Älterwerden in der Fremde. Dokumentation der gleichnamigen Zwischentagung der in der Ausländersozialarbeit stehenden Mitarbeiter(innen) des Diakonischen Werkes der EKD. Vom 11. bis 13. März 1991 in der Evangelischen Sozialakademie Friedewald. Stuttgart: Diakonisches Werk der EKD, S. 7–15.
- Dietzel-Papakyriakou, Maria** (1993a): Ältere Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Zwischen Ausländersozialarbeit und Altenhilfe. In: IZA – Informationsdienst zur Ausländerarbeit, Nr. 3, S. 43–53.
- Dietzel-Papakyriakou, Maria** (1993b): Altern in der Migration. Die Arbeitsmigranten vor dem Dilemma: zurückkehren oder bleiben? Stuttgart: F. Enke.
- Dietzel-Papakyriakou, Maria** (2005): Potentiale älterer Migranten und Migrantinnen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Vol. 38, Issue 6, S. 396–406.
- Dietzel-Papakyriakou, Maria** (2012): Ein Blick zurück nach vorn: Zwei Jahrzehnte Forschung zu älteren Migrantinnen und Migranten. In: Baykara-Krumme, Helen / Motel-Klingebiel, Andreas / Schimany, Peter (Hrsg.): Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 437–447.
- Dietzel-Papakyriakou, Maria / Olbermann, Elke** (1996): Zum Versorgungsbedarf und zur Spezifik der Versorgung älterer Migrantinnen und Migranten. In: IZA – Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit Jg. 18, Nr. 3 + 4, S. 82–89.
- Dietzel-Papakyriakou, Maria / Olbermann, Elke** (1998): Wohnsituation älterer Migranten in Deutschland. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.): Wohnverhältnisse älterer Migranten. Expertisenband 4 zum Zweiten Altenbericht der Bundesregierung. Frankfurt a. M./New York: Campus Verlag, S. 10–86.
- Dietzel-Papakyriakou, Maria / Olbermann, Elke** (2001): Gesundheitliche Lage und Versorgung alter Arbeitsmigranten in Deutschland. In: Marschalck, Peter / Wiedl, Karl Heinz (Hrsg.): Migration und Krankheit. Osnabrück: Universitätsverlag Rasch, S. 283–311.
- Dill, Helga** (1989): Alte Ausländer in Deutschland. Ein neues Problem sozialer Integration? In: Kardorff, Ernst von / Oppl, Hubert (Hrsg.): Sozialarbeit für und mit alten Menschen. München: Minerva, S. 81–90.
- DiMaggio, Paul J. / Powell, Walter W.** (1983): The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. In: American Sociological Review Vol. 48, No. 2, pp. 147–160.
- DiMaggio, Paul / Powell, Walter W.** (1991): Introduction. In: Powell, Walter W. / DiMaggio, Paul (Eds.): The New Institutionalism in Organizational Analysis. Chicago/London: University of Chicago Press, pp. 1–38.
- Döhner, Hanneli** (1999): Pflege vernetzt – Bausteine zur verbesserten Zusammenarbeit auf struktureller und individueller Ebene. In: Evangelische Impulse: Zeitschrift für die Arbeit mit alten Menschen, Nr. 2, S. 21–25.
- Döhner, Hanneli / Rothgang, Heinz** (2006): Pflegebedürftigkeit. Zur Bedeutung der familialen Pflege für die Sicherung der Langzeitpflege. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz Vol. 49, Issue 6, S. 583–594.
- Domenig, Dagmar** (2001): Einführung in die transkulturelle Pflege. In: Domenig, Dagmar (Hrsg.): Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern: Huber, S. 139–158.

- Domenig, Dagmar** (2003): Transkulturelle Kompetenz: eine Herausforderung für die Gesundheitsversorgung. In: David, Matthias / Borde, Theda (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag, S. 85–103.
- Domenig, Dagmar** (2007): Transkulturelle Organisationsentwicklung. In: Domenig, Dagmar (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Huber, S. 341–368.
- Dornheim, Jutta** (2003): Konzepte zu „Kultur“ und „kultureller Identität“ für die Pflegebildung. Synopse – Kritik – Perspektiven. In: Friebe, Jens / Zalucki, Michaela (Hrsg.): Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bielefeld: W. Bertelsmann, S. 61–82.
- Dornheim, Jutta** (2004): „Wenn ich einmal alt bin ...“ – Vorstellungen von Migrantinnen und Migranten. Nachdenken über eine kultursensible Altenhilfe. In: Migration und Soziale Arbeit Jg. 26, Nr. 2, S. 137–144.
- Douglas, Marilyn K. / Pierce, Joan Uhl / Rosenkoetter, Marlene / Pacquiao, Dula / Callister, Lynn Clark / Hattar-Pollara, Marianne / Lauderdale, Jana / Milstead, Jeri / Nardi, Deena / Purnell, Larry** (2011): Standards of practice for culturally competent nursing care: 2011 update. In: Journal of transcultural nursing Vol. 22, No. 4, pp. 317–333.
- Dowd, James J. / Bengtson, Vern L.** (1978): Aging in Minority Populations. An Examination of the Double Jeopardy Hypothesis. In: Journal of Gerontology Vol. 33, No. 3, S. 427–436.
- Doyle, Martha / Timonen, Virpi** (2009): The different faces of care work: understanding the experiences of the multi-cultural care workforce. In: Ageing and Society Vol. 29, Issue 03, S. 337–350.
- Dronia, Iwona** (2002): Alte Bäume verpflanzt man nicht. Zur Lebenslage älterer Aussiedler. In: IZA – Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit Jg. 24, Nr. 2, S. 50–53.
- Durst, Douglas** (2012): Issues of Cultural Diversity in Long-Term Care. Future Immigration Policies. Challenges and Opportunities for Canada. 14th National Metropolis Conference Toronto, ON Feb 29 – Mar. 3. 2012. URL: [http://atlantic.p2pcanada.ca/wp-content/blogs.dir/1/files/2012/04/Durst\\_Toronto.2012.docx](http://atlantic.p2pcanada.ca/wp-content/blogs.dir/1/files/2012/04/Durst_Toronto.2012.docx) [Stand: 23.06.2015].
- Durst, Douglas / Barrass, Susan** (2014): Issues of Cultural Diversity in Long-Term Care. In: Kilbride, Kenise Murphy (Ed.): Immigrant integration. Research implications for future policy. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc., pp. 245–260.
- Dwyer, Peter / Papadimitriou, Dimitris** (2006): The Social Security Rights of Older International Migrants in the European Union. In: Journal of Ethnic and Migration Studies Vol. 32, No. 8, pp. 1301–1319.
- Eberding, Angela / Schlippe, Arist v.** (2001): Konzepte der multikulturellen Beratung und Behandlung von Migranten. In: Marschalck, Peter / Wiedl, Karl Heinz (Hrsg.): Migration und Krankheit. Osnabrück: Universitätsverlag Rasch, S. 261–282.
- Eberhard, Daniel / Kobel, Angela / Leuenberger, Peter M.** (2003): Migration & Alter. Ein exemplarischer Leitfaden für Alters- und Pflegeheime. Projektwerkstatt der Fachhochschule Solothurn Nordwestschweiz im Auftrag des SRK Dempartment Migration. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz.
- Ebner, Angelika** (1982): 3. Die Situation der ausländischen Familien in der Bundesrepublik Deutschland. In: Geißler, Heiner (Hrsg.): Ausländer in Deutschland – Für eine gemeinsame Zukunft. Band I: Entwicklungen und Prognosen. München/Wien: Günter Olzog Verlag, S. 60–73.
- Eggeling, Lutz** (2011): IKÖ – Manager/in in der Sozialwirtschaft. Neue ESF-Qualifizierungsmaßnahme des DRK für mehr interkulturelle Handlungskompetenz. In: Deutsches Rotes Kreuz Generalsekretariat (Hrsg.): Viele Gesichter – Ein Verband. Die Interkulturelle Öffnung im DRK. Berlin, S. 38.
- Elliott, Michael A.** (2007): Human Rights and the Triumph of the Individual in World Culture. In: Cultural Sociology Vol. 1, No. 3, pp. 343–363.
- El-Nawab, Susanne** (2006): Wechseln Sie die Perspektive! In: Altenpflege Jg. 31, Nr. 1, S. 57.
- Elrick, Jennifer** (2013): Kanada. In: focus Migration, Länderprofil, Nr. 8, S. 1–13.
- Endruweit, Günter** (2004): Organisationssoziologie. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Engler, Marcus** (2012): Frankreich. In: focus Migration, Länderprofil, Nr. 2, S. 1–11.
- Eppe, Claus** (2012): Aktives Altern älterer Menschen mit Zuwanderungsgeschichte – Das Projekt “Active Ageing of Migrant Elders Across Europe” (AAMEE). In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.): Altern in der Migrationsgesellschaft. Dossier. Berlin, S. 67–72.
- Eppenstein, Thomas** (2007): Interkulturelle Kompetenz – Zumutung oder Zauberformel? Ansprüche und Aporien kultursensibler Sozialer Arbeit im Zeichen der Integration. In: Zacharaki, Ioanna / Eppenstein, Thomas / Krummacker, Michael (Hrsg.): Praxishandbuch interkulturelle Kompetenz vermitteln, vertiefen, umsetzen. Theorie und Praxis für die Aus- und Weiterbildung. Schwalbach/Ts.: Wochenschau-Verlag, S. 29–43.
- Eppenstein, Thomas / Kiesel, Doron** (2008): Soziale Arbeit interkulturell. Theorien – Spannungsfelder – reflexive Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.

- Eppenstein, Thomas / Kiesel, Doron** (2009): Vielfalt in der Migrationsgesellschaft interkultivieren. In: Migration und Soziale Arbeit Jg. 31, Nr. 3/4, S. 222–228.
- Eribes, Richard A. / Bradley-Rawls, Martha** (1978): The Underutilization of Nursing Home Facilities by Mexican-American Elderly in the Southwest. In: *The Gerontologist* Vol. 18, No. 4, pp. 363–371.
- Ernst, Jörg** (2004): Die Bedeutung von Vernetzungsstrukturen für die interkulturelle Öffnung. In: Deutscher Caritasverband e. V. (Hrsg.): *Brücken bauen – Fäden spinnen. Interkulturelle Öffnung der Caritas und die Rolle des Migrationsdienstes. Dokumentation: Fachtagung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Caritas*, 14. - 16. Mai 2003, Gustav-Stresemann-Institut e. V., Bonn. Freiburg im Breisgau: Deutscher Caritasverband e. V., Referat Migration und Integration, S. 62–70.
- Ersanilli, Evelyn** (2014a): Niederlande. In: *focus Migration, Länderprofil*, Nr. 11, S. 1–15.
- Ersanilli, Evelyn** (2014b): Vereinigtes Königreich. In: *focus Migration, Länderprofil*, Nr. 12, S. 1–13.
- Ertl, Angelika** (2001): Kultursensible Pflege – das Nadelöhr zu einer individuellen Pflege für alle. In: Kaewntara, Eva / Uske, Hans (Hrsg.): *Migration und Alter. Auf dem Weg zu einer kulturkompetenten Altenarbeit. Konzepte – Methoden – Erfahrungen*. Duisburg: DISS, Duisburger Institut für Sprach- und Sozialforschung, S. 117–137.
- Ertl, Angelika** (2012): 10 Jahre „Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe“ – ein Plädoyer für eine migrations- und kultursensible Altenhilfe. In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.): *Altern in der Migrationsgesellschaft. Dossier*. Berlin, S. 42–47.
- Esping-Andersen, Gøsta** (1990): *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton/N. J.: Princeton University Press.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (EFILWC)** (2006): *Employment in social care in Europe*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- European Migration Network (EMN)** (2014): *Migrant access to social security and healthcare: policies and practice*. European Migration Network Study 2014. URL: [http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/networks/european\\_migration\\_network/reports/docs/emn-studies/emn\\_synthesis\\_report\\_migrant\\_access\\_to\\_social\\_security\\_2014\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/networks/european_migration_network/reports/docs/emn-studies/emn_synthesis_report_migrant_access_to_social_security_2014_en.pdf) [Stand: 13.12.2016].
- European Network on Intercultural Elderly Care (ENIEC)** (2010): *Policy advice report on Intercultural Elderly Care*. URL: [http://www.eniec.eu/welcome/images/stories/policy\\_advice\\_minister\\_of\\_migration\\_and\\_european\\_affairs.pdf](http://www.eniec.eu/welcome/images/stories/policy_advice_minister_of_migration_and_european_affairs.pdf) [Stand: 21.05.2015].
- European Network on Intercultural Elderly Care (ENIEC)** (2012): *Sefkat officially open now*. In: ENIEC (European Network on Intercultural Elderly Care) Newsletter, No. 51, pp. 7.
- Evans, Jeffrey** (1987): Introduction – Migration and Health. In: *International Migration Review* Vol. xxi, No. 3, pp. v–xiv.
- Fabian, Thomas / Straka, Gerald A.** (1991): Ältere türkische Migranten und Migrantinnen in der Spätphase des Erwerbslebens und im Ruhestand. In: *Zeitschrift für Gerontologie* Bd. 24, Nr. 5, S. 285–292.
- Fabian, Thomas / Straka, Gerald A. / Karayilmaz, Kaan / Will, Jörg** (1990): Rückkehr in die Heimat oder Verbleib in der Bundesrepublik Deutschland als zentrales Lebensthema älterer Türken. In: *Psychologie und Gesellschaftskritik* Jg. 14, Nr. 4, S. 81–93.
- Fandetti, Donald V. / Gelfand, Donald E.** (1976): Care of the Aged. Attitudes of White Ethnic Families. In: *The Gerontologist* Vol. 16, No. 6, pp. 544–549.
- Fassmann, Heinz** (2006): Der Integrationsbegriff: missverständlich und allgegenwärtig – eine Erläuterung. In: Oberlechner, Manfred (Hrsg.): *Die missglückte Integration? Wege und Irrwege in Europa*. Wien: Braumüller, S. 225–238.
- Fassmann, Heinz** (2012): Ruhestandswanderungen und stationäres Altern. In: Baykara-Krumme, Helen / Motel-Klingebiel, Andreas / Schimany, Peter (Hrsg.): *Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 365–384.
- Feng, Zhanlian / Fennell, Mary L. / Tyler, Denise A. / Clark, Melissa / Mor, Vincent** (2011): The Care Span: Growth of racial and ethnic minorities in US nursing homes driven by demographics and possible disparities in options. In: *Health Affairs (Project Hope)* Vol. 30, No. 7, pp. 1358–1365.
- Fennell, Mary L. / Feng, Zhanlian / Clark, Melissa A. / Mor, Vincent** (2010): Elderly hispanics more likely to reside in poor-quality nursing homes. In: *Health Affairs (Project Hope)* Vol. 29, No. 1, pp. 65–73.
- Fibbi, Rosita / Bolzman, Claudio / Vial, Marie** (1999): *Alter und Migration. Europäische Projekte mit älteren Migranten und Migrantinnen*. Zürich: Pro Senectute Schweiz.

- Filsinger, Dieter** (2002): Expertise. Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste. Saarbrücken/Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend; Regiestelle E&C der Stiftung SPI.
- Filsinger, Dieter** (2006): Strategien und Hindernisse auf dem Weg zur interkulturellen Orientierung und Öffnung. In: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (Hrsg.): Die Umsetzung der interkulturellen Öffnung in unterschiedlichen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit. Eine Arbeitshilfe für die Praxis. Bonn, S. 13–21.
- Fineman, Norman** (1991): The Social Construction of Noncompliance: Implications for Cross-Cultural Geriatric Practice. In: *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, No. 6, pp. 219–227.
- Fischer, Veronika** (2005): Interkulturelle Kompetenz – ein neues Anforderungsprofil für die pädagogische Profession. In: Fischer, Veronika / Springer, Monika / Zacharak, Ioanna (Hrsg.): *Interkulturelle Kompetenz. Fortbildung – Transfer – Organisationsentwicklung*. Schwalbach/Ts.: Wochenschau Verlag, S. 33–47.
- Fischer, Veronika** (2007): Interkulturelle Öffnung von Organisationen. In: Fischer, Veronika (Hrsg.): *Chancengleichheit herstellen – Vielfalt gestalten. Anforderungen an Organisations- und Personalentwicklung in der Einwanderungsgesellschaft*. Berlin: Frank & Timme, S. 37–52.
- Flick, Uwe** (2007): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Fligstein, Neil / McAdam, Doug** (2012a): Grundzüge einer allgemeinen Theorie strategischer Handlungsfelder. In: Bernhard, Stefan / Schmidt-Wellenburg, Christian (Hrsg.): *Feldanalyse als Forschungsprogramm 1. Der programmatische Kern*. Wiesbaden: Springer VS, S. 57–97.
- Fligstein, Neil / McAdam, Doug** (2012b): *A theory of fields*. Oxford u. a.: Oxford University Press.
- Florian, Michael** (2008): Felder und Institutionen. Der soziologische Neo-Institutionalismus und die Perspektiven einer praxistheoretischen Institutionenanalyse. In: *Berliner Journal für Soziologie* Jg. 18, Nr. 1, S. 129–155.
- Fokkema, Tineke / Naderi, Robert** (2013): Differences in late-life loneliness: a comparison between Turkish and native-born older adults in Germany. In: *European Journal of Ageing* Vol. 10, No. 4, pp. 289–300.
- Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V.** (2003): *Lebens- und Bedarfslagen älter werdender Migrantinnen und Migranten. Exemplarische Untersuchung der Lebenssituation älterer Menschen türkischer Herkunft im Kreis Unna*. Dortmund.
- Forssell, Emilia / Torres, Sandra** (2012): Social work, older people and migration: an overview of the situation in Sweden. In: *European Journal of Social Work* Vol. 15, No. 1, pp. 115–130.
- Forssell, Emilia / Torres, Sandra / Olaison, Anna** (2015): Care managers' experiences of cross-cultural needs assessment meetings. The case of late-in-life immigrants. In: *Ageing and Society* Vol. 35, No. 03, pp. 576–601.
- Forster, Ruth** (2004): Der Status Quo genügt nicht! Von der Antidiskriminierung zu einem Konzept der Vielfalt. In: *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit* Jg. 55, Nr. 2, S. 53–54.
- Forum für eine kultursensible Altenhilfe (FKA)** (2012a): „Welche Rahmenbedingungen braucht die Pflege für die Umsetzung der Kultursensibilität?“ – Fachtagung 28. November 2012 Ludwigshafen. Ergebnisse Workshops „Hürden und Möglichkeiten einer kultursensiblen Pflege“. Ein Empfehlungskatalog für eine kultursensible Pflege. Teil I Impulse und Empfehlungen für Pflege-Einrichtungen. URL: [http://www.caritas-frankfurt.de/aspect\\_shared/download.asp?id=6D469070B8C0817BAE476B575F66B8BA53156C215CB2A3F7B8B7C09615CCAA583C1AA01862F9210CCED46DB54C9682DB&Description=KSA%3A%20Impulse%20und%20Empfehlungen%20f%FCr%20Pflegeeinrichtungen&Filename=KuSe-Empfehlungen%20f%FCr%20Einrichtungen%20LH%2020122012\\_endNov2013.pdf](http://www.caritas-frankfurt.de/aspect_shared/download.asp?id=6D469070B8C0817BAE476B575F66B8BA53156C215CB2A3F7B8B7C09615CCAA583C1AA01862F9210CCED46DB54C9682DB&Description=KSA%3A%20Impulse%20und%20Empfehlungen%20f%FCr%20Pflegeeinrichtungen&Filename=KuSe-Empfehlungen%20f%FCr%20Einrichtungen%20LH%2020122012_endNov2013.pdf) [Stand: 08.08.2014].
- Forum für eine kultursensible Altenhilfe (FKA)** (2012b): „Welche Rahmenbedingungen braucht die Pflege für die Umsetzung der Kultursensibilität?“ – Fachtagung 28. November 2012 Ludwigshafen. Ergebnisse Workshop Stationär: Hürden und Möglichkeiten einer kultursensiblen Pflege. Möglichkeiten? URL: [http://www.demenz-rlp.de/fileadmin/pdf/2012-11-28\\_Ergebnisse\\_Workshop2.pdf](http://www.demenz-rlp.de/fileadmin/pdf/2012-11-28_Ergebnisse_Workshop2.pdf) [Stand: 06.08.2014].
- Forum für eine kultursensible Altenhilfe (FKA)** (2012c): „Welche Rahmenbedingungen braucht die Pflege für die Umsetzung der Kultursensibilität?“ – Fachtagung 28. November 2012 Ludwigshafen. Ergebnisse Workshop Ambulant: Hürden und Möglichkeiten einer kultursensiblen Pflege. Möglichkeiten? URL: [http://www.demenz-rlp.de/fileadmin/pdf/2012-11-28\\_Ergebnisse\\_Workshop1.pdf](http://www.demenz-rlp.de/fileadmin/pdf/2012-11-28_Ergebnisse_Workshop1.pdf) [Stand: 07.08.2014].
- Franzen, Axel** (2014): Antwortskalen in standardisierten Befragungen. In: Baur, Nina / Blasius, Jörg (Hrsg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS, S. 701–711.
- Freise, Josef** (2013): Situationsorientierte Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft als Weiterführung der interkulturellen Sozialen Arbeit. In: *Migration und Soziale Arbeit* Jg. 35, Nr. 3, S. 270–276.
- French Contact Point for the European Migration Network (French NCP for the EMN)** (2014): *Migrant Access to Social Security and Healthcare in France*. URL: [http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/networks/european\\_migration\\_network/reports/docs/emn-studies/illegally-resident/09a.france\\_national\\_report\\_social\\_security\\_en\\_version.pdf](http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/networks/european_migration_network/reports/docs/emn-studies/illegally-resident/09a.france_national_report_social_security_en_version.pdf) [Stand: 13.12.2016].
- Frerk, Carsten** (2012): *Caritas und Diakonie in Deutschland*. Aschaffenburg: Alibri Verlag.

- Frey, Martin** (1986): Direkte und indirekte Rückkehrförderung seitens der Aufnahmeländer – Überblick. In: Körner, Heiko / Mehrländer, Ursula (Hrsg.): Die „neue“ Ausländerpolitik in Europa. Erfahrungen in den Aufnahme- und Entsendeländern. Bonn: Verlag Neue Gesellschaft, S. 15–63.
- Frick, Joachim R. / Grabka, Markus M. / Groh-Samberg, Olaf / Hertel, Florian R. / Tucci, Ingrid** (2009): Alterssicherung von Personen mit Migrationshintergrund. Endbericht zum Auftrag des BMAS. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Friebe, Jens** (2002): Interkulturelle Kompetenz: Herausforderung für die Altenhilfe? In: ProAlter, Nr. 4, S. 72–75.
- Friedland, Roger / Alford, Robert R.** (1991): Bringing Society Back In: Symbols, Practices, and Institutional Contradictions. In: Powell, Walter W. / DiMaggio, Paul (Eds.): The New Institutionalism in Organizational Analysis. Chicago/London: University of Chicago Press, pp. 232–263.
- Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.)** (2015): Gesundheitsversorgung und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft. Dokumentation der Konferenz am 21. April 2015. URL: <http://library.fes.de/pdf-files/dialog/11551.pdf> [Stand: 05.05.2017].
- Fröse, Marlies W.** (2006): Vive la difference – Managing Diversity. In: Götzelmann, Arnd / Schwendemann, Wilhelm (Hrsg.): Inter-Kulturalität. Evangelische Hochschulperspektiven Band 2. Freiburg im Breisgau: FEL, Verlag Forschung, Entwicklung, Lehre, S. 169–180.
- Fuchs, Claudia** (2002): Wie stellen sich türkische Senioren/innen das Leben im Altenheim in Deutschland vor? Eine empirische Erhebung zur Bedürfnissituation türkischer Senioren in Berlin. In: IZA – Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit Jg. 24, Nr. 3/4, S. 75–79.
- Funcke, Liselotte** (1991): Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für die Integration der ausländischen Arbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen. Bonn: Beauftragte der Bundesregierung für die Integration der ausländischen Arbeitnehmer und ihrer Familien.
- Gabriel, Karl** (2015): Freie Wohlfahrtspflege in Deutschland. Zwischen eigenem Profil und staatlicher Regulierung. In: Brandenburg, Hermann / Güther, Helen / Proft, Ingo (Hrsg.): Kosten kontra Menschlichkeit. Herausforderungen an eine gute Pflege im Alter. Ostfildern: Matthias Grünewald Verlag, S. 207–221.
- Gaitanides, Stefan** (1993): Multikulturelle Soziale Dienste. Auf dem Weg zu einer multikulturellen Öffnung der Systeme der sozialen und psychosozialen Versorgung. In: sozialmagazin Jg. 18, Nr. 6, S. 16–26.
- Gaitanides, Stefan** (1996): Stolpersteine auf dem Weg zur interkulturellen Öffnung der Sozialen Dienste. In: IZA – Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit Jg. 18, Nr. 3 + 4, S. 41–46.
- Gaitanides, Stefan** (1999): Zugangsbarrieren von MigrantInnen zu den sozialen und psychosozialen Diensten und Strategien interkultureller Öffnung. In: IZA – Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit Jg. 21, Nr. 3-4, S. 41–45.
- Gaitanides, Stefan** (2001a): Zugangsbarrieren von Migrant(inn)en zu den sozialen und psychosozialen Diensten und Strategien interkultureller Öffnung. In: Auernheimer, Georg (Hrsg.): Migration als Herausforderung für pädagogische Institutionen. Opladen: Leske + Budrich, S. 181–194.
- Gaitanides, Stefan** (2001b): Veränderte Aufgabenbestimmung der Migrationssozialarbeit und interkulturelle Öffnung der Regeldienste. In: IZA – Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit Jg. 23, Nr. 1, S. 52–56.
- Gaitanides, Stefan** (2002): Qualitätsstandards zur interkulturellen Teamentwicklung. Teil 2. In: IZA – Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit Jg. 24, Nr. 1, S. 5.
- Gaitanides, Stefan** (2004a): „Interkulturelle Öffnung der sozialen Dienste“ – Visionen und Stolpersteine. In: Rommelspacher, Birgit (Hrsg.): Die offene Stadt. Interkulturalität und Pluralität in Verwaltungen und sozialen Diensten. Dokumentation der Fachtagung vom 23.09.2003, Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin. Berlin: Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin, S. 4–18.
- Gaitanides, Stefan** (2004b): Interkulturelle Öffnung der sozialen Dienste. In: Sozial extra, Nr. 5, S. 34–36.
- Gaitanides, Stefan** (2006): Stolpersteine auf dem Weg zur interkulturellen Öffnung der Sozialen Dienste. In: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (Hrsg.): Die Umsetzung der interkulturellen Öffnung in unterschiedlichen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit. Eine Arbeitshilfe für die Praxis. Bonn, S. 22–26.
- Gaitanides, Stefan** (2011): Interkulturelle Öffnung Sozialer Dienste. In: Kunz, Thomas / Puhl, Ria (Hrsg.): Arbeitsfeld Interkulturalität. Grundlagen, Methoden und Praxisansätze der Sozialen Arbeit in der Zuwanderungsgesellschaft. Weinheim/München: Juventa, S. 204–215.
- Gallouj, Camal / Gallouj, Karim** (2008): Auf Kurs in Richtung liberal-residualer Wohlfahrtsstaat? Das französische Wohlfahrtssystem. In: Schubert, Klaus / Hegelich, Simon / Bazant, Ursula (Hrsg.): Europäische Wohlfahrtssysteme. Ein Handbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 207–238.
- Gasser, Karin** (2014): Dolmetschen im Gesundheitswesen: per Telefon und vor Ort. Situation in den Niederlanden. Amsterdam: Bundesamt für Gesundheit, Direktionsbereich Gesundheitspolitik (Schweiz).

- Gasser, Uli** (2013): Lebenssituation von Senioren mit Migrationshintergrund. In: MiGAZIN, 23.04.2013, URL: <http://www.migazin.de/2013/04/23/lebenssituationen-von-senioren-mit-migrationshintergrund/> [Stand: 17.02.2014].
- Geiger, Ingrid** (1996): Gesundsein zwischen den Kulturen. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Nr. 3, S. 63–66.
- Geiger, Ingrid** (1998): Altern in der Fremde – zukunftsweisende Herausforderungen für Forschung und Versorgung. In: David, Matthias / Borde, Theda / Kentenich, Heribert (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag, S. 167–184.
- Geiger, Ingrid / Brandenburg, Hermann** (2000): Seniorinnen und Senioren ausländischer Herkunft. In: Wahl, Hans-Werner / Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer, S. 281–289.
- Geiger, Ingrid Katharina / Razum, Oliver** (2006): Migration: Herausforderungen für die Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, Klaus / Laaser, Ulrich / Razum, Oliver (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim/München: Juventa, S. 719–746.
- Geiger, Klaus F.** (2005): Der aktuelle Stellenwert des Interkulturellen in der Pflegeausbildung. Ergebnisse einer Untersuchung an Pflegeschulen in einer hessischen Großstadt. In: Migration und Soziale Arbeit, Nr. 1, S. 60–68.
- Geisler, Friederike** (2012): Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund. Geblieben und alt geworden. In: MDK forum, Nr. 2, S. 9-10.
- Gelfand, Donald E.** (1986): Assistance to the New Russian Elderly. In: The Gerontologist Vol. 26, No. 4, pp. 444–448.
- Gelfand, Donald E.** (1989): Immigration, Aging, and Intergenerational Relationships. In: The Gerontologist Vol. 29, No. 3, pp. 366–372.
- Gerling, Vera** (1998): Podiumsdiskussion. In: Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.): Ältere Ausländer und Ausländerinnen in Deutschland. Dokumentation der Fachtagung „Ausländische und deutsche Seniorinnen und Senioren gemeinsam: Modelle und Perspektiven gesellschaftlicher Partizipation und Integration“. Stuttgart: Kohlhammer, S. 121–133.
- Gerling, Vera** (2001): Soziale Dienste für zugewanderte Senioren/innen. Erfahrungen aus Deutschland und Großbritannien und ein Vergleich kommunaler Praxis der Partnerstädte Dortmund und Leeds. Dortmund.
- Gerling, Vera** (2002): Zugewanderte Senioren / innen in Deutschland und Großbritannien: Soziodemographische Strukturdaten, Lebenslagen und soziale Dienste der Altenhilfe im Vergleich. In: Sozialer Fortschritt, Nr. 6, S. 149–158.
- Gerling, Vera** (2003a): Die britische und deutsche Antwort der Altenhilfe auf zugewanderte Senioren/innen im Vergleich. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Vol. 36, Issue 3, S. 216–222.
- Gerling, Vera** (2003b): SEEM Final Report (Phase I). Personal Social Services for Elders from Black and Minority Ethnic Groups in Leeds (Great Britain), Lille (France), Dortmund (Germany) and Gothenburg (Sweden): Backgrounds, Local Strategies for Delivery, Examples of Good Practice and Recommendations for further Strategies of Action. URL: <http://www.iatge.de/aktuell/veroeff/2003/gerling05.pdf> [Stand: 08.05.2012].
- Gerling, Vera** (2009): Minority Ethnic Elders in Germany and the UK. In: Walker, Alan / Naegele, Gerhard (Eds.): Social Policy in Ageing Societies. Britain and Germany Compared. Houndmills i. a.: Palgrave Macmillan, pp. 125–141.
- Gerlinger, Thomas** (2016): Rückblick auf die Gesundheitspolitik im Jahr 2015. In: Zeitschrift für Sozialreform Jg. 62, Nr. 1, S. 35–47.
- Gibson, Rose C.** (1989): Minority Aging Research: Opportunity and Challenge. In: Journal of Gerontology Vol. 44, No. 1, pp. S2–S3.
- Giering, Werner** (1983): Mustafa im Altenheim. In: Altenheim, Nr. 3, S. 58.
- Giuntoli, Gianfranco / Cattan, Mima** (2012): The experiences and expectations of care and support among older migrants in the UK. In: European Journal of Social Work Vol. 15, No. 1, pp. 131–147.
- Gladis, Saskia / Kowoll, Magdalena / Schröder, Johannes** (2014): Versorgungssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in der Pflege (VäMP). Eine Studie im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung. Abschlussbericht. URL: [http://www.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/dateien/Remote/sm/abschlussbericht\\_vaemp\\_kd.pdf](http://www.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/dateien/Remote/sm/abschlussbericht_vaemp_kd.pdf) [Stand: 04.12.2016].
- Gleich, Verena** (2011): Das Kompetenz-Zentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe, Berlin. In: Migration und Soziale Arbeit Jg. 33, Nr. 1, S. 42–43.
- Glendinning, Caroline** (2013): Long Term Care Reform in England: A Long and Unfinished Story. In: Ranci, Costanzo / Pavolini, Emmanuele (Eds.): Reforms in long-term care policies in Europe. Investigating institutional change and social impacts. New York: Springer, pp. 179–200.

- Glodny, Susanne / Yilmaz-Aslan, Yüce / Razum, Oliver** (2010): Häusliche Pflege bei Migrantinnen und Migranten. In: Informationsdienst Altersfragen Jg. 37, Nr. 06, S. 9–12.
- Goffman, Erving** (1983): *Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag*. München: Piper.
- Gohde, Jürgen** (2012): Für mehr Selbstbestimmung im Alter. In: Pohlmann, Stefan (Hrsg.): *Altern mit Zukunft*. Wiesbaden: Springer VS, S. 255–274.
- Golombek, Josephine / Fleßa, Steffen** (2011): Einflussfaktoren auf die Verweildauer im Beruf und die Standortwahl des Arbeitsplatzes bei Gesundheits- und Krankenpflegern. In: *HeilberufeScience* Vol. 2, Issue 1, S. 3–10.
- Goorts, Inge** (2009): A guide on intercultural human resource management in the care sector for the disabled. In: ENIEC (European Network on Intercultural Elderly Care) Newsletter, No. 27, pp. 2–3.
- Goris, Birgit** (2009): Alterung von Migranten. Der Bedarf einer kultursensiblen Betreuung und Pflege für ältere Allothone. In: *Migration und Soziale Arbeit* Jg. 31, Nr. 2, S. 137–142.
- Gosepath, Stefan** (2013): Gleichheit: Begriffsgeschichte und aktuelle Debatten. In: Sedmak, Clemens (Hrsg.): *Gleichheit. Vom Wert der Nichtdiskriminierung*. Darmstadt: WBG, S. 19–31.
- Greene, Vernon L. / Monahan, Deborah J.** (1984): Comparative Utilization of Community Based Long Term Care Services by Hispanic and Anglo Elderly in a Case Management System. In: *Journal of Gerontology* Vol. 39, No. 6, pp. 730–735.
- Greenwood, Royston / Suddaby, Roy / Hinings, Christopher R.** (2002): Theorizing Change: The Role of Professional Associations in the Transformation of Institutionalized Fields. In: *Academy of Management Journal* Vol. 45, No. 1, pp. 58–80.
- Gregull, Elisabeth** (2012): „Bewusstsein ändert sich ja nicht von heute auf morgen“ – Das multikulturelle Seniorenheim „Haus am Sandberg“ in Duisburg. In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.): *Altern in der Migrationsgesellschaft*. Dossier. Berlin, S. 54–57.
- Grell, Britta / Lammert, Christian** (2013): *Sozialpolitik in den USA. Eine Einführung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Greschner, Kurt / Buntenbach, Annelie** (2011): Fachkräfte in Indien ausbilden? Pro und Contra. In: *Altenpflege* Jg. 36, Nr. 6, S. 32.
- Grieger, Dorothea** (2003): Die Situation der älteren Migrantinnen und Migranten in Deutschland. In: *Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration* (Hrsg.): *Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin*. Berlin, S. 132–134.
- Grieger, Dorothea** (2011): Soziale Lage von und interkulturelle Sozialarbeit mit älteren MigrantInnen. In: *Migration und Soziale Arbeit* Jg. 33, Nr. 1, S. 8–13.
- Gries, Marie-Luise** (1999a): Eine Gesellschaft für alle Lebensalter. Liegt das Internationale in der Ferne? In: *AID – Ausländer in Deutschland*, Nr. 2, S. 6.
- Gries, Marie-Luise** (1999b): Eine Gesellschaft für alle Lebensalter. Jahr der Senioren – international? In: *AID – Ausländer in Deutschland*, Nr. 1, S. 13.
- Griese, Christiane / Marburger, Helga** (2012): *Interkulturelle Öffnung – Genese, Konzepte, Diskurse*. In: Griese, Christiane / Marburger, Helga (Hrsg.): *Interkulturelle Öffnung. Ein Lehrbuch*. München: Oldenbourg, S. 1–23.
- Grigoszat, Jana** (2004): *Interkulturelle Öffnung konkret – Notwendige Strukturen für interkulturelles Arbeiten in einzelnen Praxisfeldern der Caritas. Impulsreferat Praxisfeld Altenhilfe. Interkulturelle Öffnung des Pflegezentrums St. Marienhaus Berlin-Kreuzberg*. In: Deutscher Caritasverband e. V. (Hrsg.): *Brücken bauen – Fäden spinnen. Interkulturelle Öffnung der Caritas und die Rolle des Migrationsdienstes. Dokumentation: Fachtagung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Caritas, 14. - 16. Mai 2003, Gustav-Stresemann-Institut e. V., Bonn. Freiburg im Breisgau: Deutscher Caritasverband e. V., Referat Migration und Integration, S. 83–89*.
- Grigoszat, Jana** (2005): *Alt werden in der Fremde*. In: *Neue Caritas Jahrbuch*, S. 126–129.
- Grohs, Stephan / Schneiders, Katrin / Heinze, Rolf G.** (2014): *Mission Wohlfahrtsmarkt. Institutionelle Rahmenbedingungen, Strukturen und Verbreitung von Social Entrepreneurship in Deutschland*. Baden-Baden: Nomos.
- Groner, Birgit** (2012): *Weiterbildung Kulturelle MittlerInnen – Konzeptionelles und Didaktisches*. In: Aschenbrenner-Wellmann, Beate / Groner, Birgit (Hrsg.): *Kulturelle MittlerInnen in der Migrationsgesellschaft. Theoretische Grundlagen, konzeptionelle Überlegungen, Evaluationsergebnisse und Praxisbeispiele*. Stuttgart: Evangelische Gesellschaft, S. 61–78.
- Gröning, Katharina / Lietzau, Yvette** (2011): *Pflege*. In: Otto, Hans-Uwe / Thiersch, Hans (Hrsg.): *Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik*. München/Basel: Reinhardt, S. 1079–1088.

- Gronthoud, Wendela / Witter, Yvonne** (2009): Foe Ooi Leeuw, House to live together in harmony. In: ENIEC (European Network on Intercultural Elderly Care) Newsletter, No. 30, pp. 4–5.
- Grünhage-Monetti, Matilde (Hrsg.)** (2006): Interkulturelle Kompetenz in der Zuwanderungsgesellschaft. Fortbildungskonzepte für kommunale Verwaltungen und Migrantenorganisationen. Bielefeld: Bertelsmann, wbv.
- Guttman, David** (1979): Use of Informal and Formal Supports by White Ethnic Aged. In: Gelfand, Donald E. / Kutzik, Alfred J. (Eds.): *Ethnicity and Aging. Theory, Research, and Policy*. New York: Springer, pp. 246–262.
- Haberkern, Klaus** (2009): *Pflege in Europa. Familie und Wohlfahrtsstaat*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Habermann, Monika** (1998): Pflegebedürftig in der Fremde? Zur Theorie und Praxis der interkulturellen Pflege. In: David, Matthias / Borde, Theda / Kentenich, Heribert (Hrsg.): *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*. Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag, S. 153–165.
- Habermann, Monika** (2002): *Interkulturelles Management in der Altenpflege. Eine Einführung*. URL: [http://www.die-frankfurt.de/espid/dokumente/doc-2002/habermann01\\_02.htm](http://www.die-frankfurt.de/espid/dokumente/doc-2002/habermann01_02.htm) [Stand: 09.12.2013].
- Habermann, Monika** (2003): „Interkulturelle Kompetenz“ – Schlagwort oder handlungsleitende Zielvorstellung in der Altenpflege? In: *Pflege und Gesellschaft* Jg. 8, Nr. 1, S. 11–16.
- Habermann, Monika** (2011): Ältere Migranten in der pflegerischen Versorgung. In: Kunz, Thomas / Puhl, Ria (Hrsg.): *Arbeitsfeld Interkulturalität. Grundlagen, Methoden und Praxisansätze der Sozialen Arbeit in der Zuwanderungsgesellschaft*. Weinheim/München: Juventa, S. 132–139.
- Habermann, Monika / Brinkmann, Dieter / Schäfer, Gabriele / Stagge, Maya** (2013): Integration, Prävention und Partizipation – niedrigschwellige Angebotsentwicklung für Migrant/innen im Stadtteil. Ein Werkstattbericht. In: *sozialmagazin*, Nr. 5-6, S. 38–47.
- Habermann, Monika / Schenk, Liane / Albrecht, Niels-Jens / Gavranidou, Maria / Lindert, Jutta / Butler, Jeffrey** (2009): Planung und Steuerung der Pflegeversorgung auch für Migranten und Migrantinnen? – Eine Analyse der Pflege- und Gesundheitsberichterstattung in der ambulanten und stationären Altenpflege. In: *Das Gesundheitswesen* Jg. 71, Nr. 06, S. 363–367.
- Habermann, Monika / Stagge, Maya** (2015): Menschen mit Migrationshintergrund in der professionellen Pflege. In: Zängl, Peter (Hrsg.): *Zukunft der Pflege. 20 Jahre Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege*. Wiesbaden: Springer VS, S. 161–175.
- Habermas, Jürgen** (1995): *Theorie des kommunikativen Handelns*. Band 2. Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Hackett, Sarah** (2012): Integration im kommunalen Raum: Bremen und Newcastle-upon-Tyne im Vergleich. In: Oltmer, Jochen / Kreienbrink, Axel / Sanz Díaz, Carlos (Hrsg.): *Das „Gastarbeiter“-System. Arbeitsmigration und ihre Folgen in der Bundesrepublik Deutschland und Westeuropa*. München: Oldenbourg, S. 247–259.
- Hackmann, Tobias / Moog, Stefan** (2010): Pflege im Spannungsfeld von Angebot und Nachfrage. In: *Zeitschrift für Sozialreform* Jg. 56, Nr. 1, S. 113–135.
- Hagemann, Tim / Vaudt, Susanne** (2012): Strategien und Instrumente der Organisationsentwicklung zur Interkulturellen Öffnung. In: Griese, Christiane / Marburger, Helga (Hrsg.): *Interkulturelle Öffnung. Ein Lehrbuch*. München: Oldenbourg, S. 61–77.
- Hahn, Kathrin** (2011): *Alter, Migration und Soziale Arbeit. Zur Bedeutung von Ethnizität in Beratungsgesprächen der Altenhilfe*. Bielefeld: transcript.
- Hahn, Kathrin** (2013): Soziale Altenarbeit mit Migrantinnen und Migranten – Herausforderungen und Perspektiven für die Altenhilfe. In: *Sozialer Fortschritt* Jg. 62, Nr. 4, S. 105–109.
- Halm, Dirk / Sauer, Martina** (2015): Soziale Dienstleistungen der in der Deutschen Islam Konferenz vertretenen religiösen Dachverbände und ihrer Gemeinden. Studie im Auftrag der Deutschen Islam Konferenz. Berlin: Bundesministerium des Innern.
- Hamburger, Franz** (1996): Kommunale Sozialplanung für und mit älteren Migranten. In: *IZA – Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit* Jg. 18, Nr. 3 + 4, S. 47–54.
- Hämel, Kerstin** (2012): *Öffnung und Engagement. Altenpflegeheime zwischen staatlicher Regulierung, Wettbewerb und zivilgesellschaftlicher Einbettung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Hammer, Eckart** (1994): Altenarbeit (auch) mit Ausländern. In: *IZA – Informationsdienst zur Ausländerarbeit*, Nr. 3/4, S. 120–123.
- Hammerschmidt, Peter** (2014): Zur Ökonomisierung der Sozialen Arbeit. In: Aulenbacher, Brigitte / Riegraf, Birgit / Theobald, Hildegard (Hrsg.): *Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime. Care: work, relations, regimes*. Baden-Baden: Nomos, S. 325–342.
- Han, Petrus** (2005): *Soziologie der Migration. Erklärungsmodelle – Fakten – Politische Konsequenzen – Perspektiven*. Stuttgart: Lucius & Lucius.

- Handschuck, Sabine** (2009): Interkulturelle Öffnung von sozialen Einrichtungen im Stadtteil: Qualitätszirkelarbeit und Befragungen von Nutzerinnen und Nutzern. In: *Migration und Soziale Arbeit* Jg. 31, Nr. 3/4, S. 236–243.
- Handschuck, Sabine / Klawe, Willy** (2010): Interkulturelle Verständigung in der sozialen Arbeit. Ein Erfahrungs-, Lern- und Übungsprogramm zum Erwerb interkultureller Kompetenz. Weinheim/München: Juventa.
- Handschuck, Sabine / Schröer, Hubertus** (2000): Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste. Ein Strategievorschlag. In: *IZA – Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit* Jg. 22, Nr. 3/4, S. 86–95.
- Handschuck, Sabine / Schröer, Hubertus** (2001): Interkulturelle Orientierung als Qualitätsstandard sozialer Arbeit. In: Auernheimer, Georg (Hrsg.): *Migration als Herausforderung für pädagogische Institutionen*. Opladen: Leske + Budrich, S. 147–180.
- Handschuck, Sabine / Schröer, Hubertus** (2002): Interkulturelle Orientierung und Öffnung von Organisationen. Strategische Ansätze und Beispiele der Umsetzung. In: *neue praxis* Jg. 32, Nr. 5, S. 511–521.
- Handschuck, Sabine / Schröer, Hubertus** (2004): Interkulturelle Orientierung und Öffnung der Sozialverwaltung – Erfahrungen mit einem strategischen Ansatz –. In: Rommelspacher, Birgit (Hrsg.): *Die offene Stadt. Interkulturalität und Pluralität in Verwaltungen und sozialen Diensten*. Dokumentation der Fachtagung vom 23.09.2003, Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin. Berlin: Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin, S. 19–27.
- Handschuck, Sabine / Schröer, Hubertus** (2012): Interkulturelle Orientierung und Öffnung. Theoretische Grundlagen und 50 Aktivitäten zur Umsetzung. Augsburg: ZIEL.
- Hanewinkel, Vera / Oltmer, Jochen** (2015): Deutschland. In: *focus Migration, Länderprofil*, S. 1–18.
- Hardy, Jane / Calvey, Moira / Shelley, Steve** (2015): Arbeitsmigration im Gesundheitswesen. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* Jg. 65, Nr. 4-5, S. 28–36.
- Hardy, Jane / Calvey, Moira / Shelley, Steve / Zahn, Rebecca** (2012): Opportunities and challenges related to cross border mobility and recruitment of the health sector workforce. Study and Report commissioned by EPSU. URL: [http://www.epsu.org/IMG/pdf/EPSU-Report-Migration-Health-Workers-Final-Version\\_Appendices-EN.pdf](http://www.epsu.org/IMG/pdf/EPSU-Report-Migration-Health-Workers-Final-Version_Appendices-EN.pdf) [Stand: 12.09.2015].
- Harris-Kojetin, Lauren / Sengupta, Manisha / Park-Lee, Eunice / Valverde, Roberto** (2013): Long-Term Care Services in the United States: 2013 Overview. National Health Care Statistics Reports, Number 1. Hyattsville/Maryland: U.S. Department of Health and Human Services; Centers for Disease Control and Prevention; National Center for Health Statistics.
- Hasenjürgen, Brigitte** (2013): Demokratische Migrationsgesellschaft: Zusammenleben neu aushandeln. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* Jg. 63, Nr. 13-14, S. 27–32.
- Hasse, Raimund / Krücken, Georg** (1999): Neo-Institutionalismus. Bielefeld: transcript.
- Hasse, Raimund / Krücken, Georg** (2005): Der Stellenwert von Organisationen in Theorien der Weltgesellschaft. Eine kritische Weiterentwicklung systemtheoretischer und neoinstitutionalistischer Forschungsperspektiven. In: Heintz, Bettina / Münch, Richard / Tyrell, Hartmann (Hrsg.): *Weltgesellschaft. Theoretische Zugänge und empirische Problemlagen*. Stuttgart: Lucius & Lucius, S. 186–203.
- Hasse, Raimund / Krücken, Georg** (2009): Neo-institutionalistische Theorie. In: Kneer, Georg / Schroer, Markus (Hrsg.): *Handbuch soziologische Theorien*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 237–251.
- Havens, Betty / Chappell, Neena L.** (1983): Triple Jeopardy: Age, Sex and Ethnicity. In: *Canadian Ethnic Studies* Vol. 15, No. 3, pp. 119–132.
- Heberger, Ulrich** (2014): Interkulturelle Öffnung in der Altenhilfe – optionale Aufgabe oder unvermeidbare strukturelle Herausforderung für eine ganze Branche? In: Vanderheiden, Elisabeth / Mayer, Claude-Hélène (Hrsg.): *Handbuch Interkulturelle Öffnung. Grundlagen, Best practice, Tools*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 284–293.
- Heckmann, Friedrich** (2012): Willkommenskultur was ist das, und wie kann sie entstehen und entwickelt werden? Efms-paper 2012-7. Bamberg: europäisches forum für migrationsstudien.
- Heckmann, Friedrich** (2015): Integration von Migranten. Einwanderung und neue Nationenbildung. Wiesbaden: Springer VS.
- Heckmann, Friedrich** (2016): Die Integrationsdebatte in Deutschland. In: Meier-Braun, Karl-Heinz / Weber, Reinhold (Hrsg.): *Deutschland Einwanderungsland. Begriffe – Fakten – Kontroversen*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 227–229.
- Heglich, Simon / Meyer, Hendrik** (2008): Konflikt, Verhandlung, Sozialer Friede: Das deutsche Wohlfahrtsystem. In: Schubert, Klaus / Heglich, Simon / Bazant, Ursula (Hrsg.): *Europäische Wohlfahrtsysteme. Ein Handbuch*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 127–148.
- Hegemann, Thomas** (1996): Transkulturelle Kommunikation in Beratung und Therapie. In: *Pro Familia Magazin*, Nr. 1, S. 20–21.

- Heiberger, Raphael H.** (2015): Die soziale Konstruktion von Preisen. Beeinflussung von Kultur, Netzwerken und institutionellen Regeln von Aktienkursen. Wiesbaden: Springer VS.
- Heinecker, Paula / Pohlmann, Stefan / Leopold, Christian** (2012): Ältere Migranten als Klienten. In: Pohlmann, Stefan (Hrsg.): Altern mit Zukunft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 93–123.
- Heinze, Rolf G. / Schneiders, Katrin / Grohs, Stephan** (2011): Social Entrepreneurship im deutschen Wohlfahrtsstaat – Hybride Organisationen zwischen Markt, Staat und Gemeinschaft. In: Hackenberg, Helga / Emptner, Stefan (Hrsg.): Social Entrepreneurship – Social Business: Für die Gesellschaft unternehmen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 86–102.
- Helck, Simone** (2013): „Die interkulturelle Kompetenz ist ein Kernelement der beruflichen Handlungskompetenz“. Interview mit Dr. Korinna Heimann. In: ProAlter Jg. 45, Nr. 02, S. 53–54.
- Helfferich, Cornelia** (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hellmann, Kai-Uwe** (2006): Organisationslegitimität im Neo-Institutionalismus. In: Senge, Konstanze / Hellmann, Kai-Uwe (Hrsg.): Einführung in den Neo-Institutionalismus. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 75–88.
- Hellmanns, Bernward** (2014): Der Caritasverband und interkulturelle Öffnungsprozesse – auf dem geduldigen und beschwerlichen Weg des Erkennens, Formulierens und Umsetzens. In: Vanderheiden, Elisabeth / Mayer, Claude-Hélène (Hrsg.): Handbuch Interkulturelle Öffnung. Grundlagen, Best practice, Tools. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 164–172.
- Hessisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Sozialordnung (HMFAS)** (1998a): Arbeitsgruppe 1: Kultursensible Pflege – Fragen der Qualifikation. In: Hessisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Sozialordnung (HMFAS) (Hrsg.): Ende einer Wanderung? Alter und Migration. Bericht zur Fachtagung am 23. und 24. Oktober 1997 in Kassel. Wiesbaden: Hessisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Sozialordnung (HMFAS), S. 32–36.
- Hessisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Sozialordnung (HMFAS)** (1998b): Arbeitsgruppe 2: Ethnienbezogene Beratungs- und Pflegeprojekte. In: Hessisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Sozialordnung (HMFAS) (Hrsg.): Ende einer Wanderung? Alter und Migration. Bericht zur Fachtagung am 23. und 24. Oktober 1997 in Kassel. Wiesbaden: Hessisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Sozialordnung (HMFAS), S. 36–42.
- Hessisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Sozialordnung (HMFAS)** (1998c): Arbeitsgruppe 4: Migration und Altenhilfe – auf dem Weg zu gemeinsamen Perspektiven in Forschung und Praxis. In: Hessisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Sozialordnung (HMFAS) (Hrsg.): Ende einer Wanderung? Alter und Migration. Bericht zur Fachtagung am 23. und 24. Oktober 1997 in Kassel. Wiesbaden: Hessisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Sozialordnung (HMFAS), S. 47–51.
- Hielen, Manfred** (1995): Altenhilfe und Einwanderer. Bericht des Projektes „Ethnischer Schwerpunkt Altenhilfe“ (ESA). Ein Projekt des Deutschen Roten Kreuzes, Landesverband Nordrhein e. V. Duisburg: SOKOOP-Verlag.
- Hielen, Manfred** (1996): Bildung ethnischer Schwerpunkte in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. In: IZA – Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit Jg. 18, Nr. 3 + 4, S. 90–92.
- Hielen, Manfred** (1998a): Ethnischer Schwerpunkt Altenhilfe. In: Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.): Ältere Ausländer und Ausländerinnen in Deutschland. Stuttgart: Kohlhammer, S. 98–110.
- Hielen, Manfred** (1998b): Möglichkeiten der Öffnung der Altenhilfe und Altenarbeit für ältere MigrantInnen. In: IZA – Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit Jg. 20, Nr. 1, S. 45–49.
- Hielen, Manfred** (2000): Alte Migranten. Die Zukunft hat begonnen. In: Altenpflege Jg. 25, Nr. 4, S. 34–38.
- Hielscher, Volker / Nock, Lukas / Kirchen-Peters, Sabine / Blass, Kerstin** (2013): Zwischen Kosten, Zeit und Anspruch. Das alltägliche Dilemma sozialer Dienstleistungsarbeit. Wiesbaden: Springer VS.
- Hillebrandt, Frank** (1999): Die Habitus-Feld-Theorie als Beitrag zur Mikro-Makro-Problematik in der Soziologie – aus der Sicht des Feldbegriffs. Working Papers zur Modellierung sozialer Organisationsformen in der Sozionik. URL: <https://www.tuhh.de/tbg/Deutsch/Projekte/Sozionik2/WP2.pdf> [Stand: 19.10.2016].
- Hinck, Claudia** (1997): Älter sein – Na und? Messe in Stuttgart: AWO macht ältere MigrantInnen zum Thema. In: AWO-Magazin, Nr. 11, S. 18.
- Hinz-Rommel, Wolfgang** (1995a): Kompetenz und Öffnung. Die Debatte um interkulturelle Öffnung im Kontext. In: Barwig, Klaus / Hinz-Rommel, Wolfgang (Hrsg.): Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 9–22.
- Hinz-Rommel, Wolfgang** (1995b): Empfehlungen zur interkulturellen Öffnung sozialer Dienste. In: Barwig, Klaus / Hinz-Rommel, Wolfgang (Hrsg.): Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 129–147.

- Hinz-Rommel, Wolfgang** (1996): Interkulturelle Kompetenz und Qualität. Zwei Dimensionen von Professionalität in der Sozialen Arbeit. In: IZA – Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit Jg. 18, Nr. 3 + 4, S. 20–24.
- Hinz-Rommel, Wolfgang** (1998): Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste und Einrichtungen. Hindernisse und Ansatzpunkte. In: IZA – Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit Jg. 20, Nr. 1, S. 36–41.
- Hinz-Rommel, Wolfgang** (2000a): Die Mühen einer Bergwanderung. Erfahrungen und Anregungen aus Prozessen der Interkulturellen Öffnung. In: IZA – Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit Jg. 22, Nr. 2, S. 52–55.
- Hinz-Rommel, Wolfgang** (2000b): Interkulturelle Öffnung als Innovation. Erfahrungen für die Praxis. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Nr. 7+8, S. 153–155.
- Hirsch, Rolf D.** (2008): Vernachlässigt und vergessen: ältere Migranten mit Demenz. In: Bonner Institut für Migrationsforschung und Interkulturelles Lernen (BIM) e. V. (Hrsg.): Neue Wege der Altenhilfe in Bonn. Dokumentation und Fachbeiträge zur sozialraumorientierten Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung älterer Migrantinnen und Migranten. Bonn: Free-Pen-Verlag, S. 13–41.
- Hitzemann, Andrea / Schirilla, Nausikaa / Waldhausen, Anna (Hrsg.)** (2012): Pflege und Migration in Europa. Transnationale Perspektiven aus der Praxis. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Hoffmann, Alfred T.** (2008): USA. Angst vorm Alter. In: Jenrich, Holger (Hrsg.): Altenpflege international. Entwicklungen in der außereuropäischen Altenhilfe. Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag, S. 161–166.
- Hofmann, Roland / Issi, Serif** (1991): Die Lebenssituation altgewordener Ausländer. Türkische Migranten in der Bundesrepublik Deutschland. In: IZA – Informationsdienst zur Ausländerarbeit, Nr. 4, S. 75–77.
- Höhmann, Ulrike / Lautenschläger, Manuela / Schwarz, Laura** (2016): Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate. In: Jacobs, Klaus / Kuhlmei, Adelheid / Greß, Stefan / Klauber, Jürgen / Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart: Schattauer, S. 73–89.
- Höhne, Jutta / Linden, Benedikt / Seils, Eric / Wiebel, Anne** (2014): Die Gastarbeiter. Geschichte und aktuelle soziale Lage. WSI Report, Nr. 16. Düsseldorf.
- Holz, Gerda / Scheib, Hermann** (1993): Ältere AusländerInnen im Niemandsland zwischen Altenhilfe und Ausländersozialarbeit; Tagungsbericht und -ergebnisse. In: IZA – Informationsdienst zur Ausländerarbeit, Nr. 3, S. 23–25.
- Holz, Gerda / Scheib, Hermann / Altun, Sükriye / Petereit, Ute / Schürkes, Jutta** (1994): „Fremdsein, Altwerden, und was dann?“ – Ältere Migranten und die Altenhilfe. Eine Untersuchung zur Nutzung von Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe durch ältere Migranten in Frankfurt am Main, im Auftrag des Hessischen Ministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit. Frankfurt a. M.: ISS-Eigenverlag.
- Holzberg, Carol S.** (1982a): Ethnicity and Aging: Anthropological Perspectives on More Than Just the Minority Elderly. In: The Gerontologist Vol. 22, No. 3, pp. 249–257.
- Holzberg, Carol S.** (1982b): Ethnicity and Aging: Rejoinder to a Comment by Kyriakos S. Markides. In: The Gerontologist Vol. 22, No. 6, pp. 471–472.
- Holzer, Boris / Kuchler, Barbara** (2007): Globalisierungskritik und Weltkultur. In: Bemerburg, Ivonne / Niederbacher, Arne (Hrsg.): Die Globalisierung und ihre Kritik(er). Zum Stand der aktuellen Globalisierungsdebatte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 75–93.
- Hoppe, Birgit** (2013): Pflege. In: Kreft, Dieter / Mielenz, Ingrid (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Weinheim/München: Juventa, S. 657–661.
- Hort, Sven O. E.** (2008): Sklerose oder ständig in Bewegung? Das schwedische Wohlfahrtssystem. In: Schubert, Klaus / Hegelich, Simon / Bazant, Ursula (Hrsg.): Europäische Wohlfahrtssysteme. Ein Handbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 525–547.
- Huber, Bertold** (1991): Auswirkungen des Empfangs von Sozialhilfe auf den Aufenthaltsstatus von EG- und Nicht-EG-Ausländern nach dem Gesetz zur Neuregelung des Ausländerrechts. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V. Jg. 71, Nr. 1, S. 30–33.
- Huisman, Adrienne / Raven, Uwe / Geiger, Andreas** (2000): Demenzerkrankungen bei Migranten in der EU. Verbreitung, Versorgungssituation und Empfehlungen = Neurodegenerative diseases among migrants in EU states: prevalence, care situation and recommendations. Lage: Verlag Hans Jacobs.
- Hülken-Giesler, Manfred** (2015): Profession, Professionalität, Professionalisierung. Ein Blick in die Geschichte der Pflege. In: Brandenburg, Hermann / Güther, Helen / Proft, Ingo (Hrsg.): Kosten kontra Menschlichkeit. Herausforderungen an eine gute Pflege im Alter. Ostfildern: Matthias Grünewald Verlag, S. 101–118.
- Hummel, Konrad** (1988): Fremd im Alter? Aspekte zu einem „Minderheitenproblem“ unserer Altenhilfe. In: IZA – Informationsdienst zur Ausländerarbeit, Nr. 2, S. 45–47.

- Hundsalsz, Andreas** (1979): Der ältere Mensch in der Zigeunerfamilie. In: Zeitschrift für Gerontologie Jg. 12, Nr. 4, S. 313–318.
- Hundsalsz, Andreas / Schmitz-Scherzer, Reinhard** (1978): Die Stellung des alten Menschen bei Zigeunern. In: Zeitschrift für Gerontologie Jg. 11, Nr. 1, S. 98–101.
- Hunger, Uwe / Metzger, Stefan** (2013): Interkulturelle Öffnung auf dem Prüfstand – Neue Wege der Kooperation und Partizipation. Einführung in das Buch. In: Hunger, Uwe / Metzger, Stefan (Hrsg.): Interkulturelle Öffnung auf dem Prüfstand. Neue Wege der Kooperation und Partizipation. Berlin/Münster: Lit, S. 11–16.
- Hungerbühler, Hildegard** (2007): Alter und Migration. In: Domenig, Dagmar (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Huber, S. 395–410.
- Hungerbühler, Hildegard** (2012): Eine neue Nutzergruppe in der institutionellen Alterspflege. Ältere Migrantinnen und Migranten wollen nicht in Ghettos leben. In: Curaviva, Nr. 4, S. 42–45.
- Hungerbühler, Hildegard / Bisegger, Corinna** (2012): «Und so sind wir geblieben ...». Ältere Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Bern: Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen (EKM); Nationales Forum Alter und Migration.
- Hunter, Alistair** (2011a): Theory and practice of return migration at retirement. The case of migrant worker hostel residents in France. In: Population, Space and Place Vol. 17, No. 2, pp. 179–192.
- Hunter, Alistair** (2011b): Retirement Home? France's migrant worker hostels and the dilemma of late-in-life return. Edinburgh: The University of Edinburgh.
- Huth, Susanne** (2005): Gesellschaftliche Teilhabe älterer Migrantinnen und Migranten in Frankfurt am Main. Nutzung von Seniorenbegegnungsstätten und Altenclubs. Beteiligung in Migrantenorganisationen. Ehrenamtliches Engagement. Frankfurt a. M.: Dezernat für Soziales und Jugend.
- Huth, Susanne** (2012): Bürgerschaftliches Engagement von älteren MigrantInnen. In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.): Altern in der Migrationsgesellschaft. Dossier. Berlin, S. 27–31.
- IBA Hamburg GmbH** (2014): Internationale Bauausstellung Hamburg. Veringeck. URL: <http://www.hamburg.de/contentblob/4592296/f870d7522ef4ff162ec14feb624f07d1/data/pdf-broschuere-veringeck.pdf> [Stand: 06.12.2016].
- Ilkic, Ilhan** (2002): Der muslimische Patient. Medizinethische Aspekte des muslimischen Krankheitsverständnisses in einer wertpluralen Gesellschaft. Münster: Lit.
- Ilkic, Ilhan** (2007): Medizinethische Aspekte im Umgang mit muslimischen Patienten. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 132, S. 1587–1590.
- İmamoğlu, E. Olcay / İmamoğlu, Vacit** (1992): Life Situations and Attitudes of the Turkish Elderly Toward Institutional Living Within a Cross-Cultural Perspective. In: Journal of Gerontology Vol. 47, No. 2, pp. 102–108.
- Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND)** (2014): Migrant access to social security and healthcare: policies and practice in the Netherlands. EMN Study. URL: [http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/networks/european\\_migration\\_network/reports/docs/emn-studies/illegally-resident/19a.netherlands\\_national\\_report\\_social\\_security\\_en\\_version.pdf](http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/networks/european_migration_network/reports/docs/emn-studies/illegally-resident/19a.netherlands_national_report_social_security_en_version.pdf) [Stand: 13.12.2016].
- informationsdienst alter & forschung** (2009): Ältere Migranten. Lebenssituationen, Einkommenslagen, Perspektiven. In: informationsdienst alter & forschung Jg. 10, Nr. 59, S. 3–11.
- Institut für interkulturelle Management und Politikberatung (imap)** (2013): Interkulturelle Öffnung von kommunaler Verwaltung. Kurzfassung einer Studie im Rahmen des Projektes des imap Institutes: „Interkulturelle Öffnung der Verwaltung als Chance“. Düsseldorf.
- Institut für sozialwissenschaftliche Analysen und Beratung (ISAB)** (2003): Innovative Konzepte zur sozialen Integration älterer Migranten/innen. Newsletter, Nr. 2.
- Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)** (2015a): Population étrangère et immigrée par sexe et âge en 2012. URL: [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATTEF02162](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02162) [Stand: 09.09.2015].
- Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)** (2015b): IMG1A – Population par sexe, âge et situation quant à l'immigration. France. URL: [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau\\_local.asp?ref\\_id=IMG1A&millesime=2012&niveau=1&typegeo=FE&codgeo=1](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=IMG1A&millesime=2012&niveau=1&typegeo=FE&codgeo=1) [Stand: 09.09.2015].
- Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)** (2015c): NAT1 – Population par sexe, âge et nationalité. France. URL: [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau\\_local.asp?ref\\_id=NAT1&millesime=2012&niveau=1&typegeo=FE&codgeo=1](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=NAT1&millesime=2012&niveau=1&typegeo=FE&codgeo=1) [Stand: 09.09.2015].

- Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)** (2015d): IMG1B – Les immigrés par sexe, âge et pays de naissance. France. URL: [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau\\_local.asp?ref\\_id=IMG1B&millesime=2012&niveau=1&typgeo=FE&codgeo=1](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=IMG1B&millesime=2012&niveau=1&typgeo=FE&codgeo=1) [Stand: 09.09.2015].
- Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)** (2015e): IMG1A – Population par sexe, âge et situation quant à l'immigration. France métropolitaine. URL: [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau\\_local.asp?ref\\_id=IMG1A&millesime=2012&niveau=1&typgeo=METRODOM&codgeo=1](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=IMG1A&millesime=2012&niveau=1&typgeo=METRODOM&codgeo=1) [Stand: 09.09.2015].
- Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)** (2015f): NAT1 – Population par sexe, âge et nationalité. France métropolitaine. URL: [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau\\_local.asp?ref\\_id=NAT1&millesime=2012&niveau=1&typgeo=METRODOM&codgeo=1](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=NAT1&millesime=2012&niveau=1&typgeo=METRODOM&codgeo=1) [Stand: 09.09.2015].
- International Council of Nurses (ICN)** (2012): ICN-Ethikkodex für Pflegende. URL: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/ICN-Ethikkodex-2012-deutsch.pdf> [Stand: 08.03.2017].
- Isfort, Michael** (2013): Anpassung des Pflegesektors zur Versorgung älterer Menschen. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* Jg. 63, Nr. 4-5, S. 29–35.
- Jackson, Jacquelyne Johnson** (1971): Negro Aged: Toward Needed Research in Social Gerontology. In: *The Gerontologist* Vol. 11, Issue 1 Part 2, pp. 52–57.
- Jackson, Jacquelyne Johnson** (1980): Minorities and aging. Belmont/California: Wadsworth.
- Jackson, James S. / Brown, Edna / Antonucci, Toni C. / Daatland, Svein Olav** (2005): Ethnic Diversity in Ageing, Multicultural Societies. In: Johnson, Malcolm Lewis (Ed.): *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*. Cambridge/New York: Cambridge University Press, pp. 476–489.
- Jacob, Rüdiger / Décieux, Jean Philippe / Heinz, Andreas** (2013): Umfrage. Einführung in die Methoden der Umfrageforschung. München: Oldenbourg.
- Jäger, Katrin** (2010): Altenhilfe und Kulturkompetenz. Erfahrungen aus Projekten am Fachseminar für Altenhilfe des maxQ im bfw in Castrop-Rauxel. In: maxQ. – im bfw – Unternehmen für Bildung, Fachseminar für Altenpflege / Rhein-Ruhr-Institut an der Universität Duisburg-Essen (RISP) (Hrsg.): *Kulturkompetente Pflege in Ausbildung und Praxis (KAP)*. Bausteine zur Entwicklung kulturkompetenter Pflege. Duisburg, S. 4–10.
- Jakubeit, Gudrun** (2005): Interkulturelle Öffnung von Organisationen oder Wie lassen sich Ansätze aus der Organisationsentwicklung und des Managements von Veränderungen für interkulturelle Kompetenz von Organisationen nutzen? In: Fischer, Veronika / Springer, Monika / Zacharaki, Ioanna (Hrsg.): *Interkulturelle Kompetenz. Fortbildung – Transfer – Organisationsentwicklung*. Schwalbach/Ts.: Wochenschau Verlag, S. 237–254.
- Jenrich, Holger** (1996): Eine Moschee in Richtung Mekka. In Duisburg widmet sich eine stationäre Einrichtung speziell türkischen BewohnerInnen. In: *Altenpflege* Jg. 21, Nr. 4, S. 280.
- Jenrich, Holger** (1999): Ausgerechnet Bananen. In: *Altenpflege* Jg. 24, Nr. 3, S. 36–37.
- Jenrich, Holger** (2004): Zwischentöne. In: *Altenpflege* Jg. 29, Nr. 2, S. 25.
- Jenrich, Holger / Krüper, Werner** (2000): Heime für alle Fälle. In: *Altenpflege* Jg. 25, Nr. 7, S. 34–43.
- Jenrich, Holger / Krüper, Werner** (2007): Neue Heimat. In: *Altenpflege* Jg. 32, Nr. 8, S. 42.
- Jiménez Laux, Rosa Maria** (2001): Migration und Lebenszeit. Biographische Erfahrungen und Zukunftsperspektiven älterer spanischer Migrantinnen in Deutschland. Bremen: Universitätsbuchhandlung Bremen.
- Joas, Hans** (2013): Die Sakralität der Person. Eine neue Genealogie der Menschenrechte. Berlin: Suhrkamp.
- Jogi, Mohamed / Deemer, Paul / Baxter, Carol** (2010): Diversity Management im National Health Service. In: Badura, Bernhard / Schröder, Helmut / Klose, Joachim / Macco, Katrin (Hrsg.): *Fehlzeiten Report 2010. Vielfältig managen: Gesundheit fördern – Potenziale nutzen. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 243–251.
- John, Barbara / Caemmerer, Hartmut** (2001): Öffnung der Regeldienste für Migranten in Berlin. In: *IZA – Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit* Jg. 23, Nr. 3-4, S. 26–30.
- Johnson, Rebecca A. / Schwiebert, Valerie L. / Alvarado-Rosenmann, Patricia / Pecka, Glenda / Shirk, Norman** (1997): Residential preferences and eldercare views of Hispanic elders. In: *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, No. 12, pp. 91–107.
- Jonas, Ines** (2014): „Man ist nie allein krank“. In: *BAGSO-Nachrichten*, Nr. 1, S. 12–13.
- Jones, Adrian** (2008): Meeting the sheltered and extra care housing needs of black and minority ethnic older people: a Race Equality Foundation briefing paper. In: *Housing, Care and Support* Vol. 11, Issue 2, pp. 41–48.
- Jurecka, Peter** (1998): Ausländische Arbeitnehmer der ersten Generation im Saarland. Eine empirische Untersuchung zu ihrer Lebenslage im Alter. In: *Migration und Soziale Arbeit* Jg. 20, Nr. 1, S. 64–67.

- Kalish, Richard A. / Yuen, Sam** (1971): Americans of East Asian Ancestry: Aging and the Aged. In: *The Gerontologist* Vol. 11, Issue 1 Part 2, pp. 36–47.
- Kämmerer-Rütten, Ursula** (2011): Ethnozentrismus oder multikulturell. Perspektiven für die interkulturelle Öffnung sozialer Dienste und Versorgungsinstitutionen für ältere MigrantInnen. In: *Migration und Soziale Arbeit* Jg. 33, Nr. 1, S. 36–41.
- Kapaun, Nico** (1993): Neue Herausforderung: Ausländer im Altenheim. Soll die Diakonie auf Verkündigung verzichten? In: *Diakonie Report*, Nr. 6, S. 5.
- Karakas, Nurten** (2011): Vom Blick auf den Anderen zum Blick auf sich selbst. Dr. Volkmar Schön über den Unterschied zwischen klassischer Migrationsarbeit und Interkultureller Öffnung. In: *Deutsches Rotes Kreuz Generalsekretariat* (Hrsg.): *Viele Gesichter – Ein Verband. Die Interkulturelle Öffnung im DRK*. Berlin, S. 12–15.
- Karangwa, Sandra** (2015): UN-Rassismus-Note. Mangelhaft – Bundesregierung muss nachsitzen. In: *MiGAZIN*, 29.05.2015, URL: <http://www.migazin.de/2015/05/29/un-rassismus-note-mangelhaft-bundesregierung/> [Stand: 28.09.2016].
- Karden, Gabriele** (1990): „Es ist kaum zu glauben, wie es damals war, das Leben in Rußland.“ Beispielhafte Auszüge aus der Lebensgeschichte einer 60jährigen Aussiedlerin aus der Sowjetunion. In: *Bracker, Maren / Lambrecht, Petra* (Hrsg.): *Alte aller Frauen Länder. Gemeinsamkeit macht stark*. Kassel: ASG, S. 63–86.
- Kart, Cary S. / Beckham, Barry L.** (1976): Black-White Differentials in the Institutionalization of the Elderly: A Temporal Analysis. In: *Social Forces* Vol. 54, No. 4, pp. 901–910.
- Kastenbaum, Robert** (1979): Reflections on Old Age, Ethnicity, and Death. In: *Gelfand, Donald E.; Kutzik, Alfred J.* (Eds.): *Ethnicity and Aging*. New York: Springer, pp. 81–95.
- Kauth-Kokshoorn, Erich M.** (1998): Wohn- und Lebenssituation älterer ausländischer Hamburgerinnen und Hamburger. In: *IZA – Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit* Jg. 20, Nr. 3-4, S. 93–99.
- Kauth-Kokshoorn, Erich M. / Schneiderheinze, Klaus G. / Aydin, Hayrettin** (1998): Älter werden in der Fremde. „Wohn- und Lebenssituation älterer ausländischer Hamburgerinnen und Hamburger“. Sozial-empirische Studie. Hamburg: Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales.
- Kehl, Konstantin** (2016a): Nach dem Pflegestärkungsgesetz II. Eine alternative Interpretation der Probleme und ein Plädoyer für potenzialorientierte Reformen. In: *Zeitschrift für Sozialreform* Jg. 62, Nr. 1, S. 49–78.
- Kehl, Konstantin** (2016b): Sozialinvestive Pflegepolitik in Deutschland. Familiäre und zivilgesellschaftliche Potenziale im Abseits wohlfahrtsstaatlichen Handelns. Wiesbaden: Springer VS.
- Kehl, Konstantin / Then, Volker** (2012): Soziale Investitionen von Zeit: freiwilliges Engagement. In: *Anheier, Helmut K. / Schröder, Andreas / Then, Volker* (Hrsg.): *Soziale Investitionen. Interdisziplinäre Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 117–165.
- Keim, Michael** (1996): Prüfsteine für Toleranz. In: *Altenpflege* Jg. 21, Nr. 4, S. 272–274.
- Kelle, Udo** (1996): Die Bedeutung des theoretischen Vorwissens in der Methodologie der Grounded Theory. In: *Strobl, Rainer / Böttger, Andreas* (Hrsg.): *Wahre Geschichten? Zu Theorie und Praxis qualitativer Interviews*. Beiträge zum Workshop Paraphrasieren, Kodieren, Interpretieren ... im Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen am 29. und 30. Juni 1995 in Hannover. Baden-Baden: Nomos, S. 23–47.
- Kelle, Udo** (2008): Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung. Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kelle, Udo** (2015): Strukturen begrenzter Reichweite und empirisch begründete Theoriebildung. Überlegungen zum Theoriebezug qualitativer Methodologie. In: *Kalthoff, Herbert / Hirschauer, Stefan / Lindemann, Gesa* (Hrsg.): *Theoretische Empirie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 315–340.
- Keller, Carsten / Tucci, Ingrid** (2013): Frankreich. In: *Gieler, Wolfgang* (Hrsg.): *Handbuch Europäischer Migrationspolitiken. Die EU-Länder*. Münster: Lit, S. 103–119.
- Kelleter, Heidemarie** (1997): Altwerden in einem fremden Land: Eine soziologische Untersuchung der Lebenssituation der türkischen MigrantInnen in der Bundesrepublik Deutschland im Hinblick auf die Entstehung einer neuen Klientel für die Altenhilfe. Aachen: K. Fischer.
- Kelley-Moore, Jessica A. / Thorpe, Roland J., JR.** (2014): Age in Place and Place in Age: Advancing the Inquiry on Neighborhoods and Minority Older Adults. In: *Whitfield, Keith E. / Baker, Tamara A.* (Eds.): *Handbook of Minority Aging*. New York: Springer, pp. 497–506.
- Kent, Donald P.** (1971a): The Elderly in Minority Groups: Variant Patterns of Aging. In: *The Gerontologist* Vol. 11, Issue 1 Part 2, pp. 26–29.
- Kent, Donald P.** (1971b): The Negro Aged. In: *The Gerontologist* Vol. 11, Issue 1 Part 2, pp. 48–51.
- Khan-Zvorničanin, Meggi** (2009): Geschlossene Gesellschaft. Altenhilfen tun sich schwer, zugewanderte Ältere zu integrieren. In: *WZB-Mitteilungen*, Nr. 126, S. 25–27.

- Khan-Zvorničanin, Meggi** (2016): Kultursensible Altenhilfe? Neue Perspektiven auf Programmatik und Praxis gesundheitlicher Versorgung im Alter. Bielefeld: transcript.
- Kibele, Eva / Scholz, Rembrandt / Shkolnikov, Vladimir M.** (2008): Langlebige Ausländer in Deutschland – ein Mythos? Die amtliche Statistik erweist sich hier als unzureichend für aussagekräftige Analysen. In: Demografische Forschung – Aus erster Hand Jg. 5, Nr. 3, S. 4.
- Kirchermeier, Sonja / Uzarewicz, Charlotte / Klein, Hamindokht / Kutschke, Thomas** (2003): Kollektivistische und individualistische Dimensionen in den Grundlagen kultursensibler Pflege und Gesundheitsförderung. In: Pflege und Gesellschaft Jg. 8, Nr. 1, S. 3–10.
- Kirchner, Stefan** (2012): Wer sind wir als Organisation? Organisationsidentität zwischen Neo-Institutionalismus und Pfadabhängigkeit. Frankfurt a. M./New York: Campus Verlag.
- Klatetzki, Thomas** (2006): Der Stellenwert des Begriffs „Kognition“ im Neo-Institutionalismus. In: Senge, Konstanze / Hellmann, Kai-Uwe (Hrsg.): Einführung in den Neo-Institutionalismus. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 48–61.
- Klein, Gabi** (2013): „Jede Jeck is’ anders...!?!“. Interkulturelle Öffnung und Diversität in der gemeinwesenorientierten Seniorenarbeit am Beispiel von zwei Projekten in Nordrhein-Westfalen. In: Im Fokus – Inforeihe des Forum Seniorenarbeit NRW, Nr. 02, S. 20–23.
- Klie, Thomas** (2013): Pflege und Soziale Sicherung. In: Bäcker, Gerhard / Heinze, Rolf G. (Hrsg.): Soziale Gerontologie in gesellschaftlicher Verantwortung. Wiesbaden: Springer VS, S. 315–324.
- Klumpp, Guido** (2009): Editorial. In: BAGSO-Nachrichten, Nr. 04, S. 3.
- Knoche, Heinz** (2011): Interkulturelle Öffnung – Voraussetzung für Rechtsverwirklichung und für Partizipation. In: Deutsches Rotes Kreuz Generalsekretariat (Hrsg.): Viele Gesichter – Ein Verband. Die Interkulturelle Öffnung im DRK. Berlin, S. 16–22.
- Knoche, Heinz / Vey, Anna Luise / Weber, Tina / Jentzsch, Susann** (2014): Interkulturelle Öffnung im Deutschen Roten Kreuz – eine besondere Chance für das Ehrenamt. In: Vanderheiden, Elisabeth / Mayer, Claude-Hélène (Hrsg.): Handbuch Interkulturelle Öffnung. Grundlagen, Best practice, Tools. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 396–408.
- Kocaman, Saliha** (2010): Die älteren türkischen Migranten in Deutschland. Eine Sekundäranalyse und empirische Erhebung zu Lebenslagen und -perspektiven dieser Gruppe. Nordhausen: Traugott Bautz.
- Koch, Sascha** (2009): Die Bausteine neo-institutionalistischer Organisationstheorie – Begriffe und Konzepte im Lauf der Zeit. In: Koch, Sascha / Schemmann, Michael (Hrsg.): Neo-Institutionalismus in der Erziehungswissenschaft. Grundlegende Texte und empirische Studien. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 110–131.
- Koch, Sascha / Schemmann, Michael** (2009): Entstehungskontexte und Grundlegungen neo-institutionalistischer Organisationsanalyse. In: Koch, Sascha / Schemmann, Michael (Hrsg.): Neo-Institutionalismus in der Erziehungswissenschaft. Grundlegende Texte und empirische Studien. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 20–27.
- Koch-Straube, Ursula** (1991): Zwischen den Stühlen. Zur Situation älterer Migrantinnen und Migranten in der Bundesrepublik Deutschland. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Nr. 4, S. 102–106.
- Koch-Straube, Ursula** (2001): MigrantInnen in der Altenpflege. In: Domenig, Dagmar (Hrsg.): Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern: Huber, S. 385–396.
- Koehn, Sharon** (2009): Negotiating candidacy: ethnic minority seniors' access to care. In: Ageing and Society Vol. 29, No. 4, pp. 585–608.
- Koehn, Sharon / Neysmith, Sheila / Kobayahi, Karen / Khamisha, Hamish** (2013): Revealing the shape of knowledge using an intersectionality lens. Results of a scoping review on the health and health care of ethnocultural minority older adults. In: Ageing and Society Vol. 33, No. 03, pp. 437–464.
- Köhler, Stephan** (2012): Wandel in der Pflege: Herausforderung Migration. In: BGW Mitteilungen, Nr. 4, S. 6–8.
- Kohls, Martin** (2012): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Forschungsbericht 12. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Kohn, Johanna / Tov, Eva / Hanetseder, Christa / Hungerbühler, Hildegard** (2013): Pflegearrangements und Einstellung zur Spitex bei Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. URL: [http://altermigration.ch/fileadmin/templates/pdf/20130625\\_Schlussbericht\\_Spitexnutzung.pdf](http://altermigration.ch/fileadmin/templates/pdf/20130625_Schlussbericht_Spitexnutzung.pdf) [Stand: 13.12.2016].
- Kökgiran, Gürcan / Kökgiran, Anna-Lena** (2014): Altwerden in der Migration. In: Marschke, Britta / Brinkmann, Heinz Ulrich (Hrsg.): Handbuch Migrationsarbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 285–293.

- Kolb, Patricia J. (Hrsg.)** (2007): Social work practice with ethnically and racially diverse. Nursing home residents and their families. New York: Columbia University Press.
- Kollak, Ingrid** (2002): Schlechte Zeiten für eine kultursensible Pflegepädagogik? – Normalisierungsprozesse in Politik, Pädagogik und Pflegepädagogik. URL: [http://www.die-frankfurt.de/esprid/dokumente/doc-2002/kollak01\\_02.htm](http://www.die-frankfurt.de/esprid/dokumente/doc-2002/kollak01_02.htm) [Stand: 07.03.2012].
- Kollak, Ingrid** (2003): Pflegepädagogik und Kultur: Anforderung und Wirklichkeit. In: Friebe, Jens / Zalucki, Michaela (Hrsg.): Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bielefeld: W. Bertelsmann, S. 47–60.
- Kollak, Ingrid / Friebe, Jens** (2002): Interkulturalität in der Altenpflege. URL: [http://www.die-frankfurt.de/esprid/dokumente/doc-2002/kollak\\_friebe02\\_01.pdf](http://www.die-frankfurt.de/esprid/dokumente/doc-2002/kollak_friebe02_01.pdf) [Stand: 06.12.2013].
- Kollberg, Britta** (2005): Interkulturelles Lernen als nachhaltiger Prozess. Herausforderungen an Bildungsträger und Kommunen. In: Migration und Soziale Arbeit Jg. 27, Nr. 1, S. 32–41.
- Kolleck, Bernd** (2007): Kultursensible Pflege in ambulanten Pflegediensten. In: Pflege und Gesellschaft Jg. 12, Nr. 3, S. 263–275.
- Kollender, Ellen** (2015): Wenn die Vereinten Nationen von Rassismus sprechen – und Deutschland nicht. In: Migration und Bevölkerung – Newsletter, Nr. 4, S. 1–2.
- Kollewe, Carolin** (2012): Ältere MigrantInnen: Pflege und politische Partizipation. In: ProAlter Jg. 44, Nr. 03, S. 26–29.
- Kondratowitz, Hans-Joachim von** (1998): Leben in der Ambivalenz. Erfahrungen und Perspektiven älterer jüdischer Migranten in Berlin. In: Hessisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Sozialordnung (HMFAS) (Hrsg.): Ende einer Wanderung? Alter und Migration. Bericht zur Fachtagung am 23. und 24. Oktober 1997 in Kassel. Wiesbaden: Hessisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Sozialordnung (HMFAS), S. 21–31.
- Koptelzewa, Galina** (2004): Interkulturelle Kompetenz in der Beratung. Strukturelle Voraussetzungen und Strategien der Sozialarbeit mit Migranten. Münster: Waxmann.
- Kordes, Hagen / Polat, Ülger** (2006): Gegenläufige Entwicklungen in britischer, französischer und deutscher Sozialarbeit. In: Nicklas, Hans / Müller, Burkhard / Kordes, Hagen (Hrsg.): Interkulturell denken und handeln. Theoretische Grundlagen und gesellschaftliche Praxis. Bonn: Bundeszentrale für Politische Bildung, S. 202–210.
- Korporal, Johannes / Dangel, Bärbel** (2006): Die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten als Voraussetzung für Beschäftigungsfähigkeit im Alter. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.): Lebenssituation und Gesundheit älterer Migranten in Deutschland. Expertisen zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung. Berlin/Münster: Lit, S. 129–281.
- Korte, Elke** (1990): Die Rückkehrorientierung im Eingliederungsprozeß der Migrantenfamilien. In: Esser, Hartmut / Friedrichs, Jürgen (Hrsg.): Generation und Identität. Theoretische und empirische Beiträge zur Migrationssoziologie. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 207–259.
- Köster, Gerrit** (2002): Gesundheit und Pflege Älterer Migranten. Siebzehnter Bericht zur Altenplanung. Aachen: Oberbürgermeister der Stadt Aachen, Leitstelle Älter werden in Aachen.
- Kramer, B. Josea** (1991): Urban American Indian Aging. In: Journal of Cross-Cultural Gerontology, No. 6, pp. 205–217.
- Kramer, B. Josea / Barker, Judith C.** (1991): Ethnic Diversity in Aging and Aging Services in the U.S.: Introduction. In: Journal of Cross-Cultural Gerontology, No. 6, pp. 127–133.
- Kramer, René** (2011): Der Rentnerverein. In: Marschke, Britta / Brinkmann, Heinz Ulrich (Hrsg.): Handbuch Migrationsarbeit. Mit einem Vorwort von Maria Böhmer. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 249–253.
- Kröger, Teppo / Zechner, Minna** (2009): Migration and Care: Giving and Needing Care across National Borders. In: Finnish Journal of Ethnicity and Migration Vol. 4, No. 2, pp. 17–26.
- Kron, Thomas / Winter, Lars** (2015): Entscheidungshandeln und Fuzzy-Logik. In: Braun, Norman / Saam, Nicole J. (Hrsg.): Handbuch Modellbildung und Simulation in den Sozialwissenschaften. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 363–396.
- Krones, Tanja** (1997): Gesundheit. In: Zoll, Ralf (Hrsg.): Die soziale Lage älterer MigrantInnen in Deutschland. Münster: Lit, S. 171–195.
- Krücken, Georg** (2005): Der „world-polity“-Ansatz in der Globalisierungsdiskussion. In: Meyer, John W. (Hrsg.): Weltkultur. Wie die westlichen Prinzipien die Welt durchdringen. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 300–318.
- Krüger, Dorothea** (1995): Pflege im Alter: Pflegeerwartungen und Pflegeerfahrungen älterer türkischer Migrantinnen – Ergebnisse einer Pilotstudie. In: Zeitschrift für Frauenforschung Jg. 13, Nr. 3, S. 71–86.

- Krüger, Dorothea / Potts, Lydia** (1997): Zwischen Isolation und transnationaler Familie. Soziale Netzwerke von Migrantinnen der ersten Generation aus der Türkei. In: IZA – Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit Jg. 19, Nr. 2, S. 36–41.
- Krummacher, Michael** (2007): Migrations- und Integrationspolitik. Befunde und Herausforderungen. In: Zacharakaki, Ioanna / Eppenstein, Thomas / Krummacher, Michael (Hrsg.): Praxishandbuch interkulturelle Kompetenz vermitteln, vertiefen, umsetzen. Theorie und Praxis für die Aus- und Weiterbildung. Schwalbach/Ts.: Wochenschau-Verlag, S. 57–77.
- Krumme, Helene** (2003): Der Gastbeitrag: „Halbe hier, halbe da“ – Pendelmigration türkischer Arbeitsmigranten im Ruhestand. In: Informationsdienst Altersfragen Jg. 30, Nr. 01, S. 6–8.
- Kruse, Andreas** (2008): Wie soll sich die deutsche Altenhilfe auf die Betreuung von älteren Menschen mit Migrationshintergrund einstellen? In: Deutsches Rotes Kreuz Generalsekretariat / Forum für eine kultursensible Altenhilfe (Hrsg.): Kultursensible Altenhilfe – konkret! Für ein würdevolles Altern in vertrauter Umgebung. Broschüre zur 1. Fach- und Vernetzungstagung vom 22./23. Oktober 2007 in Berlin. Berlin, S. 46–58.
- Kruse, Jan** (2014): Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. Weinheim: Beltz Verlag.
- Kuckartz, Udo** (2014): Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Wiesbaden: Springer VS.
- Kuckert, Andrea** (2003): Interkulturelle Altenpflege – ein Einblick in die Literatur. URL: [http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2003/kuckert03\\_01.pdf](http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2003/kuckert03_01.pdf) [Stand: 09.12.2013].
- Kuckert, Andrea** (2009): Pflege und Kultur – trennend und verbindend? Ein Fallbeispiel aus der Praxis im Spiegel verschiedener Lösungsansätze. In: Falge, Christiane / Zimmermann, Gudrun (Hrsg.): Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems. Baden-Baden: Nomos, S. 57–73.
- Küçük, Filiz** (2008): Zur Situation pflegender Angehöriger von demenziell erkrankten türkischen MigrantInnen in der Bundesrepublik Deutschland – eine empirische Studie. In: Migration und Soziale Arbeit Jg. 30, Nr. 3/4, S. 302–307.
- Kuhlmeiy, Adelheid / Blüher, Stefan** (2015): Pflegebedürftigkeit: Herausforderung für spezifische Wohn- und Versorgungsformen – eine Einführung in das Thema. In: Jacobs, Klaus / Kuhlmeiy, Adelheid / Greß, Stefan / Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2015. Schwerpunkt: Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit. Stuttgart: Schattauer, S. 3–14.
- Kühn, Heinz** (1979): Stand und Weiterentwicklung der Integration der ausländischen Arbeitnehmer und ihrer Familien in der Bundesrepublik Deutschland. Memorandum des Beauftragten der Bundesregierung. URL: [http://www.migration-online.de/data/khnmemorandum\\_1.pdf](http://www.migration-online.de/data/khnmemorandum_1.pdf) [Stand: 18.08.2016].
- Kulbach, Roderich** (2007): Organisation und Verankerung interkultureller Arbeit in sozialen Einrichtungen. In: Zacharakaki, Ioanna / Eppenstein, Thomas / Krummacher, Michael (Hrsg.): Praxishandbuch interkulturelle Kompetenz vermitteln, vertiefen, umsetzen. Theorie und Praxis für die Aus- und Weiterbildung. Schwalbach/Ts.: Wochenschau-Verlag, S. 131–146.
- Kümmerling, Angelika** (2009): Der lange Weg zur Professionalisierung der Altenpflege und seine (nicht?)-intendierten Folgen. In: Lehndorff, Steffen (Hrsg.): Abriss, Umbau, Renovierung? Studien zum Wandel des deutschen Kapitalismusmodells. Hamburg: VSA, S. 136–165.
- Kürsat-Ahlers, Elçin** (1990): Zur Lebenssituation älterer MigrantInnen. In: IZA – Informationsdienst zur Ausländerarbeit, Nr. 4, S. 58–60.
- Landeshauptstadt Wiesbaden – Amt für Strategische Steuerung, Stadtforschung und Statistik** (2009): Wiesbadener Stadtanalysen Nr. 28. Kultursensible ambulante Altenpflege in Wiesbaden. Wiesbaden.
- Lasfargues, Laure** (2003): Migration in der „Altersfalle“. Frankreich: Land der vergessenen alten Ausländer? In: ProAlter, Nr. 4, S. 38–41.
- Läscher, Anna / Yortanlı, Pinar** (2012a): Alt werden in der Migration. In: Kleiner, Gabriele (Hrsg.): Alter(n) bewegt. Perspektiven der Sozialen Arbeit auf Lebenslagen und Lebenswelten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 157–167.
- Läscher, Anna / Yortanlı, Pinar** (2012b): Fremde Heimat „Pflegeheim“. In: Kleiner, Gabriele (Hrsg.): Alter(n) bewegt. Perspektiven der Sozialen Arbeit auf Lebenslagen und Lebenswelten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 169–192.
- Latorre, Patricia / Zitzelsberger, Olga** (2011): MigrantInnenselbstorganisationen und Soziale Arbeit. Was der Zusammenarbeit auf Augenhöhe im Wege steht. In: Forschungsjournal Soziale Bewegungen Jg. 24, Nr. 2, S. 49–58.
- Lautenschläger, Sindy / Dörge, Christine** (2016): Kultursensible Pflege in der ambulanten Versorgung: Eine qualitative Studie. In: Pflege & Gesellschaft Jg. 21, Nr. 1, S. 64–77.

- Lautmann, Rüdiger** (2010): Interkulturelle Öffnung der Verwaltung – fremdelt die Rechtsordnung? In: Hunold, Daniela / Klimke, Daniela / Behr, Rafael / Lautmann, Rüdiger (Hrsg.): *Fremde als Ordnungshüter? Die Polizei in der Zuwanderungsgesellschaft Deutschland*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 213–229.
- Le Bihan, Blanche / Martin, Claude** (2013): Steps Toward a Long-Term Care Policy in France: Specificities, Process, and Actors. In: Ranci, Costanzo / Pavolini, Emmanuele (Eds.): *Reforms in long-term care policies in Europe. Investigating institutional change and social impacts*. New York: Springer, pp. 139–157.
- Lederle, Sabine** (2007): Die Einführung von Diversity Management in deutschen Organisationen: Eine neoinstitutionalistische Perspektive. In: *Zeitschrift für Personalforschung* Jg. 21, Nr. 1, S. 22–41.
- Ledyaikina, Oxana / Uebelacker, Johanna / Borde, Theda** (2007): Sprach- und Kulturmittlung in medizinischen und sozialen Einrichtungen aus Sicht der MitarbeiterInnen. In: Borde, Theda / Albrecht, Niels-Jens (Hrsg.): *Innovative Konzepte für Integration und Partizipation. Bedarfsanalyse zur interkulturellen Kommunikation in Institutionen und für Modelle neuer Arbeitsfelder*. Frankfurt a. M.: IKO, S. 100–116.
- Lee, Eun-Hee** (2010): *Providing Culturally Appropriate Environments in Nursing Homes for Frail Ethnic Minority Elders in the U. S.: Three Case Studies of Korean-American Nursing Homes*. Dissertation. URL: <https://mospace.umsystem.edu/xmlui/bitstream/handle/10355/8875/research.pdf?sequence=3> [Stand: 14.06.2015].
- Leininger, Madeleine M.** (1994): *Transcultural nursing: concepts, theories and practices*. Ohio: Greyden.
- Leininger, Madeleine, M.** (1998): *Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Lengfeld, Holger** (2014): Von der Ergebnisgleichheit zur Chancengleichheit? Gerechtigkeitsvorstellungen der Bevölkerung der Gegenwart im Wandel. In: Melville, Gerd / Vogt-Spira, Gregor / Breitenstein, Mirko (Hrsg.): *Gerechtigkeit. Europäische Grundbegriffe im Wandel*. Köln/Weimar/Wien: Böhlau Verlag, S. 219–232.
- Leopold, Dieter** (2014): Das neue „Pflegestärkungsgesetz“ löst nicht alle Probleme. In: *Wege zur Sozialversicherung (WzS)* Jg. 68, Nr. 8, S. 223.
- Leopold, Dieter** (2015): Zweites Pflegestärkungsgesetz mit Gewinnern und Verlierern? In: *Wege zur Sozialversicherung (WzS)* Jg. 69, Nr. 8, S. 215–216.
- Leser, Markus** (1995): *Zur Lebenssituation alternder türkischer Migranten*. Kassel: Universität Kassel.
- Lessenich, Stephan / Solga, Heike / Weiß, Anja** (2010): Einleitung zum Plenum: Zonen der (Un-)Sicherheit – Wohlfahrtsstaat – Migration. In: Soeffner, Hans-Georg (Hrsg.): *Unsichere Zeiten. Herausforderungen gesellschaftlicher Transformationen. Verhandlungen des 34. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 139–140.
- Lew, Lillian S.** (1991): Elderly Cambodians in Long Beach: Creating Cultural Access to Health Care. In: *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, No. 6, pp. 199–203.
- Lewicki, Aleksandra** (2014): Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz: Zwischenbilanz eines brüchigen Konsenses. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* Jg. 64, 13-14, S. 21–27.
- Lewicki, Aleksandra** (2015): Das Christentum als kulturelle Wiege der Demokratie und Gleichbehandlung? Die deutschen Kirchen und das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz. In: *Forschungsjournal Soziale Bewegungen* Jg. 28, Nr. 1, S. 122–129.
- Lewinter, Myra / Kesmez, Selim S. / Gezgin, Kerim** (1996): The social situation of elderly Turkish immigrants in Copenhagen, Denmark. In: *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, No. 11, pp. 115–129.
- Leyer, Emanuela Maria** (1990): Altwerden in der Fremde. Psychosoziale Aspekte des Alterns türkischer Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Bracker, Maren / Lambrecht, Petra (Hrsg.): *Alte aller Frauen Länder. Gemeinsamkeit macht stark*. Kassel: ASG, S. 87–114.
- Liederbach, Cornelia** (2011): Der fremde Bewohner. In: *Health&Care Management* Jg. 2, Nr. 6, S. 14–17.
- Liewald, Katharina** (2012): *Diversität in Alters- und Pflegeheimen. Wegleitung für Führungspersonen und Mitarbeitende der stationären Langzeitpflege*. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz.
- Lima Curvello, Tatiana** (2005): Das Projekt Transfer interkultureller Kompetenz (TiK). Porträt eines experimentellen Vorgehens. In: *Migration und Soziale Arbeit* Jg. 27, Nr. 1, S. 42–47.
- Lima Curvello, Tatiana** (2009): Für einen Paradigmenwechsel in der Praxis der Interkulturellen Öffnung. In: Gesemann, Frank / Roth, Roland (Hrsg.): *Lokale Integrationspolitik in der Einwanderungsgesellschaft. Migration und Integration als Herausforderung von Kommunen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 247–263.
- Lipsch, Andreas** (2014): Kirche mit anderen – interkulturelle Öffnungsprozesse in der Evangelischen Kirche und Diakonie. In: Vanderheiden, Elisabeth / Mayer, Claude-Hélène (Hrsg.): *Handbuch Interkulturelle Öffnung. Grundlagen, Best practice, Tools*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 173–182.

- Lohmann, Georg** (2012): Individuelle Freiheitsrechte, politische Teilnahmerechte, soziale Teilhaberechte. In: Pollmann, Arnd / Lohmann, Georg (Hrsg.): Menschenrechte. Ein interdisziplinäres Handbuch. Stuttgart/Weimar: J. B. Metzler, S. 219–223.
- Longino, Charles F. / Warnes, Anthony M.** (2005): Migration and Older People. In: Johnson, Malcolm Lewis (Ed.): The Cambridge Handbook of Age and Ageing. Cambridge/New York: Cambridge University Press, pp. 538–545.
- Lücke, Stephan** (2013): „Ein freundliches Lächeln öffnet viele Türen“. Interview mit Zeynep Babadagi-Hardt. In: Die Schwester der Pfleger Jg. 52, Nr. 8, S. 740–745.
- Lücke, Stephan** (2015): „Jeder muss kultursensibel pflegen können“. Interview mit Ali Celik. In: Die Schwester der Pfleger Jg. 54, Nr. 6, S. 28–29.
- Lüders, Christine** (2012): Interkulturelle Öffnung als Teil einer kommunalen Vielfaltspolitik am 28. April 2012 anlässlich der 2. Nürnberger Integrationskonferenz. URL: <http://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Reden/DE/2012/interkulturelle-oeffnung-kommunale-vielfaltspolitik-20120604.html?nn=4192874> [Stand: 17.02.2014].
- Lüking, Hansjörg** (1994): Neue Wege der Kooperation in der sozialen Arbeit. Konzepte und Erfahrungen aus zwölf Jahren Förderung: Deutsche und Ausländer im Stadtteil. Berlin: VWB Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- MacLean, Michael J. / Bonar, Rita** (1983): The Ethnic Elderly in a Dominant Culture Long-Term Care Facility. In: Canadian Ethnic Studies Vol. 15, No. 3, pp. 51–59.
- Magistrat der Stadt Frankfurt am Main – Amt für multikulturelle Angelegenheiten (Hrsg.)** (2013): Altenhilfe für ältere Migrantinnen und Migranten in Frankfurt am Main. Fachforum Dokumentation 24. Januar 2013. Frankfurt a. M.
- Mahoney, Diane Feeney / Coutterback, Jane / Neary, Susan / Zhan, Lin** (2005): African American, Chinese, and Latino Family Caregivers' Impressions of the Onset and Diagnosis of Dementia: Cross-Cultural Similarities and Differences. In: The Gerontologist Vol. 45, No. 6, pp. 783–792.
- Mannitz, Sabine / Schneider, Jens** (2014): Vom „Ausländer“ zum „Migrationshintergrund“: Die Modernisierung des deutschen Integrationsdiskurses und seine neuen Verwerfungen. In: Nieswand, Boris / Drotbohm, Heike (Hrsg.): Kultur, Gesellschaft, Migration. Wiesbaden: Springer, S. 69–96.
- Manthorpe, Jill / Ilifee, Steve / Moriarty, Jo / Cornes, Michelle / Clough, Roger / Bright, Les / Rapaport, Joan / Older People Researching Social Issues (OPRSI)** (2009): 'We are not blaming anyone, but if we don't know about amenities, we cannot seek them out': black and minority older people's views on the quality of local health and personal social services in England. In: Ageing and Society Vol. 29, No. 01, pp. 93–113.
- Manthorpe, Jill / Moriarty, Jo / Stevens, Martin / Sharif, Nadira / Hussein, Shereen** (2010): Supporting black and minority ethnic older people's mental wellbeing: accounts of social care practice. London: Social Care Institute for Excellence (scie).
- Markides, Kyriakos S.** (1982): Ethnicity and Aging: A Comment. In: The Gerontologist Vol. 22, No. 6, pp. 467–470.
- Markides, Kyriakos S.** (1983): Minority Aging. In: Riley, Matilda White / Hess, Beth B. / Bond, Kathleen (Eds.): Aging in Society. Selected Reviews of Recent Research. Hillsdale/N. J.: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 115–137.
- Markides, Kyriakos S. / Black, Sandra A.** (1996): Race, Ethnicity, and Aging: The Impact of Inequality. In: Binstock, Robert H.; George, Linda K. (Eds.): Handbook of Aging and the Social Sciences. San Diego: Academic Press, pp. 153–170.
- Markides, Kyriakos S. / Mindel, Charles H.** (1987): Aging & ethnicity. Newbury Park: Sage.
- Markowis, Freya Angelika** (2016): Mandatsträgerinnen und Mandatsträger mit Migrationshintergrund. Karrierewege und substantielle Repräsentation von Landtagsabgeordneten mit Zuwanderungsgeschichte. Bielefeld: Lit.
- Markson, Elizabeth W.** (1979): Ethnicity as a Factor in the Institutionalization of the Ethnic Elderly. In: Gelfand, Donald E. / Kutzik, Alfred J. (Eds.): Ethnicity and Aging. Theory, Research, and Policy. New York: Springer, pp. 341–356.
- Marschke, Britta** (2014): Interkulturelle Arbeit zwischen Anspruch und Wirklichkeit. In: Marschke, Britta / Brinkmann, Heinz Ulrich (Hrsg.): Handbuch Migrationsarbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 79–91.
- Martinez, Heike M.** (2004): Anforderungen, Chancen und Möglichkeiten einer interkulturellen Öffnung der Altenarbeit – Die Rolle der Migrantenselbsthilfeorganisationen. In: Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V. / Kreis Unna / Multikulturelles Forum Lünen e. V. (Hrsg.): Auch Migranten werden alt! Lebenslagen und Perspektiven in Europa. Unna, S. 73–77.

- Matthäi, Ingrid** (2005): Die „vergessenen“ Frauen aus der Zuwanderergeneration. Zur Lebenssituation von alleinstehenden Migrantinnen im Alter. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Matthäi, Ingrid** (2006): Ältere alleinstehende Migrantinnen – Ausgewählte Lebensaspekte. In: IKoM-Newsletter Jg. 5, Nr. 3, S. 2–4.
- Matzker, Maria** (2003): Aus dem interkulturellen Alltag einer Sozialstation. Pflege von Migranten in der Diakonie-Station Neukölln. In: David, Matthias / Borde, Theda (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag, S. 241–246.
- Mau, Steffen / Burkhardt, Christoph** (2010): Zuwanderung und die Ressourcen wohlfahrtsstaatlicher Solidarität. In: Soeffner, Hans-Georg (Hrsg.): Unsichere Zeiten. Herausforderungen gesellschaftlicher Transformationen. Verhandlungen des 34. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 141–155.
- maxQ. – im bfw – Unternehmen für Bildung, Fachseminar für Altenpflege / Rhein-Ruhr-Institut an der Universität Duisburg-Essen (RISP) (Hrsg.)** (2010): Kulturkompetente Pflege in Ausbildung und Praxis (KAP). Bausteine zur Entwicklung kulturkompetenter Pflege. Duisburg.
- May, Michael** (2013): Ältere Migrant\_innen im Quartier: Eine intersektionale Betrachtung. Intersektionale Sekundäranalyse. In: Giebeler, Cornelia / Rademacher, Claudia / Schulze, Erika (Hrsg.): Intersektionen von race, class, gender, body. Theoretische Zugänge und qualitative Forschungen in Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit. Leverkusen: Barbara Budrich, S. 173–186.
- McCallion, Philip** (2014): Aging in Place. In: Whitfield, Keith E. / Baker, Tamara A. (Eds.): Handbook of Minority Aging. New York: Springer, pp. 277–290.
- Meagher, Gabrielle / Szebehely, Marta** (2013): Long-Term Care in Sweden: Trends, Actors, and Consequences. In: Ranci, Costanzo / Pavolini, Emmanuele (Eds.): Reforms in long-term care policies in Europe. Investigating institutional change and social impacts. New York: Springer, pp. 55–78.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)** (2014): Qualitätsprüfungs-Richtlinien · Transparenzvereinbarung. Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI in der stationären Pflege. URL: [https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/PV\\_Qualitaetspruefung/PV\\_Grundlagen\\_Qualipruefung\\_stationaer.pdf](https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/PV_Qualitaetspruefung/PV_Grundlagen_Qualipruefung_stationaer.pdf) [Stand: 28.09.2016].
- Mejía-Arango, Silvia / Ham-Chande, Roberto / Coubès, Marie-Laure** (2015): The Profile of Mexican Elder Migration Flow into the US (2004–2013). In: Vega, William A. / Markides, Kyriakos S. / Angel, Jacqueline L. / Torres-Gil, Fernando M. (Eds.): Challenges of Latino Aging in the Americas. Cham u. a.: Springer, pp. 301–310.
- Menning, Sonja / Hoffmann, Elke** (2009): Ältere Migrantinnen und Migranten. GeroStat Report Altersdaten 01/2009. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Mense-Petermann, Ursula** (2006): Das Verständnis von Organisation im Neo-Institutionalismus. Lose Koppung, Reifikation, Institution. In: Senge, Konstanze / Hellmann, Kai-Uwe (Hrsg.): Einführung in den Neo-Institutionalismus. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 62–74.
- Merkel, Angela** (2011): Vorwort von Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel. In: Bundesregierung (Hrsg.): Nationaler Aktionsplan Integration. Zusammenhalt stärken – Teilhabe verwirklichen. Berlin, S. 5.
- Mertens, Harry / Scott, Helena** (1993): Reaching Out to Europe's Older Minorities. In: Ageing International Vol. 20, No. 4, pp. 32–36.
- Mertens, Harry / Teng, Bing** (2003): Niederlande. In: Olbermann, Elke (Hrsg.): Innovative Konzepte zur sozialen Integration älterer Migrantinnen und Migranten. Dokumentation eines europäischen Projekts mit Partnern in Deutschland, Belgien, den Niederlanden und Österreich. Stuttgart/Marburg/Erfurt: Verlag Peter Wiehl, S. 92–106.
- Merx, Andreas / Ruster, Jakob / Szukitsch, Yvonne** (2016): Willkommens- und Anerkennungskultur. In: Meier-Braun, Karl-Heinz / Weber, Reinhold (Hrsg.): Deutschland Einwanderungsland. Begriffe – Fakten – Kontroversen. Stuttgart: Kohlhammer, S. 248–250.
- Messkoub, Mahmood (Ed.)** (2001): Migrants in the EU: Welfare in Old Age. URL: <http://www.epoc.uni-bremen.de/publications/pup2001/files2001/messkoub.PDF> [Stand: 21.05.2015].
- Metzger, Renate** (1991): Kommunale Altenhilfeplanung am Beispiel der Landeshauptstadt Stuttgart. In: Diakonisches Werk der EKD (Hrsg.): Älterwerden in der Fremde. Dokumentation der gleichnamigen Zwischentagung der in der Ausländersozialarbeit stehenden Mitarbeiter(innen) des Diakonischen Werkes der EKD. Vom 11. bis 13. März 1991 in der Evangelischen Sozialakademie Friedewald. Stuttgart: Diakonisches Werk der EKD, S. 53–69.
- Meyer, Bernd / Steinke, Marika** (2014): Community Interpreting als Beitrag zur interkulturellen Öffnung. In: Migration und Soziale Arbeit Jg. 36, Nr. 1, S. 76–83.

- Meyer, John W.** (Hrsg.) (2005a): *Weltkultur. Wie die westlichen Prinzipien die Welt durchdringen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Meyer, John W.** (2005b): Der sich wandelnde kulturelle Gehalt des Nationalstaats. In: Meyer, John W. (Hrsg.): *Weltkultur. Wie die westlichen Prinzipien die Welt durchdringen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 133–162.
- Meyer, John W. / Boli, John / Thomas, George M.** (2005): *Ontologie und Rationalisierung im Zurechnungssystem der westlichen Kultur*. In: Meyer, John W. (Hrsg.): *Weltkultur. Wie die westlichen Prinzipien die Welt durchdringen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 17–46.
- Meyer, John W. / Boli, John / Thomas, George M. / Ramirez, Francisco O.** (2005): Die Weltgesellschaft und der Nationalstaat. In: Meyer, John W. (Hrsg.): *Weltkultur. Wie die westlichen Prinzipien die Welt durchdringen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 85–132.
- Meyer, John W. / Jepperson, Ronald L.** (2005): Die »Akteure« der modernen Gesellschaft: Die kulturelle Konstruktion sozialer Agentschaft. In: Meyer, John W. (Hrsg.): *Weltkultur. Wie die westlichen Prinzipien die Welt durchdringen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 47–84.
- Meyer, John W. / Rowan, Brian** (1977): Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. In: *American Journal of Sociology* Vol. 83, No. 2, pp. 340–363.
- Michalowski, Ines** (2005): Das niederländische Integrationsmodell als Vorbild und die Debatte über sein „Scheitern“. In: *focus Migration*, Kurzdossier, Nr. 1, S. 1–4.
- Miebach, Bernhard** (2014): *Soziologische Handlungstheorie. Eine Einführung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Mielenz, Ingrid** (2013): *Pflegeversicherung, soziale*. In: Kreft, Dieter / Mielenz, Ingrid (Hrsg.): *Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik*. Weinheim/München: Juventa, S. 666–669.
- MiGAZIN** (2012): Fünfter Integrationsgipfel: Unverbindlich, unverbindlicher, Nationaler Aktionsplan Integration. In: *MiGAZIN*, 01.02.2012, URL: <http://www.migazin.de/2012/02/01/der-nationale-aktionsplan-integration-unverbindlich-unverbindlicher-am-unverbindlichsten/> [Stand: 14.08.2014].
- MiGAZIN** (2013): Philippinische Pflegekräfte in Deutschland. In: *MiGAZIN*, 25.3.2013, URL: <http://www.migazin.de/2013/03/25/vermittlungabsprache-philippinische-pflegekraefte-deutschland/> [Stand: 07.08.2014].
- Mihciyazgan, Ursula** (1991): Rückkehr als Metapher: Die Bedeutung der Rückkehr in der Lebensplanung und -praxis türkischer Migranten. In: Barkowski, Hans / Hoff, Gerd / Gundara, Jagdish S. / Brandt, Godfrey L. (Hrsg.): *Berlin interkulturell. Ergebnisse einer Berliner Konferenz zu Migration und Pädagogik*. Berlin: Colloquium Verlag, S. 267–277.
- Ministerium für Generationen, Familie Frauen und Integration (MGFFI) des Landes Nordrhein-Westfalen** (2010): Bericht über das Projekt Aktives Altern älterer Menschen mit Zuwanderungsgeschichte (AAMEE) vom 01.12.2007 bis 30.11.2009. Düsseldorf.
- Mittmann, Thomas** (2015): Kirche und „Soziale Gerechtigkeit“. Wandel des Leitbegriffs am Beispiel der Katholikentage und der Evangelischen Kirchentage. In: *Forschungsjournal Soziale Bewegungen* Jg. 28, Nr. 1, S. 90–99.
- Mitton, Lavinia** (2008): Vermarktlichung zwischen Thatcher und New Labour: Das britische Wohlfahrtssystem. In: Schubert, Klaus / Hegelich, Simon / Bazant, Ursula (Hrsg.): *Europäische Wohlfahrtssysteme. Ein Handbuch*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 263–284.
- Mold, Freda / Fitzpatrick, Joanne M. / Roberts, Julia D.** (2005): Minority ethnic elders in care homes: a review of the literature. In: *Age and Ageing* Vol. 34, No. 2, pp. 107–113.
- Moore, Joan W.** (1971a): Mexican-Americans. In: *The Gerontologist* Vol. 11, Issue 1 Part 2, pp. 30–35.
- Moore, Joan W.** (1971b): Situational Factors Affecting Minority Aging. In: *The Gerontologist* Vol. 11, Issue 1 Part 2, pp. 88–93.
- Mucciolo-Madler, Liselotte** (2003): Multikulturelle Zusammenarbeit in der Pflegepraxis. In: Zielke-Nadkarni, Andrea / Schnepf, Wilfried (Hrsg.): *Pflege im kulturellen Kontext. Positionen, Forschungsergebnisse, Praxiserfahrungen*. Bern u. a.: Verlag Hans Huber, S. 187–207.
- Mui, Ada C. / Burnette, Denise** (1994): Long-Term Care Service Use by Frail Elders: Is Ethnicity a Factor. In: *The Gerontologist* Vol. 34, No. 2, pp. 190–198.
- Müller, Andreas / Mayer, Matthias M. / Bauer, Nadine** (2014): Soziale Absicherung von Drittstaatsangehörigen in Deutschland. Studie der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN). Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Müller, Marion / Zifonun, Dariuš** (2016): Cultural diversity als Ethnowissen: Die ‚Entdeckung‘ kultureller Vielfalt und die gesellschaftliche Deutung von Migrationsfolgen. In: Genkova, Petia / Ringeisen, Tobias (Hrsg.): *Handbuch Diversity Kompetenz: Gegenstandsbereiche*. Wiesbaden: Springer, S. 1–17.

- Münc, Richard** (1994): Zahlung und Achtung. Die Interpenetration von Ökonomie und Moral. In: Zeitschrift für Soziologie Jg. 23, Nr. 5, S. 388–411.
- Münc, Richard** (1995): Dynamik der Kommunikationsgesellschaft. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- MUSE – Muslimische Seelsorge e. V.** (2014): Internetauftritt. URL: <http://muse-wiesbaden.de/> [Stand: 12.08.2014].
- Naegele, Gerhard** (1998a): Älter werden in der Fremde. In: Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (Hrsg.): Ältere Ausländer und Ausländerinnen in Deutschland. Dokumentation der Fachtagung „Ausländische und deutsche Seniorinnen und Senioren gemeinsam: Modelle und Perspektiven gesellschaftlicher Partizipation und Integration“. Stuttgart: Kohlhammer, S. 19–31.
- Naegele, Gerhard** (1998b): Schlußwort. In: Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.): Ältere Ausländer und Ausländerinnen in Deutschland. Dokumentation der Fachtagung „Ausländische und deutsche Seniorinnen und Senioren gemeinsam: Modelle und Perspektiven gesellschaftlicher Partizipation und Integration“. Stuttgart: Kohlhammer, S. 137–138.
- Naegele, Gerhard** (2014): Die Pflegeversicherung „feiert“ ihren 20. Geburtstag. Eine Bewertung aus sozialpolitischer Sicht. In: ProAlter, Nr. 4, S. 13–16.
- Nestmann, Frank / Tiedt, Friedemann** (1988): Repräsentativuntersuchung Sozialberatung für Ausländer. Endbericht. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Nestvogel, Renate** (2004): Interkulturelle Kompetenzen in der beruflichen Alltagspraxis und die Aushandlung von Macht. In: Karakaşoğlu, Yasemin / Lüddecke, Julian (Hrsg.): Migrationsforschung und Interkulturelle Pädagogik. Aktuelle Entwicklungen in Theorie, Empirie und Praxis. Ursula Boos-Nünning zum 60. Geburtstag. Münster: Waxmann, S. 349–362.
- Netzwerk Migration in Europa e. V.** (2012a): Arbeitsagentur wirbt um Altenpfleger aus China. In: Migration und Bevölkerung – Newsletter, Nr. 8, S. 2.
- Netzwerk Migration in Europa e. V.** (2012b): Deutschland: Migranten häufiger psychisch krank. In: Migration und Bevölkerung – Newsletter, Nr. 8, S. 4–5.
- Neuber, Harald** (2005): Ausländische Patienten. Insellösungen vermeiden. In: Deutsches Ärzteblatt Jg. 102, Nr. 10, S. 652–654.
- Newton, Frank Cota-Robles** (1980): Issues in Research and Service Delivery among Mexican American Elderly: A Concise Statement with Recommendations. In: The Gerontologist Vol. 20, Issue 2, pp. 208–213.
- Nguyen, Nga Anh / Williams, Harold L.** (1989): Transition from the East to West: Vietnamese Adolescents and Their Parents. In: Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry Vol. 28, No. 4, pp. 505–515.
- Nieke, Wolfgang** (2011): Interkulturelle Soziale Arbeit. In: Otto, Hans-Uwe / Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. München/Basel: Reinhardt, S. 650–657.
- Nieswand, Boris** (2014): Über die Banalität ethnischer Differenzierungen. In: Nieswand, Boris / Drotbohm, Heike (Hrsg.): Kultur, Gesellschaft, Migration. Wiesbaden: Springer, S. 271–295.
- Nordmann, Heike** (2014): Die Rolle der Verbraucher im Pflegemarkt. In: ProAlter Jg. 46, Juli/August, S. 28–29.
- Nullmeier, Frank** (2015): Einstürzende Neubauten – Statikprobleme im Säulenmodell der Alterssicherung. In: Sozialer Fortschritt Jg. 64, Nr. 8, S. 196–202.
- Oberle, Ralf** (2000): Der Koch schafft Kultur. Zunehmende Vielfalt – eine Herausforderung für den Heimkoch. In: Küche im Altenheim, Nr. 6, S. 4–6.
- Oepen, Manfred** (1984): Media, Migrants and Marginalization: The Situation in the Federal Republic of Germany. In: International Migration Review Vol. 18, No. 1, pp. 111–121.
- Okafor, Maria C.** (2009): Avenues and barriers to access of services for immigrant elders: state and local policies for OAA units on aging. In: Journal of Gerontological Social Work Vol. 52, No. 5, pp. 555–564.
- Okken, Petra-Karin / Spallek, Jacob / Razum, Oliver** (2008): Pflege türkischer Migranten. In: Bauer, Ullrich / Büscher, Andreas (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 396–422.
- Olbermann, Elke** (1993): Ältere Ausländer – eine neue Zielgruppe für Altenarbeit und -politik. In: Kühnert, Sabine / Naegele, Gerhard (Hrsg.): Perspektiven moderner Altenpolitik und Altenarbeit. Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie. Band 1. Hannover: Vincentz, S. 149–170.
- Olbermann, Elke** (2003a): Soziale Netzwerke, Alter und Migration: Theoretische und empirische Explorationen zur sozialen Unterstützung älterer Migranten. Dortmund.

- Olbermann, Elke** (Hrsg.) (2003b): Innovative Konzepte zur sozialen Integration älterer Migrantinnen und Migranten. Dokumentation eines europäischen Projekts mit Partnern in Deutschland, Belgien, den Niederlanden und Österreich. Stuttgart/Marburg/Erfurt: Verlag Peter Wiehl.
- Olbermann, Elke** (2010): Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Migrantinnen und Migranten: Ausgewählte Projektergebnisse. In: Informationsdienst Altersfragen Jg. 37, Nr. 06, S. 3–8.
- Olbermann, Elke** (2013a): Das Alter wird bunter. Lebenslagen älterer Menschen mit Migrationshintergrund und Handlungsbedarfe für Politik und Gesellschaft. Bonn: Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Olbermann, Elke** (2013b): Gesundheitsförderung für ältere Menschen mit Migrationshintergrund: Forschungsstand zur gesundheitlichen Lage, zum Bedarf, zu Zugangswegen und zur Angebotsgestaltung. URL: <http://www.bzga.de/pdf.php?id=3e3612673ae7bae33b678f3c6ce65f91> [Stand: 23.06.2014].
- Olbermann, Elke / Dietzel-Papakyriakou, Maria** (1995): Forschungsprojekt: Entwicklung von Konzepten und Handlungsstrategien für die Versorgung älterwerdender und älterer Ausländer. Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung und Beratung. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Oliver, Christine** (1992): The Antecedents of Deinstitutionalization. In: *Organization Studies* Vol. 13, No. 4, pp. 563–588.
- Olk, Thomas** (2011): Freie Träger in der Sozialen Arbeit. In: Otto, Hans-Uwe / Thiersch, Hans (Hrsg.): *Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik*. München/Basel: Reinhardt, S. 415–428.
- Oltmer, Jochen** (2012): Einführung: Migrationsverhältnisse und Migrationsregime nach dem Zweiten Weltkrieg. In: Oltmer, Jochen / Kreienbrink, Axel / Sanz Díaz, Carlos (Hrsg.): *Das „Gastarbeiter“-System. Arbeitsmigration und ihre Folgen in der Bundesrepublik Deutschland und Westeuropa*. München: Oldenbourg, S. 9–21.
- Oppen, Maria** (1985): Ausländerbeschäftigung, Gesundheitsverschleiß und Krankenstand. In: Collatz, Jürgen / Kürsat-Ahlers, Elçin / Korporal, Johannes (Hrsg.): *Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik*. Hamburg: ebv Rissen, S. 196–212.
- Oppermann, Carolin** (2010): Interkulturelle Arbeit in Altenheimen. „Als ob wir uns immer wieder unterwegs irgendwie auf eine kleine Reise begeben“. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Orfeld, Barbara / Sellinghoff, Klaudia** (2013): „Kultursensible Pflege brauchen wir jetzt!“. Interview mit Ulrika Zabel, kom-zen. In: *Die BKK – Zeitschrift der Betrieblichen Krankenversicherung*, Nr. 01, S. 36–37.
- Orlowski, Uwe** (2013): „Initiative für kultursensible Pflegestützpunkte – Empfehlungen und Arbeitshilfen“ – Eine Dokumentation. Berlin.
- Otte, Jan Thomas** (2009): Auf türkische Art ins Alter – Erstes deutsches Pflegeheim. In: *MiGAZIN*, 08.10.2009, URL: <http://www.migazin.de/2009/10/08/auf-turkische-art-ins-alter-erstes-deutsches-pflegeheim/> [Stand: 18.05.2014].
- Ottenströer Immobilienwirtschaft / W&P Immobilienberatung GmbH** (2016): *Pflegeheim-Atlas Deutschland 2016. Regionale Marktdaten. Auslastungsgrade. Potenziale*. Frankfurt a. M./Berlin/Hamburg.
- Otto, Hans-Uwe / Schrödter, Mark** (2006): Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft. Von der Assimilation zur Multikulturalität – und zurück? In: Otto, Hans-Uwe / Schrödter, Mark (Hrsg.): *Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft. Multikulturalismus, Neo-Assimilation, Transnationalität*. Neue Praxis Sonderheft 8. Lahnstein: Verlag Neue Praxis, S. 1–18.
- Özakin, Sedef** (1993): Ausländische Arbeitnehmer vor dem Rentenalter am Beispiel türkischer Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Literaturanalyse mit Fallstudien. Konstanz: Hartung-Gorre.
- Ozankan, Murat** (2010): Ein junges Gesicht der Migration: Ältere Migrantinnen und Migranten – Zum Stellenwert muttersprachlicher gerontopsychiatrischer Behandlungsangebote. In: *Informationsdienst Altersfragen* Jg. 37, Nr. 06, S. 16–21.
- Ozankan, Murat / Kessler, Josef** (2011): Dement im fremden Land. In: van Keuk, Eva / Ghaderi, Cinur / Joksimovic, Ljiljana / David, Dagmar M. (Hrsg.): *Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 217–228.
- Özcan, Veysel / Seifert, Wolfgang** (2006): Lebenslagen älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.): *Lebenssituation und Gesundheit älterer Migranten in Deutschland. Expertisen zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung*. Berlin/Münster: Lit, S. 7–75.
- Özçelik, Nese** (2012): Alternative Wohnformen für ältere MigrantInnen und PendlerInnen – Das Modellprojekt „Pro Wohnen“. In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.): *Altern in der Migrationsgesellschaft. Dossier*. Berlin, S. 59–63.
- Özkanli, Deniz** (2009a): Islamic Care Home Şefkat – Well begun is half done with good employees. In: ENIEC (European Network on Intercultural Elderly Care) Newsletter, No. 27, pp. 4–5.

- Özkanlı, Deniz** (2009b): Project Day-Care-Center Şefkat. In: ENIEC (European Network on Intercultural Elderly Care) Newsletter, No. 30, pp. 2–4.
- Özkanlı, Deniz** (2010): Special care or regular care, that's the question. In: ENIEC (European Network on Intercultural Elderly Care) Newsletter, No. 39, pp. 2–3.
- Padilla-Frausto, D. Imelda / Wallace, Steven P. / Benjamin, A. E.** (2014): Structural and Cultural Issues in Long-Term Services and Supports for Minority Populations. In: Whitfield, Keith E. / Baker, Tamara A. (Eds.): Handbook of Minority Aging. New York: Springer, pp. 221–236.
- Papadopoulos, Irena** (2003): Das Lehren von transkultureller Pflege an einer britischen Universität. In: Friebe, Jens / Zalucki, Michaela (Hrsg.): Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bielefeld: W. Bertelsmann, S. 85–99.
- Papakyriakou, Maria** (1990): Die anderen Alten: Zur Situation alter Arbeitsmigrantinnen. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit Jg. 41, Nr. 1, S. 14–19.
- Paquet, Robert / Jacobs, Klaus** (2015): Die Pflegeversicherung als Sozialversicherung – institutionelle Rahmenbedingungen und Grenzen. In: Sozialer Fortschritt Jg. 64, Nr. 1-2, S. 1–7.
- Parrott, Nicholas** (2012): Vereinigte Staaten von Amerika (USA). In: focus Migration, Länderprofil, Nr. 4, S. 1–13.
- Parusel, Bernd** (2009): Schweden. In: focus Migration, Länderprofil, Nr. 18, S. 1–11.
- Paß, Rita** (2006): Alter(n)svorstellungen älterer Migrantinnen. Eine explorative Studie über deren biografische Lebensentwürfe. Hamburg: Kovac.
- Passon, Anna / Kessler, Josef / Lungen, Markus** (2011): Demenz bei Menschen mit Migrationshintergrund. Eine besondere Herausforderung für Diagnose und Pflege. In: Migration und Soziale Arbeit Jg. 33, Nr. 3, S. 267–273.
- Patel, Naina** (1999): Black and Minority Ethnic Elderly: Perspectives on Long-Term Care. In: The Royal Commission on Long Term Care (Ed.): With Respect to Old Age: Long Term Care – Rights and Responsibilities. London, pp. 257–304.
- Patel, Naina** (2003): Introduction. In: Patel, Naina (Ed.): Minority Elderly Care in Europe. Country Profiles. London: Policy Research Institute on Ageing and Ethnicity (PRIAE), pp. 1–4.
- Pauli, Julia / Egetmeyer, Lena / Meisel, Ráhel / Radt, Susanne Lea** (2013): Arbeitsbericht. Alter, Migration und Mehrsprachigkeit: Eine explorative Untersuchung Hamburger Senioreneinrichtungen. Teilprojekt „Alter, Sprache und Migration“ (inet 2), Februar 2012 – Januar 2013. URL: [http://www.ethnologie.uni-hamburg.de/de/\\_pdfs/Julia-Pauli/Bericht-Alter-Migration-und-Mehrsprachigkeit-in-Hamburg.pdf](http://www.ethnologie.uni-hamburg.de/de/_pdfs/Julia-Pauli/Bericht-Alter-Migration-und-Mehrsprachigkeit-in-Hamburg.pdf) [Stand: 31.10.2014].
- Pedelabar, Patricia** (2012): Betreuungs- und Haushaltsdienstleistungen als Jobmotor der Zukunft. In: Newsletter der Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa, Nr. 2, S. 2–3.
- Peek, M. Kristen / Ray, Laura / Patel, Kushang / Stoebner-May, Diane / Ottenbacher, Kenneth J.** (2004): Reliability and Validity of the SF-36 Among Older Mexican Americans. In: The Gerontologist Vol. 44, No. 3, pp. 418–425.
- Penning, Margaret J.** (1983): Multiple Jeopardy: Age, Sex, and Ethnic Variations. In: Canadian Ethnic Studies Vol. 15, No. 3, pp. 81–105.
- Pereira, Irene / Lazarowich, Michael / Wister, Andrew V.** (1996): Ethnic Content in Long Term Care Facilities for Portuguese and Italian Elderly. In: Canadian Ethnic Studies Vol. 28, No. 2, pp. 82–97.
- Peters, Tim / Grützmann, Tatjana / Bruchhausen, Walter / Coors, Michael / Jacobs, Fabian / Kaelin, Lukas / Knipper, Michael / Kressing, Frank / Neitzke, Gerald** (2014): Grundsätze zum Umgang mit Interkulturalität in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Positionspapier der Arbeitsgruppe Interkulturalität in der medizinischen Praxis in der Akademie für Ethik in der Medizin. In: Ethik in der Medizin, o. S.
- Pfadenhauer, Michaela** (2009): Professioneller Stil und Kompetenz. Einleitende Überlegungen im Rekurs auf Bourdieus Habitus-Konzept. In: Pfadenhauer, Michaela / Scheffer, Thomas (Hrsg.): Profession, Habitus und Wandel. Frankfurt a. M. u. a.: Peter Lang, S. 7–19.
- Pfau-Effinger, Birgit / Eichler, Melanie / Och, Ralf** (2008): Dynamiken im gesellschaftlichen Arrangement der Altenpflege. In: Rehberg, Karl-Siegbert / Deutsche Gesellschaft für Soziologie (Hrsg.): Die Natur der Gesellschaft. Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006. Frankfurt a. M.: Campus Verlag, S. 2665–2677.
- Piwoni, Eunike** (2012): Nationale Identität im Wandel. Deutscher Intellektuellendiskurs zwischen Tradition und Weltkultur. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Plejert, Charlotta / Jansson, Gunilla / Yazdanpanah, Maziar** (2014): Response Practices in Multilingual Interaction with an Older Persian Woman in a Swedish Residential Home. In: Journal of Cross-Cultural Gerontology Vol. 29, No. 1, pp. 1–23.

- Polat, Abdullah** (2011): Integration der Transkulturellen Aspekte in den Pflegeprozess. In: van Keuk, Eva / Ghaderi, Cinur / Joksimovic, Ljiljana / David, Dagmar M. (Hrsg.): Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern. Stuttgart: Kohlhammer, S. 229–241.
- Policy Research Institute on Ageing and Ethnicity (PRIAE)** (2004): Minority Elderly Health & Social Care in Europe. PRIAE Research Briefing. Summary Findings of the Minority Elderly Care (MEC)<sup>©</sup> Project. In the United Kingdom, France, Germany, Netherlands, Spain, Finland, Hungary, Bosnia-Herzegovina, Croatia and Switzerland: Policy Research Institute on Ageing and Ethnicity (PRIAE).
- Policy Research Institute on Ageing and Ethnicity (PRIAE)** (2005): A Conference Report on Delivering Quality Minority Ethnic Edlers` Health and Social Care in Europe. 4th October 2005. Queen Elizabeth II Conference Centre, London. URL: [http://www.priae.org/assets/4\\_PRIAE\\_MEC\\_Results\\_into\\_practice\\_QEII\\_Conf\\_report\\_UK\\_Presidency\\_2005.pdf](http://www.priae.org/assets/4_PRIAE_MEC_Results_into_practice_QEII_Conf_report_UK_Presidency_2005.pdf) [Stand: 03.09.2015].
- Polimeni, Valerio** (1988): Senioren im Centro Italiano in Stuttgart. Grundlagen und Ziele der Arbeit mit italienischen Senioren. In: IZA – Informationsdienst zur Ausländerarbeit, Nr. 2, S. 38–40.
- Polimeni, Valerio** (1991a): Tiefe Risse in den Familien. Das besondere Leid der altgewordenen Ausländer wird kaum gesehen. In: Altenpflege Jg. 16, Nr. 5, S. 293–295.
- Polimeni, Valerio** (1991b): Ziele in der Arbeit mit ausländischen alten Menschen. In: Diakonisches Werk der EKD (Diakonie) (Hrsg.): Älterwerden in der Fremde. Dokumentation der gleichnamigen Zwischentagung der in der Ausländersozialarbeit stehenden Mitarbeiter(innen) des Diakonischen Werkes der EKD. Vom 11. bis 13. März 1991 in der Evangelischen Sozialakademie Friedewald. Stuttgart: Diakonisches Werk der EKD, S. 22–31.
- Population Reference Bureau** (2013): Elderly Immigrants in the United States. In: Today's Research on Aging, Issue 29, pp. 1–9.
- Preisendörfer, Peter** (2011): Organisationssoziologie. Grundlagen, Theorien und Problemstellungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pries, Ludger** (2013): Migrantenselbstorganisationen. Umfang, Strukturen, Bedeutung. In: focus Migration, Kurzdossier, Nr. 21, S. 1–9.
- Protschka, Johanna** (2012): Kultursensible Altenpflege: Kein Ansturm auf Pflegeleistungen. In: Deutsches Ärzteblatt Jg. 109, Nr. 27-28, S. 1424–1426.
- Przyborski, Aglaja / Wohlrab-Sahar, Monika** (2014): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. München: Oldenbourg.
- Raabe, Harald** (2003a): Damit einem die Pflege nicht spanisch vorkommt: Kultursensible Altenhilfe. In: ProAlter, Nr. 4, S. 6–7.
- Raabe, Harald** (2003b): Multi-Kulti-Altenpflege mit Vorbildcharakter? Pflege in Montréal – Schmelztigel der Kulturen. In: ProAlter, Nr. 4, S. 22–30.
- Raasch, Sibylle / Rastetter, Daniela** (2010): Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG): Gesetzliche Regelungen und Umsetzung im Betrieb. In: Badura, Bernhard / Schröder, Helmut / Klose, Joachim / Macco, Katrin (Hrsg.): Fehlzeiten Report 2010. Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potenziale nutzen. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 11–21.
- Raissi, Donya** (2015): „Das würde mich sehr freuen“. Auf dem Weg zum islamischen Wohlfahrtsverband. URL: <http://www.deutsche-islam-konferenz.de/DIK/DE/Magazin/Lebenswelten/Wohlfahrtspflege/islamischer-wohlfahrtsverband-node.html> [Stand: 09.09.2016].
- Rallu, Jean-Louis** (2016): Projections of Older Immigrants in France, 2008-2028. In: Population, Space and Place.
- Rauer, Valentin / Schmidtke, Oliver** (2001): „Integration“ als Exklusion? Zum medialen und alltagspraktischen Umgang mit einem umstrittenen Konzept. In: Berliner Journal für Soziologie Jg. 11, Nr. 3, S. 277–296.
- Razum, Oliver** (2009): Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. In: Richter, Matthias / Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 255–270.
- Reinhardt, Andrea** (2009): Interkulturelle Kompetenz in der Pflege. In: Sahmel, Karl-Heinz (Hrsg.): Pflegerische Kompetenzen fördern. Pflegepädagogische Grundlagen und Konzepte. Stuttgart: Kohlhammer, S. 136–160.
- Reinprecht, Christoph** (2011): Verwundbarkeit des Alterns in der Migration. Lebensrealitäten der türkeistämmigen älteren Bevölkerung. In: Aus Politik und Zeitgeschichte Jg. 61, Nr. 43, S. 35–41.
- Reinprecht, Christoph / Weiss, Hilde** (2011): Migration und Integration: Soziologische Perspektiven und Erklärungsansätze. In: Fassmann, Heinz / Dahlvik, Julia (Hrsg.): Migrations- und Integrationsforschung – multidisziplinäre Perspektiven. Ein Reader. Wien: V&R unipress, S. 13–31.

- Remmers, Hartmut** (2010): Transformation pflegerischen Handelns. Entwurf einer theoretischen Erklärungsskizze. In: Kreuzer, Susanne (Hrsg.): Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. Bis. 21. Jahrhundert. Göttingen: V&R unipress, S. 33–64.
- Rempusheski, Veronica F.** (1988): Caring for Self and Others: Second Generation Polish American Elders in an Ethnic Club. In: *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, No. 3, pp. 223–271.
- Resch-Hoppstock, Sabine** (Hrsg.) (1994): Am Ende der Wanderung – Alte Migranten. Konzepte – Perspektiven. Braunschweig/Hannover: Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Braunschweig; Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Ridderbusch, Jens** (1997): Unterstützungsbedarf und Pflegeerwartungen. In: Zoll, Ralf (Hrsg.): Die soziale Lage älterer MigrantInnen in Deutschland. Münster: Lit, S. 196–205.
- Riegel, Christine** (2009): Integration – ein Schlagwort? Zum Umgang mit einem problematischen Begriff. In: Sauer, Karin Elinor / Held, Josef (Hrsg.): Wege der Integration in heterogenen Gesellschaften. Vergleichende Studien. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 23–40.
- Rieser, Sabine** (2000): Migranten im Gesundheitswesen: „Türken haben Kultur, Deutsche eine Psyche“. In: *Deutsches Ärzteblatt Jg. 97, Nr. 8, S. 430–431*.
- Riesgo Alonso, Vicente** (2011): Die soziale Wirklichkeit verändern. Kooperationen des DRK mit Migrant\*innenorganisationen im Rahmen Interkultureller Öffnung. In: Deutsches Rotes Kreuz Generalsekretariat (Hrsg.): Viele Gesichter – Ein Verband. Die Interkulturelle Öffnung im DRK. Berlin, S. 26–30.
- Ring, Hans** (1998): Einwanderungspolitik im schwedischen Wohlfahrtsstaat. In: Bommers, Michael / Halfmann, Jost (Hrsg.): Migration in nationalen Wohlfahrtsstaaten. Theoretische und vergleichende Untersuchungen. Osnabrück: Rasch, S. 239–249.
- Rizzi, Elisabeth** (2006): Lebensqualität steigt bei staatlichem Engagement. Internationaler Vergleich der Altenpflege in Europa. In: *Curaviva*, Nr. 2, S. 6–9.
- Roland, Eva** (2006): Fremde Welten. In: *Altenpflege Jg. 31, Nr. 2, S. 66–67*.
- Rommelspacher, Birgit** (2004): Vorwort. In: Rommelspacher, Birgit (Hrsg.): Die offene Stadt. Interkulturalität und Pluralität in Verwaltungen und sozialen Diensten. Dokumentation der Fachtagung vom 23.09.2003, Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin. Berlin: Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin, S. 1–2.
- Rommelspacher, Birgit** (2005): Transkulturelle Beratung in der Pflege. In: *Pflege und Gesellschaft Jg. 10, Nr. 4, S. 182–189*.
- Rosen, Klaus-Henning** (Hrsg.) (1999): Flucht: ältere Menschen – vergessene Flüchtlinge. Jahrbuch der Deutschen Stiftung für UNO-Flüchtlingshilfe. Berlin/Bad Honnef: Ost-West-Verlag.
- Rosenthal Gelman, Caroline / Tompkins, Catherine J. / Ihara, Emily S.** (2014): The Complexities of Caregiving for Minority Older Adults: Rewards and Challenges. In: Whitfield, Keith E. / Baker, Tamara A. (Eds.): *Handbook of Minority Aging*. New York: Springer, pp. 313–327.
- Rosenthal, Carolyn J.** (1983): Aging, Ethnicity and the Family: Beyond the Modernization Thesis. In: *Canadian Ethnic Studies Vol. 15, No. 3, pp. 1–16*.
- Roth, Günter** (2007): Dilemmata der Altenpflege: Die Logik eines prekären sozialen Feldes. In: *Berliner Journal für Soziologie Jg. 17, Nr. 1, S. 77–96*.
- Roth, Günter** (2011): Politik und Regulierung sozialer Dienste für ältere Menschen im internationalen Vergleich. URL: [http://www.sozial-politik-seminar.de/textefrei/Altenpflege\\_Regulierung\\_Altenpflegepolitik\\_Alterssozialpolitik\\_2011.pdf](http://www.sozial-politik-seminar.de/textefrei/Altenpflege_Regulierung_Altenpflegepolitik_Alterssozialpolitik_2011.pdf) [Stand: 16.08.2016].
- Rothe, Achim** (1992): Altern in der Fremde. Neue Herausforderungen an die soziale Arbeit. Kassel: Selbstverlag der Interdisziplinären Arbeitsgruppe für Angewandte Soziale Gerontologie, Gesamthochschule Kassel.
- Rother, Stefan** (2016): Multikulturelle Gesellschaft und Leitkultur. In: Meier-Braun, Karl-Heinz / Weber, Reinhold (Hrsg.): Deutschland Einwanderungsland. Begriffe – Fakten – Kontroversen. Stuttgart: Kohlhammer, S. 229–232.
- Rothgang, Heinz** (2000): Pflegebedarfsplanung in Deutschland. Gegenstand, Bilanz und Perspektiven. In: *Zeitschrift für Sozialreform Jg. 46, Nr. 11, S. 1003–1021*.
- Rothgang, Heinz** (2015a): Pflegestärkungsgesetz II. Was lange währt, wird endlich teuer. In: *Wirtschaftsdienst Jg. 95, Nr. 12, S. 806*.
- Rothgang, Heinz** (2015b): „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ – fundamentale Fehlentscheidung oder zukunftsträchtiges Modell? In: *Sozialer Fortschritt Jg. 64, Nr. 1-2, S. 8–14*.
- Ruddat, Claudia** (2014): Kultursensible Altenhilfe. In: Grohs, Stephan / Schneiders, Katrin / Heinze, Rolf G. (Hrsg.): *Mission Wohlfahrtsmarkt. Institutionelle Rahmenbedingungen, Strukturen und Verbreitung von Social Entrepreneurship in Deutschland*. Baden-Baden: Nomos, S. 118–135.

- Runnymede / Centre for Policy on Ageing** (2010): The future ageing of the ethnic minority population of England and Wales. Older BME People and Financial Inclusion Report. London: Runnymede; Centre for Policy on Ageing.
- Rürup, Bettina Luise / Şentürk, Beyhan (Hrsg.)** (2011): Mittenmang. Bürgerschaftliches Engagement – Zuwanderung – Alter. 20 Porträts. Bonn: Dietz.
- Ruspini, Paolo** (Ed.) (2010): Elderly Migrants in Europe: An Overview of Trends, Policies and Practices. URL: [http://www.cermes.info/upload/docs/Elderly\\_migrants\\_in\\_Europe\\_paolo\\_ruspini\\_14\\_07\\_10.pdf](http://www.cermes.info/upload/docs/Elderly_migrants_in_Europe_paolo_ruspini_14_07_10.pdf) [Stand: 22.08.2012].
- Ruys, Els** (2010): Inter-cultural elderly care and social care in The Hague. In: ENIEC (European Network on Intercultural Elderly Care) Newsletter, No. 33, pp. 1–3.
- Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR)** (2014): Deutschlands Wandel zum modernen Einwanderungsland. Jahresgutachten 2014 mit Integrationsbarometer. Berlin.
- Sahlin, Kerstin / Wedlin, Linda** (2008): Circulating Ideas: Imitation, Translation and Editing. In: Greenwood, Royston / Oliver, Christine / Suddaby, Roy / Sahlin, Kerstin (Eds.): The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism. Los Angeles u. a.: SAGE, pp. 218–242.
- Sahyazici, Fidan** (2011): Die psychische Gesundheit von älteren türkischen MigrantInnen in Deutschland. In: Migration und Soziale Arbeit Jg. 33, Nr. 01, S. 14–21.
- Sainsbury, Diane** (2006): Immigrants' social rights in comparative perspective. Welfare regimes, forms in immigration and immigration policy regimes. In: Journal of European Social Policy Vol. 16, No. 3, pp. 229–244.
- Salari, Sonia** (2002): Invisible in Aging Research: Arab Americans, Middle Eastern Immigrants, and Muslims in the United States. In: The Gerontologist Vol. 42, No. 5, pp. 580–588.
- Salman, Ramazan** (2001): Zur Gesundheitsversorgung von MigrantInnen. In: Domenig, Dagmar (Hrsg.): Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern: Huber, S. 87–100.
- Sauer, Martina / Halm, Dirk** (2010): Altersvorsorge der türkeistämmigen Bevölkerung in Deutschland. Fakten, Meinungen und Unterschiede zu Deutschstämmigen. Köln: Deutsches Institut für Altersvorsorge.
- Schädel, Thomas** (2001): Fremdsein und Altsein. Möglichkeiten und Grenzen der Integration türkischer Arbeitsmigranten der „1. Generation“. Hamburg: Kovac.
- Schäfer, Axenia / Clees, Jörg** (2011): „Altenpfleger können doch nix!“ In: Altenpflege Jg. 36, Nr. 2, S. 40–41.
- Scheffler, Sabine** (1996): Angeworben – Hiergeblieben – Altgeworden. Lebenssituation türkischer Rentner in Deutschland. In: AWO-Magazin Jg. 41, Nr. 4, S. 6–8.
- Scheib, Hermann** (1995): Ältere MigrantInnen und die Altenhilfe. Ergebnisse einer Untersuchung zur Nutzung von Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe durch ältere MigrantInnen in Frankfurt am Main. In: IZA – Informationsdienst zur Ausländerarbeit, Nr. 2, S. 46–51.
- Scheib, Hermann** (1996): Ältere Migranten/-innen: Herausforderungen an die Altenhilfe. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit Jg. 47, Nr. 2, S. 32–36.
- Scheib, Valentina Veneto** (1998): Öffnung der Regeldienste und interkulturelle Kompetenz in der Beratung von MigrantInnen. In: IZA – Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit 20, Nr. 1, S. 42–44.
- Schemmann, Michael** (2009): Das unausgeschöpfte Potential des Neo-Institutionalismus – Die Verknüpfung der analytischen Ebenen als zukünftiger Forschungsfokus. In: Koch, Sascha / Schemmann, Michael (Hrsg.): Neo-Institutionalismus in der Erziehungswissenschaft. Grundlegende Texte und empirische Studien. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 347–358.
- Schenk, Liane / Meyer, Roger / Maier, Andrea-Sophie Aronson Polina / Gül, Kübra** (2011): Rekonstruktion der Vorstellungen vom Altern und von Einstellungen zur (stationären) Pflege bei Personen mit Migrationshintergrund. Berlin: Institut für Medizinische Soziologie am Centrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Charité – Universitätsmedizin Berlin; Zentrum für Qualität in der Pflege.
- Scheppers, Emmanuel / van Dongen, Els / Dekker, Jos / Geertzen, Jan / Dekker, Joost** (2006): Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. In: Family Practice Vol. 23, No. 3, pp. 325–348.
- Schieren, Marlies** (1982): 7. Urteile und Vorurteile – Meinungen und Einstellungen. In: Geißler, Heiner (Hrsg.): Ausländer in Deutschland – Für eine gemeinsame Zukunft. Band I: Entwicklungen und Prognosen. München/Wien: Günter Olzog Verlag, S. 137–147.
- Schierup, C.-U. / Ålund, A.** (2011): The end of Swedish exceptionalism? Citizenship, neoliberalism and the politics of exclusion. In: Race & Class Vol. 53, No. 1, pp. 45–64.

- Schilder, Michael** (2006): Bedeutungsflexibilität im Rahmen einer transkulturellen stationären Altenpflege. In: Götzlmann, Arnd / Schwendemann, Wilhelm (Hrsg.): Inter-Kulturalität. Evangelische Hochschulperspektiven Band 2. Freiburg im Breisgau: FEL, Verlag Forschung, Entwicklung, Lehre, S. 156–168.
- Schilder, Michael** (2012): Interkulturelle Öffnung in der ambulanten und stationären Altenpflege/-hilfe. In: Griese, Christiane / Marburger, Helga (Hrsg.): Interkulturelle Öffnung. Ein Lehrbuch. München: Oldenbourg, S. 201–223.
- Schilling, Katharina** (2015): Vereinigtes Königreich: Restriktive Migrationspolitik wird fortgesetzt. In: Migration und Bevölkerung – Newsletter, Nr. 4, S. 8.
- Schimank, Uwe** (2007): Neoinstitutionalismus. In: Benz, Arthur / Lütz, Susanne / Schimank, Uwe / Simonis, Georg (Hrsg.): Handbuch Governance. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendungsfelder. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 161–175.
- Schimank, Uwe / Volkmann, Ute** (2008): Ökonomisierung der Gesellschaft. In: Maurer, Andrea (Hrsg.): Handbuch der Wirtschaftssoziologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 382–393.
- Schimany, Peter / Rühl, Stefan / Kohls, Martin** (2012): Ältere Migrantinnen und Migranten. Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven. Forschungsbericht 18. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Schmalz-Jacobsen, Cornelia** (1995): Einführung zu den Empfehlungen zur interkulturellen Öffnung sozialer Dienste. In: Barwig, Klaus / Hinz-Rommel, Wolfgang (Hrsg.): Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 123–128.
- Schmid, Josef / Mansour, Julia I.** (2007): Wohlfahrtsverbände. Interesse und Dienstleistung. In: Winter, Thomas von / Willems, Ulrich (Hrsg.): Interessenverbände in Deutschland. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 244–270.
- Schmidt, Bettina** (2000): Die Kultur der Pflege ist die Pflege der Kultur. In: Evangelische Impulse: Zeitschrift für die Arbeit mit alten Menschen, Nr. 3, S. 40–42.
- Schmidt, Birte** (2014): Ein Vorbild für die Welt. Schweden. Hohe Investitionen, zufriedene Senioren. In: Das Parlament, 07.07.2014, Nr. 28–30, S. 3.
- Schmidt, Stefan** (2009): Interkulturelle Pflegeberatung – Paradigmenwechsel erforderlich. In: Informationsdienst Altersfragen Jg. 36, Nr. 5, S. 12–15.
- Schmidt, Waldemar** (2003): Alter – Migration – Qualifikation. (Neue) Anforderungen an die Zuwanderungsgesellschaft. In: Friebe, Jens / Zalucki, Michaela (Hrsg.): Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bielefeld: W. Bertelsmann, S. 13–28.
- Schmidt-Fink, Ekkehart / Zwick, Martin** (2002): Neue Wege der Pflege. Zur Notwendigkeit kulturkompetenter Pflege. In: AID – Ausländer in Deutschland, Nr. 1, S. 6.
- Schmidt-Wellenburg, Christian** (2014): Der Aufstieg der Beratung zur transnationalen Regierungsform im Feld des Managements. In: Berliner Journal für Soziologie Jg. 24, Nr. 2, S. 227–255.
- Schmitt, Guido** (2008): Migration und Alter. Eine essayistische Skizze zur italienischen ‚Gastarbeiter‘-Generation. In: Buchen, Sylvia / Maier, Maja S. (Hrsg.): Älterwerden neu denken. Interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 275–286.
- Schmitter, Barbara E.** (1980): Immigrants and Associations: Their Role in the Socio-Political Progress of Immigrant Worker Integration in West Germany and Switzerland. In: International Migration Review Vol. 14, No. 2, pp. 179–192.
- Schneider, Monika** (2007): „Nascha Kwartihra GbR“. Erste Erfahrungen der ambulanten Pflegewohngruppe für Russischsprachige. In: IKoM-Newsletter Jg. 6, Nr. 3, S. 4.
- Schneiderheinze, Klaus** (1998): Regionale Unterschiede der Wohnverhältnisse älterer Migranten in Deutschland. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.): Wohnverhältnisse älterer Migranten. Expertenband 4 zum Zweiten Altenbericht der Bundesregierung. Frankfurt a. M./New York: Campus Verlag.
- Schneiders, Katrin** (2010): Vom Altenheim zum Seniorenservice. Institutioneller Wandel und Akteurskonstellationen im sozialen Dienstleistungssektor. Baden-Baden: Nomos.
- Schneiders, Katrin** (2015): Ökonomisierung und Ausdifferenzierung. Veränderte Akteurskonstellationen im Altenpflegesektor. In: Brandenburg, Hermann / Güther, Helen / Proft, Ingo (Hrsg.): Kosten kontra Menschlichkeit. Herausforderungen an eine gute Pflege im Alter. Ostfildern: Matthias Grünewald Verlag, S. 151–164.
- Schnell, Rainer / Hill, Paul B. / Esser Elke** (2013): Methoden der empirischen Sozialforschung. München: Oldenbourg.
- Scholten, Margôt** (2015): Elderly immigrants in the United States. In: ENIEC (European Network on Intercultural Elderly Care) Newsletter, No. 69, pp. 2–5.
- Schönwälder, Karen** (2010): Einwanderer in Räten und Parlamenten. In: Aus Politik und Zeitgeschichte Jg. 60, Nr. 46–47, S. 29–35.

- Schopf, Christine / Naegele, Gerhard** (2005): Alter und Migration – ein Überblick. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Vol. 38, Nr. 6, S. 384–395.
- Schröer, Hubertus** (2006): Vielfalt gestalten. Kann Soziale Arbeit von Diversity-Konzepten lernen? In: Migration und Soziale Arbeit Jg. 28, Nr. 1, S. 60–68.
- Schröer, Hubertus** (2007): Interkulturelle Öffnung und Diversity Management. Expertise erstellt im Auftrag von anakonde GbR. München.
- Schröer, Hubertus** (2009): Interkulturelle Öffnung und Diversity Management. Ein Vergleich der Strategien. In: Migration und Soziale Arbeit Jg. 31, Nr. 3/4, S. 203–211.
- Schröer, Hubertus** (2016): Interkulturelle Öffnung und Diversity Management. In: Genkova, Petia / Ringeisen, Tobias (Hrsg.): Handbuch Diversity Kompetenz: Gegenstandsbereiche. Wiesbaden: Springer, S. 1–12.
- Schröer, Wolfgang / Schweppe, Cornelia** (2010): Alter und Migration. Herausforderungen für Gesellschafts-, Sozial- und Migrationspolitik. In: Sozial extra, Nr. 7/8, S. 50–53.
- Schroeter, Klaus R.** (2002): Lebenswelten ohne (soziale) Hinterbühne: Die Lebenslagen stationär versorgter, pflegebedürftiger älterer Menschen unter dem Vergrößerungsglas einer feld- und figurationssoziologischen Betrachtung. In: Dallinger, Ursula / Schroeter, Klaus R. (Hrsg.): Theoretische Beiträge zur Alterssoziologie. Opladen: Leske + Budrich, S. 141–168.
- Schroeter, Klaus R.** (2008): Pflege in Figuretionen – ein theoriegeleiteter Zugang zum ‚sozialen Feld der Pflege‘. In: Bauer, Ullrich / Büscher, Andreas (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 49–77.
- Schubert, Christine / Herz, Helmut** (2008): Im Prozess der Interkulturellen Öffnung der sozialen Dienste: Die AWO Nürnberg. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit Jg. 59, Nr. 05, S. 268–273.
- Schuleri-Hartje, Ulla-Kristina / Just, Hans-Georg** (1994): Migranten im Alter. Möglichkeiten kommunaler Altenhilfe. Berlin: Deutsches Institut für Urbanistik.
- Schulte, Axel** (1993): Zur spezifischen Lebenssituation älterer MigrantInnen in der Bundesrepublik Deutschland. Ein problematisierender Überblick. In: IZA – Informationsdienst zur Ausländerarbeit, Nr. 3, S. 26–35.
- Schulte, Axel** (1995): Zur Lebenssituation und Integration von älteren Migranten in der Bundesrepublik Deutschland. In: Seifert, Wolfgang (Hrsg.): Wie Migranten leben. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, S. 61–73.
- Schulte, Axel** (2010): Verbotene Diskriminierung oder zulässige Unterscheidung? Zur Ungleichbehandlung wegen der Religion bei der Beschäftigung im kirchlichen Bereich. In: Migration und Soziale Arbeit Jg. 32, Nr. 3/4, S. 265–275.
- Schulte, Axel / Schumacher, Ralf / Benz, Pilar / Glinowiecki, Barbara / Kavi, Ina / Fischer, Ludger / Wesels, Helen / Widdel, Gabriele / Ton, Dusan** (1990): Ältere Ausländer als Problemgruppe? Projektgruppe ältere Ausländer Hannover. In: IZA – Informationsdienst zur Ausländerarbeit, Nr. 3, S. 35–45.
- Schultz, Caroline / Wittlif, Alex** (2015): In Vielfalt altern. Pflege und Pflegepräferenzen im Einwanderungsland Deutschland. Policy Brief des SVR-Forschungsbereichs 2015-2. Berlin: Forschungsbereich beim Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration.
- Schultz, Dagmar** (2003): Kulturelle Kompetenz in der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung ethnischer Minderheiten: Das Beispiel San Francisco, Kalifornien. In: David, Matthias / Borde, Theda (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag, S. 167–189.
- Schulz, Erika** (2012): Pflege in Europa. Das deutsche Pflegesystem ist im EU-Vergleich unterdurchschnittlich finanziert. In: DIW Wochenbericht, Nr. 13, S. 10–16.
- Schwager, Martina** (2014): Islamischer Wohlfahrtsverband. Islamexperte fordert islamische Kitas und Altenheime. In: MiGAZIN, 07.08.2014, URL: <http://www.migazin.de/2014/08/07/islamischer-wohlfahrtsverband-islamexperte-kitas-altenheime/> [Stand: 28.09.2016].
- Schwarthans, Karl-August** (2006): Interkulturelle Öffnung als Leitungs- und Managementaufgabe. In: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (Hrsg.): Die Umsetzung der interkulturellen Öffnung in unterschiedlichen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit. Eine Arbeitshilfe für die Praxis. Bonn, S. 42–43.
- Schweiger, Gottfried** (2013): Gleichheit und soziale Gerechtigkeit. In: Sedmak, Clemens (Hrsg.): Gleichheit. Vom Wert der Nichtdiskriminierung. Darmstadt: WBG, S. 33–50.
- Schweitzer, Helmuth** (2012): Durch periodisches Wiegen wird die Sau nicht fatter. Der „Nationale Aktionsplan Integration“ der Bundesregierung – ein geeignetes Instrument zur Evaluation von Integrationsprozessen? In: Sozial extra Jg. 36, Nr. 7-8, S. 27–30.
- Schwemmer, Barbara** (2013): Börek oder Currywurst. Wie kann ein interkulturelles Pflegekonzept aussehen? In: Sozialcourage, Nr. 1, S. 31.

- Schwepe, Cornelia** (1994a): Alte Migranten. In: sozialmagazin Jg. 19, Nr. 12, S. 15.
- Schwepe, Cornelia** (1994b): Die Lebenssituation von alten Arbeitsmigranten. Eine erste Bilanz. In: sozialmagazin Jg. 19, Nr. 12, S. 16–25.
- Schwepe, Cornelia** (1994c): Ansätze der Sozialen Arbeit mit älteren ArbeitsmigrantInnen. In: sozialmagazin Jg. 19, Nr. 12, S. 26–31.
- Schwinger, Antje / Waltersbacher, Andrea / Jürchott, Kathrin** (2015): Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Jacobs, Klaus / Kuhlmeier, Adelheid / Greß, Stefan / Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2015. Schwerpunkt: Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit. Stuttgart: Schattauer, S. 201–247.
- Scott, W. Richard** (1995): Institutions and Organizations. Thousand Oaks: Sage.
- Scott, W. Richard** (2004): Reflections on a Half-Century of Organizational Sociology. In: Annual Review of Sociology Vol. 30, pp. 1–21.
- Scott, W. Richard** (2008): Institutions and Organizations. Ideas and Interests. Los Angeles: Sage.
- Scott, W. Richard / Meyer, John W.** (1991): The Organization of Societal Sectors: Propositions and Early Evidence. In: Powell, Walter W. / DiMaggio, Paul J. (Eds.): The New Institutionalism in Organizational Analysis. Chicago/London: Chicago University Press, pp. 108–140.
- Scruggs, Lyle A. / Allan, James P.** (2008): Social Stratification and Welfare Regimes for the Twenty-First Century: Revisiting „The Three Worlds of Welfare Capitalism“. In: World Politics Vol. 60, No. 4, pp. 642–664.
- Sebibucin, Gönül** (2006): Interkulturelle Öffnung als Kundenorientierung. In: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (Hrsg.): Die Umsetzung der interkulturellen Öffnung in unterschiedlichen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit. Eine Arbeitshilfe für die Praxis. Bonn, S. 44–45.
- Seeberger, Bernd** (1995): Alternde türkische Gastarbeiter – Heimweh ohne Rückkehr. Kassel: Universität Kassel.
- Seeberger, Bernd** (1998): Altern in der Migration – Gastarbeiterleben ohne Rückkehr. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Seibold, Hannelore** (2011): Kultursensibel pflegen und begleiten. In: Köther, Ilka (Hrsg.): Altenpflege. Stuttgart: Thieme, S. 843–849.
- Seils, Eric** (2013): Armut im Alter – aktuelle Daten und Entwicklungen. In: WSI Mitteilungen, Nr. 5, S. 360–368.
- Seipel, Christian / Rieker, Peter** (2003): Integrative Sozialforschung. Konzepte und Methoden der qualitativen und quantitativen empirischen Forschung. Weinheim: Juventa.
- Seiters, Rudolf** (2011): Vorwort. In: Deutsches Rotes Kreuz Generalsekretariat (Hrsg.): Viele Gesichter – Ein Verband. Die Interkulturelle Öffnung im DRK. Berlin, S. 2–3.
- Senge, Konstanze** (2006): Zum Begriff der Institution im Neo-Institutionalismus. In: Senge, Konstanze / Hellmann, Kai-Uwe (Hrsg.): Einführung in den Neo-Institutionalismus. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 35–47.
- Senge, Konstanze** (2011): Das Neue am Neo-Institutionalismus. Der Neo-Institutionalismus im Kontext der Organisationswissenschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Senghaas-Knobloch, Eva** (2008): Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis. In: Berliner Journal für Soziologie Jg. 18, Nr. 2, S. 221–243.
- Serio, Antonella** (2004): Zum Stand des Projektes „Interkulturelle Öffnung der Dienste und Einrichtungen der Caritas“. In: Deutscher Caritasverband e. V. (Hrsg.): Brücken bauen – Fäden spinnen. Interkulturelle Öffnung der Caritas und die Rolle des Migrationsdienstes. Dokumentation: Fachtagung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Caritas, 14. - 16. Mai 2003, Gustav-Stresemann-Institut e. V., Bonn. Freiburg im Breisgau: Deutscher Caritasverband e. V., Referat Migration und Integration, S. 41–43.
- Settelmeyer, Anke** (2009): Interkulturelle Kompetenz von Medizinischen Fachangestellten mit Migrationsgeschichte: „Pluspunkt“ und zusätzliche Anforderungen. In: Migration und Soziale Arbeit Jg. 31, Nr. 3/4, S. 244–251.
- Shanin, Teodor** (1980): Die Bauern kommen: Migranten, die arbeiten, Bauern, die reisen, und Marxisten, die schreiben. In: Blaschke, Jochen / Greussing, Kurt (Hrsg.): „Dritte Welt“ in Europa. Probleme der Arbeitsimmigration. Frankfurt a. M.: Syndikat, S. 72–85.
- Siegel, Nico A.** (2007): Welten des Wohlfahrtskapitalismus und Typen wohlfahrtsstaatlicher Politik. In: Schmidt, Manfred G. / Ostheim, Tobias / Siegel, Nico A. / Zohnhöfer, Reimut (Hrsg.): Der Wohlfahrtsstaat. Eine Einführung in den historischen und internationalen Vergleich. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 260–276.
- Sieveling, Klaus** (1997): Pflegeversicherung und Migranten. In: Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik Jg. 17, Nr. 1, S. 17–24.

- Simoneit, Gerhard** (1990): Ethnizität und Altern. Eine Bibliographie zur sozialen Gerontologie in der Migrationsforschung. Berlin: Edition Parabolis.
- Simon-Hohm, Hildegard** (2004): Interkulturelle Öffnung – ein Schlüssel zur Gestaltung der Einwanderungsgesellschaft. Aktuelle Entwicklungen und Perspektiven. In: Deutscher Caritasverband e. V. (Hrsg.): Brücken bauen – Fäden spinnen. Interkulturelle Öffnung der Caritas und die Rolle des Migrationsdienstes. Dokumentation: Fachtagung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Caritas, 14. - 16. Mai 2003, Gustav-Stresemann-Institut e. V., Bonn. Freiburg im Breisgau: Deutscher Caritasverband e. V., Referat Migration und Integration, S. 13–34.
- Skodda, Karen** (1999): Menschen statt Klischees. In: *Altenpflege* Jg. 24, Nr. 9, S. 18–19.
- Skodda, Karen** (2001): Neue Herausforderungen. In: *Altenpflege* Jg. 26, Nr. 11, S. 21.
- Smits, Carolien H. M. / van den Beld, Hugo K. / Aartsen, Marja J. / Schroot, Johannes J. F.** (2014): Aging in the Netherlands: state of the art and science. In: *The Gerontologist* Vol. 54, No. 3, pp. 335–343.
- Soll-Paschen, Anke / Fournier, Katharina** (2011): Potenziale und Grenzen der Kooperation zwischen Migrationsfachdiensten und Migrantenorganisationen. In: *Migration und Soziale Arbeit* Jg. 33, Nr. 3, S. 229–232.
- Soom Ammann, Eva / Salis Gross, Corina** (2011): Alt und schwer erreichbar. „Best-Practice-Gesundheitsförderung im Alter“ bei benachteiligten Gruppen. München: AVM.
- Soysal, Yasemin Nuhoglu** (2012): Citizenship, immigration, and the European social project: rights and obligations of individuality. In: *The British journal of sociology* Vol. 63, No. 1, pp. 1–21.
- Specht, Walther** (1991): Grußwort des Direktors der HA III des Diakonischen Werkes der EKD, Hauptgeschäftsstelle, Dr. Specht, an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Tagung „Älterwerden in der Fremde“ vom 11.-13.3.1991 in Friedewald. In: Diakonisches Werk der EKD (Diakonie) (Hrsg.): Älterwerden in der Fremde. Dokumentation der gleichnamigen Zwischentagung der in der Ausländersozialarbeit stehenden Mitarbeiter(innen) des Diakonischen Werkes der EKD. Vom 11. bis 13. März 1991 in der Evangelischen Sozialakademie Friedewald. Stuttgart: Diakonisches Werk der EKD, S. 5–6.
- Spickard, James V.** (2002): Human Rights Through a Religious Lens: A Programmatic Argument. In: *Social Compass* Vol. 49, No. 2, pp. 227–238.
- Springer, André** (2011): Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe am Beispiel des AWO Servicehauses in Kiel-Mettenhof. In: *Migration und Soziale Arbeit* Jg. 33, Nr. 1, S. 49–51.
- Stanjek, Karl** (2006): Lage und Perspektiven der kultursensiblen Altenpflegeausbildung. In: *IKoM-Newsletter* Jg. 5, Nr. 1, S. 2–3.
- Statistics Netherlands** (2015a): Population; sex, age, origin and generation, 1 January. URL: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/PrintView.aspx?DM=SLEN&PA=37325eng&D1=0-2&D2=0&D3=0,1&D4=0&D5=0-1,3-4,139,145,210,225&D6=4,9,14,1&LA=EN&HDR=G3,T&STB=G5,G1,G2,G4&P=T&PF=A4&ORN=Landscape&PCOL=Off&CMTP=Off&CMTI=Off> [Stand: 17.07.2015].
- Statistics Netherlands** (2015b): Population; sex, age, origin and generation, 1 January. URL: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/PrintView.aspx?DM=SLEN&PA=37325ENG&D1=0&D2=0&D3=0,1&D4=0&D5=0-1,3,11,13,17-18,20-21,24-27,29-35,37-38,40-42,44-47,49-54,56-57,63,65-73,75,80,82-83,85,87,90,92-97,99,101,103-104,106,108-109,111-112,114-119,122-127,131-135,137-142,144-151,154-155,160-161,163,165-167,171-172,174-175,177-182,185-190,192-194,214-217,220-225,228-232,234-235,238,240,242,244,256-257&D6=4,1&LA=EN&HDR=G3,T&STB=G1,G5,G2,G4&P=T&PF=A4&ORN=Landscape&PCOL=Off&CMTP=Off&CMTI=Off> [Stand: 18.07.2015].
- Statistics Netherlands** (2015c): Population; sex, age, origin and generation, 1 January. URL: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/PrintView.aspx?DM=SLEN&PA=37325ENG&D1=0&D2=0&D3=1&D4=0&D5=3-4,12,14-16,19,22-23,28,36,39,43,48,55,58-62,64,74,76-79,81,84,86,88-89,91,98,100,102,105,107,110,113,120-121,128-130,136,143,152-153,156-159,162,164,168-170,173,176,183-184,191,195-213,218-219,226-227,233,236-237,239,241,243,245-255&D6=4,1&LA=EN&HDR=G3,T&STB=G1,G5,G4,G2&P=T&PF=A4&ORN=Landscape&PCOL=Off&CMTP=Off&CMTI=Off> [Stand: 18.07.2015].
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder** (2015): Zensusdatenbank Zensus 2011. URL: <https://ergebnisse.zensus2011.de/#> [Stand: 08.04.2016].
- Statistisches Bundesamt** (2009): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2006. URL: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220067004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220067004.pdf?__blob=publicationFile) [Stand: 05.04.2017].
- Statistisches Bundesamt** (2015a): Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

- Statistisches Bundesamt** (2015b): Unternehmen und Arbeitsstätten. Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien in Unternehmen. URL: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/UnternehmenHandwerk/Unternehmen/InformationstechnologieUnternehmen5529102157004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/UnternehmenHandwerk/Unternehmen/InformationstechnologieUnternehmen5529102157004.pdf?__blob=publicationFile) [Stand: 31.10.2016].
- Statistisches Bundesamt** (2016a): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2015. URL: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220157004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220157004.pdf?__blob=publicationFile) [Stand: 03.01.2017].
- Statistisches Bundesamt** (2016b): Ältere Menschen in Deutschland und der EU. URL: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/BroschuereAeltereMenschen0010020169004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/BroschuereAeltereMenschen0010020169004.pdf?__blob=publicationFile) [Stand: 03.01.2017].
- Statistisches Bundesamt** (2016c): Statistisches Jahrbuch 2016. Deutschland und Internationales. URL: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuch2016.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuch2016.pdf?__blob=publicationFile) [Stand: 31.10.2016].
- Statistisches Bundesamt** (2016d): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich – Pflegeheime 2013. URL: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegeheime5224102139004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegeheime5224102139004.pdf?__blob=publicationFile) [Stand: 11.11.2016].
- Statistisches Bundesamt** (2017): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2014. URL: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220147004.pdf;jsessionid=949BBBF175304E893D3FA777AABBE6A7.cae4?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220147004.pdf;jsessionid=949BBBF175304E893D3FA777AABBE6A7.cae4?__blob=publicationFile) [Stand: 23.01.2017].
- Statistiska centralbyråns (SCB)** (2015a): Number of persons with foreign or Swedish background (rough division) by region, age in ten year groups and sex. Year 2002 – 2014. About Table. URL: [http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/en/ssd/START\\_BE\\_BE0101\\_BE0101Q/UtlSvBakgTotNK/?rxid=fb8780a6-890b-47a1-bf3e-2c1253f839fd#](http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/en/ssd/START_BE_BE0101_BE0101Q/UtlSvBakgTotNK/?rxid=fb8780a6-890b-47a1-bf3e-2c1253f839fd#) [Stand: 19.07.2015].
- Statistiska centralbyråns (SCB)** (2015b): Number of persons by foreign/Swedish background and year. URL: [http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/en/ssd/START\\_BE\\_BE0101\\_BE0101Q/UtlSvBakgTotNK/table/tableViewLayout1/?rxid=2b877fcb-fd80-4d74-8dc3-2e92798ec265](http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/en/ssd/START_BE_BE0101_BE0101Q/UtlSvBakgTotNK/table/tableViewLayout1/?rxid=2b877fcb-fd80-4d74-8dc3-2e92798ec265) [Stand: 19.07.2015].
- Statistiska centralbyråns (SCB)** (2015c): Number of persons by foreign/Swedish background and year. URL: [http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/en/ssd/START\\_BE\\_BE0101\\_BE0101Q/UtlSvBakgTotNK/table/tableViewLayout1/?rxid=2b877fcb-fd80-4d74-8dc3-2e92798ec265](http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/en/ssd/START_BE_BE0101_BE0101Q/UtlSvBakgTotNK/table/tableViewLayout1/?rxid=2b877fcb-fd80-4d74-8dc3-2e92798ec265) [Stand: 19.07.2015].
- Statistiska centralbyråns (SCB)** (2015d): Foreign born by age, observations and year. URL: [http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/en/ssd/START\\_BE\\_BE0101\\_BE0101E/UtrikesFoddaTotNK/table/tableViewLayout2/?rxid=2b877fcb-fd80-4d74-8dc3-2e92798ec265](http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/en/ssd/START_BE_BE0101_BE0101E/UtrikesFoddaTotNK/table/tableViewLayout2/?rxid=2b877fcb-fd80-4d74-8dc3-2e92798ec265) [Stand: 19.07.2015].
- Stauf, Eva / de Paz Martínez, Laura** (2011): Migration und Soziale Arbeit. In: Schröer, Wolfgang / Schewpe, Cornelia (Hrsg.): Enzyklopädie Erziehungswissenschaften Online. Soziale Arbeit, Soziale Herausforderungen der Sozialen Arbeit. Weinheim/München: Juventa.
- Steiner, Barbara** (2004): Integration und Selbsthilfe durch intergenerative und interkulturelle Begegnung. Wohnen und Leben von älteren Migranten im Quartier – Das Stuttgarter Generationenhaus West. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Nr. 6, S. 223–226.
- Steinhoff, Georg / Wrobel, Derya** (2004): Vergessen in der Fremde. Zur Lebenssituation demenziell erkrankter MigrantInnen in der Bundesrepublik und Interventionsstrategien in der Beratungspraxis. In: Migration und Soziale Arbeit Jg. 26, Nr. 3/4, S. 214–221.
- Stichweh, Rudolf** (1998): Migration, nationale Wohlfahrtsstaaten und die Entstehung der Weltgesellschaft. In: Bommes, Michael / Halfmann, Jost (Hrsg.): Migration in nationalen Wohlfahrtsstaaten. Theoretische und vergleichende Untersuchungen. Osnabrück: Rasch, S. 49–61.
- Straßburger, Gaby** (2008): Sozialraumorientierte interkulturelle Arbeit. Theoretische Überlegungen zum Abschluss. In: Straßburger, Gaby / Bestmann, Stefan (Hrsg.): Praxishandbuch für sozialraumorientierte interkulturelle Arbeit. Bonn: Stiftung Mitarbeit, S. 150–163.
- Straßburger, Gaby** (2009): Sozialraumorientierung interkulturell. Interkulturelle Öffnung und Sozialraumorientierung Hand in Hand. In: Migration und Soziale Arbeit Jg. 31, Nr. 3/4, S. 229–235.
- Strauss, Anselm / Corbin, Juliet** (1996): Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Streibel, Reinhard** (2009): Befragung zeigt: Ältere Migranten kehren nicht zurück, sondern bleiben. In: ProAlter, Nr. 3, S. 64–65.

- Strübing, Jörg** (2007): Anselm Strauss. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Strübing, Jörg** (2010): Grounded Theory – ein pragmatistischer Forschungsstil für die Sozialwissenschaften. In: Enzyklopädie Erziehungswissenschaften Online, S. 1–38.
- Strübing, Jörg** (2015): Pragmatismus als epistemische Praxis. Der Beitrag der Grounded Theory zur Empirie-Theorie-Frage. In: Kalthoff, Herbert / Hirschauer, Stefan / Lindemann, Gesa (Hrsg.): Theoretische Empirie. Zur Relevanz qualitativer Forschung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 282–314.
- Strünck, Christoph** (2000): Pflegeversicherung – Barmherzigkeit mit beschränkter Haftung. Institutioneller Wandel, Machtbeziehungen und organisatorische Anpassungsprozesse. Opladen: Leske + Budrich.
- Sund, Erik Magnus / Gärtner, Teresa** (2013): Schweden. In: Gieler, Wolfgang (Hrsg.): Handbuch Europäischer Migrationspolitiken. Die EU-Länder. Münster: Lit, S. 265–278.
- Szymanski, Helmut** (2014): „Zusätzliche Betreuungsleistungen“ gemäß SGB XII für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Stellungnahme zur sozialhilfrechtlichen Problemstellung. URL: [http://www.naschdom.de/files/\\_bilder/Materialien%20Expertenworkshop/Stellungnahme%20zur%20sozialrechtlichen%20Problemstellung.pdf](http://www.naschdom.de/files/_bilder/Materialien%20Expertenworkshop/Stellungnahme%20zur%20sozialrechtlichen%20Problemstellung.pdf) [Stand: 05.12.2016].
- Tacke, Veronika** (2006): Rationalität im Neo-Institutionalismus. Vom exakten Kalkül zum Mythos. In: Senge, Konstanze / Hellmann, Kai-Uwe (Hrsg.): Einführung in den Neo-Institutionalismus. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 89–101.
- Tall, Marie-Madeleine / Kessels, Rita** (2013): Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) – Darstellung und Auswirkungen auf die Praxis. Teil 1: Überblick. In: Wege zur Sozialversicherung (WzS), Nr. 3, S. 74–77.
- Tan, Dursun** (1998): Das fremde Sterben. Sterben, Tod und Trauer unter Migrationsbedingungen. Frankfurt a. M.: IKO-Verlag.
- Teng, Bing / Peeters, Annemarie / Schuijt-Lucassen, Norma** (2003): The Netherlands. In: Patel, Naina (Ed.): Minority Elderly Care in Europe. Country Profiles. London: Policy Research Institute on Ageing and Ethnicity (PRIAE), pp. 73–90.
- Teti, Andrea** (2015): Wohnen im Alter: Versorgungsformen in der Pflege. In: Jacobs, Klaus / Kuhlmeier, Adelheid / Greß, Stefan / Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2015. Schwerpunkt: Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit. Stuttgart: Schattauer, S. 15–26.
- Tezcan-Güntekin, Hürrem / Breckenkamp, Jürgen / Razum, Oliver** (2015): Pflege und Pflegeerwartungen in der Einwanderungsgesellschaft. Expertise im Auftrag der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Berlin: Forschungsbereich beim Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration.
- Theilen, Irmgard** (1985): Überwindung der Sprachlosigkeit türkischer Patienten in der Bundesrepublik: Versuch einer ganzheitlichen Medizin mit türkischen Patienten als Beitrag zur transkulturellen Therapie. In: Collatz, Jürgen / Kürsat-Ahlers, Elçin / Korporal, Johannes (Hrsg.): Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. Hamburg: ebv Rissen, S. 292–322.
- Theobald, Hildegard / Hampel, Sarah** (2013): Radical Institutional Change and Incremental Transformation: Long-Term Care Insurance in Germany. In: Ranci, Costanzo / Pavolini, Emmanuele (Eds.): Reforms in long-term care policies in Europe. Investigating institutional change and social impacts. New York: Springer, S. 117–138.
- Thornton, Patricia H. / Ocasio, William** (2013): Institutional Logics. In: Greenwood, Royston / Oliver, Christine / Sahlin, Kerstin / Suddaby, Roy (Eds.): The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism. Los Angeles u. a.: Sage, pp. 99–129.
- Thränhardt, Dietrich** (1988): Die Bundesrepublik Deutschland – ein unerklärtes Einwanderungsland. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Bd. 24, S. 3–13.
- Thränhardt, Dietrich** (2016): Kirchen, Wohlfahrtsverbände, Gewerkschaften, Betriebsräte, Nichtregierungsorganisationen und Migranten. In: Meier-Braun, Karl-Heinz / Weber, Reinhold (Hrsg.): Deutschland Einwanderungsland. Begriffe – Fakten – Kontroversen. Stuttgart: Kohlhammer, S. 155–158.
- Thränhardt, Dietrich / Winterhagen, Jenni** (2012): Der Einfluss der katholischen Migrantengemeinden auf die Integration südeuropäischer Einwanderergruppen in Deutschland. In: Oltmer, Jochen / Kreienbrink, Axel / Sanz Díaz, Carlos (Hrsg.): Das „Gastarbeiter“-System. Arbeitsmigration und ihre Folgen in der Bundesrepublik Deutschland und Westeuropa. München: Oldenbourg, S. 199–215.
- Thum, Marcel / Delkic, Elma / Kemnitz, Alexander / Kluge, Jan / Marquardt, Gesine / Motzek, Tom / Nagl, Wolfgang / Zwerschke, Patrick** (2015): Auswirkungen des demografischen Wandels im Einwanderungsland Deutschland. Studie im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Gesprächskreis Integration und Migration. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Tiedt, Friedemann** (1985): Sozialberatung für Ausländer. Perspektiven für die Praxis. Weinheim/Basel: Beltz.

- Tieffler-Marenda, Elke** (2012): Pflege und Migration in Europa. In: *Neue Caritas Jahrbuch*, 141-146.
- Tippelmann, Elke** (2006): „Ältere Migrantinnen und Migranten“: Aktive Partner in der europäischen Bürgergesellschaft. In: *BAGSO-Nachrichten*, Nr. 3, S. 40.
- Tolbert, Pamela S. / Zucker, Lynne G.** (1996): The Institutionalization of Institutional Theory. In: Clegg, Steward R. / Hardy, Cynthia / Nord, Walter R. (Eds.): *Handbook of Organization Studies*. London: Sage, pp. 175–190.
- Torres, Sandra** (2006): Elderly Immigrants in Sweden. ‘Otherness’ Under Construction. In: *Journal of Ethnic and Migration Studies* Vol. 32, No. 8, pp. 1341–1358.
- Torres, Sandra** (2016): At the intersection between an elderly care regime and a migration regime: the Swedish case as an example. In: Karl, Ute / Torres, Sandra (Eds.): *Ageing in contexts of migration*. London/New York: Routledge, pp. 15–26.
- Torres, Sandra / Lawrence, Susan** (2012): An introduction to ‘the age of migration’ and its consequences for the field of gerontological social work. In: *European Journal of Social Work* Vol. 15, No. 1, pp. 1–7.
- Torres-Gil, Fernando / Spencer-Suarez, Kimberly N. / Rudinicia, Brittany** (2014): The Older Americans Act and the Nexus of Aging and Diversity. In: Whitfield, Keith E. / Baker, Tamara A. (Eds.): *Handbook of Minority Aging*. New York: Springer, pp. 367–377.
- Torun, Bedia / Streibel, Reinhard** (o. J.): Demenz-Servicezentrum für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte. URL: [http://www.demenz-service-nrw.de/files/material\\_der\\_dsz/zuwanderung/DSZ\\_Zuwanderung%20Selbstdarst.pdf](http://www.demenz-service-nrw.de/files/material_der_dsz/zuwanderung/DSZ_Zuwanderung%20Selbstdarst.pdf) [Stand: 10.03.2014].
- Treas, Judith / Batalova, Jeanne** (2009): Immigrants and Aging. In: Uhlenberg, Peter (Ed.): *International Handbook of Population Aging*. Dordrecht u. a.: Springer, pp. 365–394.
- Treber, Monika** (2005): Interkulturelle Öffnung: ein Gebot der Zuwanderungsgesellschaft. In: *Neue Caritas Jahrbuch*, S. 119–225.
- Trilling, Angelika** (1998): Keine wohlmeinende Folklore. In: *Altenpflege* Jg. 23, Nr. 2, S. 22.
- Tufan, Ismail** (1999): Über die gesundheitliche Lage der älteren türkischen MigrantInnen in Deutschland. In: *IZA – Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit* Jg. 21, Nr. 2, S. 50–53.
- Türk, Klaus** (2008): Organisation. In: Baur, Nina / Korte, Hermann / Löw, Martina / Schroer, Markus (Hrsg.): *Handbuch Soziologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 337–353.
- Twenhöfel, Ralf** (2007): Die Altenpflege im Zugriff der Disziplinen. Paradoxien und Perspektiven. In: *Pflege & Gesellschaft* Jg. 12, Nr. 3, S. 210–226.
- Ullrich, Birgit** (2002): Kultursensible Pflege. Ältere Migranten in der Einwanderungsgesellschaft – ein Beitrag zur Qualitätsdiskussion in Pflegeeinrichtungen. In: *Blätter der Wohlfahrtspflege*, Nr. 5, S. 189–192.
- Ulusoy, Nazan / Gräbel, Elmar** (2013): Pflegesituation und Pflegebedarf bei türkischen Migranten in Deutschland. In: Matter, Christa / Piechotta-Henze, Gudrun (Hrsg.): *Doppelt verlassen? Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz*. Berlin/Milow/Strasburg: Schibri-Verlag, S. 56–66.
- Uzarewicz, Charlotte** (2002): Sensibilisierung für die Bedeutung von Kultur und Migration in der Altenpflege. Kurzbeschreibung. Bonn: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung.
- Uzarewicz, Charlotte** (2003): Überlegungen zur Entwicklung transkultureller Kompetenz in der Altenpflege. In: Friebe, Jens / Zalucki, Michaela (Hrsg.): *Interkulturelle Bildung in der Pflege*. Bielefeld: W. Bertelsmann, S. 29–46.
- Uzarewicz, Charlotte** (2004): Transkulturalität – Kultur zwischen Stereotypisierung und Interaktion. In: *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit* Jg. 55, Nr. 6, S. 12–16.
- Uzarewicz, Charlotte** (2007): Ethnologische Gesundheitsarbeit und transkulturelle Pflege. In: Schmidt-Lauber, Brigitta (Hrsg.): *Ethnizität und Migration. Einführung in Wissenschaft und Arbeitsfelder*. Berlin: Reimer, S. 293–301.
- Vahsen, Friedhelm G.** (2000): *Migration und Soziale Arbeit. Konzepte und Perspektiven im Wandel*. Neuwied: Luchterhand.
- van der Geest, Sjaak / Mul, Anke / Vermeulen, Hans** (2004): Linkages between migration and the care of frail older people: observations from Greece, Ghana and The Netherlands. In: *Ageing and Society* Vol. 24, Issue 3, pp. 432–450.
- van Eerd, Nicolet / van den Brink, Patricia** (2010): Project ‘Intercultural Palliative Care’. In: *ENIEC (European Network on Intercultural Elderly Care) Newsletter*, No. 38, p. 4.
- van Hooren, Franca J.** (2012): Varieties of migrant care work. Comparing patterns of migrant labour in social care. In: *Journal of European Social Policy* Vol. 22, No. 2, pp. 133–147.

- van Oorschot, Wim** (2008): Von kollektiver Solidarität zur individuellen Verantwortung: Der niederländische Wohlfahrtsstaat. In: Schubert, Klaus / Hegelich, Simon / Bazant, Ursula (Hrsg.): Europäische Wohlfahrtsysteme. Ein Handbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 465–482.
- Verband für interkulturelle Wohlfahrtspflege, Empowerment und Diversity (VIW)** (2014): Positionspapier. URL: <http://www.korIENTATION.de/wp-content/uploads/2014/05/VIW-Positionspapier.pdf> [Stand: 13.08.2014].
- Verhagen, Ilona / Ros, Wynand J. G. / Steunenberg, Bas / Wit, Niek J. de** (2013): Culturally sensitive care for elderly immigrants through ethnic community health workers: design and development of a community based intervention programme in the Netherlands. In: BMC Public Health, No. 13, pp. 227.
- Vicente, Miguel** (2011): Die Arbeit der Integrationsbeiräte in Deutschland. In: Forschungsjournal Soziale Bewegungen Jg. 24, Nr. 2, S. 38–43.
- Vink, Jan** (2013): Ausländerinnen/Ausländer. In: Kreft, Dieter / Mielenz, Ingrid (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Weinheim/München: Juventa, S. 133–141.
- Vogel, Claudia** (2012): Generationenbeziehungen der (Spät-)Aussiedler. Forschungsstand und exemplarische Befunde zu Einstellungen in Bezug auf familiäre Unterstützungsleistungen. In: Baykara-Krumme, Helen / Motel-Klingebiel, Andreas / Schimany, Peter (Hrsg.): Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 289–313.
- Vorhoff, Karin** (2004): Interkulturelle Öffnung der Einrichtungen und Dienste des Deutschen Caritasverbandes – Vorstellung eines Vorhabens. In: Deutscher Caritasverband e. V. (Hrsg.): Brücken bauen – Fäden spinnen. Interkulturelle Öffnung der Caritas und die Rolle des Migrationsdienstes. Dokumentation: Fachtagung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Caritas, 14. - 16. Mai 2003, Gustav-Stresemann-Institut e. V., Bonn. Freiburg im Breisgau: Deutscher Caritasverband e. V., Referat Migration und Integration, S. 35–40.
- Vorländer, Hans** (2014): Gerechtigkeiten im Theoriediskurs der Gegenwart. In: Melville, Gerd / Vogt-Spira, Gregor / Breitenstein, Mirko (Hrsg.): Gerechtigkeit. Europäische Grundbegriffe im Wandel. Köln/Weimar/Wien: Böhlau Verlag, S. 199–218.
- Voronov, Maxim / Vince, Russ** (2012): Integrating Emotions into the Analysis of Institutional Work. In: Academy of Management Review Vol. 37, No. 1, pp. 58–81.
- Wagner, Monika** (2007): Prozesse interkultureller Öffnung in der Altenhilfe/ Pflege – wie sich Einrichtungen der Diakonie interkulturell öffnen. Good Practice Papier 3 des Projekts „Active Health, Strategien für einen verbesserten Zugang von Migrant/innen zur Gesundheitsversorgung durch Sensibilisierung und Empowerment als Beitrag zur europäischen Sozialschutzstrategie“. Berlin.
- Wahl, Hans-Werner / Deeg, Dorly J. H. / Litwin, Howard** (2013): European ageing research in the social, behavioural and health areas: a multidimensional account. In: European Journal of Ageing, No. 10, pp. 261–270.
- Walgenbach, Peter / Meyer, Renate E.** (2008): Neoinstitutionalistische Organisationstheorie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wallace, Steven P. / Levy-Storms, Lené / Kington, Raynard S. / Andersen, Ronald M.** (1998): The Persistence of Race and Ethnicity in the Use of Long-Term Care. In: Journal of Gerontology Vol. 53B, No. 2, pp. 104–112.
- Waltz, Viktoria** (2010): Ältere Migranten und Migrantinnen – Wo wohnen sie, wie leben sie, wie wünschen sie sich ihr Leben im Alter? In: Reuschke, Darja (Hrsg.): Wohnen und Gender. Theoretische, politische, soziale und räumliche Aspekte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 215–236.
- Warnes, Anthony M.** (2009): International Retirement Migration. In: Uhlenberg, Peter (Ed.): International Handbook of Population Aging. Dordrecht u. a.: Springer, pp. 341–363.
- Warnes, Anthony M. / Friedrich, Klaus / Kellaher, Leonie / Torres, Sandra** (2004): The diversity and welfare of older migrants in Europe. In: Ageing and Society Vol. 24, Issue 03, pp. 307–326.
- Warnes, Anthony M. / Williams, Allan** (2006): Older Migrants in Europe: A New Focus for Migration Studies. In: Journal of Ethnic and Migration Studies Vol. 32, No. 8, pp. 1257–1281.
- Weber, Barbara** (2005): Multikulturelle Teams: „Wo kommst du her, was bringst du mit?“. In: Altheim, Nr. 6, S. 18–20.
- Weber, Magdalene** (2013): Kultur(un)sensibel. In: Pflegeheimführer Berlin-Brandenburg, S. 34–36.
- Wedell, Marion** (1993): Nur Allah weiss, was aus mir wird...: Alter, Familie und ausserfamiliäre Unterstützung aus der Sicht älterer Türkinnen und Türken. Frankfurt: Verlag für Interkulturelle Kommunikation.
- Weeber, Rotraut / Fritz, Antje / Schork, Carolin / Baumann, Dorothee** (2009): Älter werden in Tübingen. Stadt seniorenplanung. Tübingen; Stuttgart.
- Wehrhöfer, Birgit** (2006): Zur Diskussion um interkulturelle Kompetenz, interkulturelle Orientierung und interkulturelle Öffnung. In: Grünhage-Monetti, Matilde (Hrsg.): Interkulturelle Kompetenz in der Zuwanderungs-

gesellschaft. Fortbildungskonzepte für kommunale Verwaltungen und Migrantenorganisationen. Bielefeld: Bertelsmann, wbv, S. 28–34.

**Weiss, Karin / Alan, Birsan** (2016): Integrationsgesetze in den Bundesländern. In: Meier-Braun, Karl-Heinz / Weber, Reinhold (Hrsg.): Deutschland Einwanderungsland. Begriffe – Fakten – Kontroversen. Stuttgart: Kohlhammer, S. 125–127.

**Weitner, Thomas** (2013): Menschenrechte, besondere Pflichten und globale Gerechtigkeit. Eine Untersuchung zur moralischen Rechtfertigung von Parteilichkeit gegenüber Mitbürgern. Münster: mentis.

**Wezsäcker, Esther** (2005): Vom „Inlandslegitimierungszwang“ zum „Zuwanderungsgesetz“: Zur rechtlichen Regulierung der Arbeitsmigration in Deutschland. In: Geisen, Thomas (Hrsg.): Arbeitsmigration. WanderarbeiterInnen auf dem Weltmarkt für Arbeitskraft. Frankfurt a. M./London: IKO-Verlag, S.173-195.

**Welsch, Wolfgang** (1995): Transkulturalität. Zur veränderten Verfasstheit heutiger Kulturen. In: Zeitschrift für Kulturaustausch, Nr. 1, S. 39–44 .

**Welti, Felix** (2013): § 16 Altenhilfe, Pflege und altersgerechte Infrastruktur. In: Becker, Ulrich / Roth, Markus (Hrsg.): Recht der Älteren. Berlin: De Gruyter, S. 427–454.

**Welti, Felix** (2015): Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit – rechtliche Barrieren zur Diversifizierung des Angebots. In: Jacobs, Klaus / Kuhlmeier, Adelheid / Greß, Stefan / Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2015. Schwerpunkt: Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit. Stuttgart: Schattauer, S. 147–153.

**Wengler, Annelene** (2013): Ungleiche Gesundheit. Zur Situation türkischer Migranten in Deutschland. Frankfurt a. M.: Campus Verlag.

**Wensien, Achim** (1993): Keine Ausländerfreien Inseln. Altenheime sollen sich auf die Aufnahme von ehemaligen Gastarbeitern vorbereiten. In: Altenpflege Jg. 18, Nr. 3, S. 138.

**Werth, Manfred** (1986): Rückkehr- und Verbleibeabsichten türkischer Arbeitnehmer. In: Körner, Heiko / Mehrländer, Ursula (Hrsg.): Die „neue“ Ausländerpolitik in Europa. Erfahrungen in den Aufnahme- und Entsendeländern. Bonn: Verlag Neue Gesellschaft, S. 121–138.

**Wesley-King, Shirley** (1983): Service Utilization and the Minority Elderly. A Review. In: McNeely, R. L. / Colen, John N. (Eds.): Aging in minority groups. Beverly Hills: Sage, pp. 241–249.

**Wessel-Neb, Gabriele** (1997): „Kultursensible“ Materialien. Neue Wege der Gesundheitsförderung für Migrantinnen und Migranten: Hamburger Überlegungen und Aktivitäten. In: Sozial extra, Nr. 7-8, S. 16.

**Wettich, Jana** (2007): Migration und Alter. Kulturelle Altersbilder im Wandel. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.

**White, Paul** (2006): Migrant Populations Approaching Old Age: Prospects in Europe. In: Journal of Ethnic and Migration Studies Vol. 32, No. 8, pp. 1283–1300.

**Wiedl, Karl Heinz / Marschalck, Peter** (2001): Migration, Krankheit und Gesundheit: Probleme der Forschung, Probleme der Versorgung – eine Einführung. In: Marschalck, Peter / Wiedl, Karl Heinz (Hrsg.): Migration und Krankheit. Osnabrück: Universitätsverlag Rasch, S. 9–34.

**Wiener, Joshua M.** (2011): Long-Term Care Financing, Service Delivery, and Quality Assurance. In: Binstock, Robert H. / George, Linda K. (Eds.): Handbook of Aging and the Social Sciences. Amsterdam u. a.: Elsevier, pp. 309–322.

**Wießmeier, Brigitte** (2004): Soziale Arbeit im interkulturellen Kontext: Beispielhafte Schritte und Modellprojekte auf dem Weg zur Öffnung Sozialer Dienste in Berlin. In: Rommelspacher, Birgit (Hrsg.): Die offene Stadt. Interkulturalität und Pluralität in Verwaltungen und sozialen Diensten. Dokumentation der Fachtagung vom 23.09.2003, Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin. Berlin: Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin, S. 28–37.

**Wilbers, Joachim / Lehr, Ursula** (1990): Altwerden in der Fremde. In: Beauftragte der Bundesregierung für die Integration der ausländischen Arbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen (Hrsg.): Bericht '99. Bonn: Beauftragte der Bundesregierung für die Integration der ausländischen Arbeitnehmer und ihrer Familien, S. 77–83.

**Wild, Frank** (2010): Die Pflegefinanzierung und die Pflegeausgaben im internationalen Vergleich. Köln: Wissenschaftliches Institut der PVK (WIP).

**Wilmoth, Janet M.** (2001): Living Arrangements Among Older Immigrants in the United States. In: The Gerontologist Vol. 41, No. 2, pp. 228–238.

**Wingenfeld, Klaus** (2003): Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. URL: <https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-124.pdf> [Stand: 13.02.2017].

**Wingenfeld, Klaus** (2015): Qualität und Qualitätsbeurteilung in der pflegerischen Langzeitversorgung. In: Jacobs, Klaus / Kuhlmeier, Adelheid / Greß, Stefan / Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2015. Schwerpunkt: Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit. Stuttgart: Schattauer, S. 85–96.

**Winkler, Beate** (1988): Älterwerden in der Bundesrepublik. In: IZA – Informationsdienst zur Ausländerarbeit, Nr. 2, S. 36–37.

- Winkler-Pöhler, Beate / Taylan, Kamil** (1985): Bericht: „Ausländer und Deutsche – miteinander leben – heute und morgen“. Arbeitsgruppe 2 „Älterwerden in der Bundesrepublik“. Gemeinsamer Schlußbericht der Arbeitsgruppe 2 Untergruppe A und B „Älterwerden in der Bundesrepublik Deutschland“. In: Zeitschrift für Gerontologie Jg. 18, Nr. 5, S. 313–314.
- Witter, Yvonne** (2015): Home sweet home. In: ENIEC (European Network on Intercultural Elderly Care) Newsletter, No. 69, pp. 5.
- Wittmann, Jochen** (2014): Das Haus ist in Gefahr. Großbritannien. Nur bei Ärmern helfen die Kommunen. In: Das Parlament, 07.07.2014, Nr. 28-30, S. 3.
- Witzel, Andreas** (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt a. M./New York: Campus Verlag.
- Witzel, Andreas** (1996): Auswertung problemzentrierter Interviews: Grundlagen und Erfahrungen. In: Strobl, Rainer / Böttger, Andreas (Hrsg.): Wahre Geschichten? Zu Theorie und Praxis qualitativer Interviews ; Beiträge zum Workshop Paraphrasieren, Kodieren, Interpretieren ... im Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen am 29. und 30. Juni 1995 in Hannover. Baden-Baden: Nomos, S. 49–75.
- Witzel, Andreas** (2000). Das problemzentrierte Interview. In: Forum Qualitative Sozialforschung Vol. 1, No. 1, Art. 22. URL: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519> [Stand: 07.11.2016].
- Wölk, Suna** (1997): Luftwurzeln in der zweiten Heimat. Alte Migranten in der Bundesrepublik Deutschland. Ursachen, Ergebnisse, Perspektiven. Frankfurt: IKO-Verlag.
- Wollmann, Hellmut** (2008): Reformen in Kommunalpolitik und -verwaltung. England, Schweden, Frankreich und Deutschland im Vergleich. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Worbs, Susanne / Bund, Eva / Kohls, Martin / Babka von Gostomski, Christian** (2013): (Spät-)Aussiedler in Deutschland: Eine Analyse aktueller Daten und Forschungsergebnisse. Forschungsbericht 20. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Wray, Linda A.** (1991): Public Policy Implications of an Ethnically Diverse Elderly Population. In: Journal of Cross-Cultural Gerontology, No. 6, pp. 243–257.
- Xakellis, George / Brangman, Sharon A. / Ladson Hinton, W. / Jones, Vida Y. / Masterman, Donna / Pan, Cynthia X. / Rivero, Jorge / Wallhagen, Margaret / Yeo, Gwen** (2004): Curricular Framework. Core Competencies in Multicultural Geriatric Care. In: Journal of the American Geriatrics Society Vol. 52, No. 1, pp. 137–142.
- Yano, Hisashi** (2001): Anwerbung und ärztliche Untersuchung von „Gastarbeitern“ zwischen 1955 und 1965. In: Marschalck, Peter / Wiedl, Karl Heinz (Hrsg.): Migration und Krankheit. Osnabrück: Universitätsverlag Rasch, S. 65–83.
- Yeo, Gwen** (1991): Ethnogeriatric Education: Need and Content. In: Journal of Cross-Cultural Gerontology, No. 6, pp. 229–241.
- Yeo, Gwen** (2009): How will the U.S. healthcare system meet the challenge of the ethnogeriatric imperative? In: Journal of the American Geriatrics Society Vol. 57, No. 7, pp. 1278–1285.
- Yesilyurt, Nare** (2013): „Wenn er will, versteht er alles!“. Deutung der Demenzsymptomatik bei der türkischen „Gastarbeitergeneration“. In: Matter, Christa / Piechotta-Henze, Gudrun (Hrsg.): Doppelt verlassen? Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz. Berlin/Milow/Strasburg: Schibri-Verlag, S. 67–77.
- Yilmaz, Hüseyin** (2014): Engagement für die größte Migrantengruppe. Ziel ist ein selbstbestimmtes Leben im Alter. In: BAGSO-Nachrichten, Nr. 1, S. 16–17.
- Yilmaz, Türkan** (1997): „Ich muss die Rückkehr vergessen!“. Die Migrationsgeschichte und die Lebenssituation im Alter der türkischen Migrantinnen in der Bundesrepublik. Duisburg: SOKOOP-Verlag.
- Yu, Sam Wai Kam** (2009): The barriers to the effectiveness of culturally sensitive practices in health and social care services for Chinese people in Britain. In: European Journal of Social Work, Vol. 12, No. 1, pp. 57–70.
- Zabel, Ulrika** (2008): ... und sie engagieren sich ja doch. In: Die BAGSO Nachrichten, Nr. 4, S. 10–11.
- Zacharaki, Ioanna** (2005): Fortbildungen zur Einführung in die kultursensible Altenpflege. In: Fischer, Veronika / Springer, Monika / Zacharaki, Ioanna (Hrsg.): Interkulturelle Kompetenz. Fortbildung – Transfer – Organisationsentwicklung. Schwalbach/Ts.: Wochenschau Verlag, S. 149–158.
- Zacharaki, Ioanna / Eppenstein, Thomas / Krummacher, Michael** (2007): Einführung: Soziale Dienste auf dem Weg zur interkulturell lernenden Institution. Verankerung interkultureller Ansätze in die Praxis. In: Zacharaki, Ioanna / Eppenstein, Thomas / Krummacher, Michael (Hrsg.): Praxishandbuch interkulturelle Kompetenz vermitteln, vertiefen, umsetzen. Theorie und Praxis für die Aus- und Weiterbildung. Schwalbach/Ts.: Wochenschau-Verlag, S. 9–14.

- Zalucki, Michaela** (2003): Interkulturelle Fortbildung in der Altenpflege. Überlegungen zur künftigen Konzeptentwicklung. In: Friebe, Jens / Zalucki, Michaela (Hrsg.): Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bielefeld: W. Bertelsmann, S. 159–169.
- Zambrana, Ruth E. / Merino, Rolando / Santana, Sarah** (1979): Health Services and the Puerto Rican Elderly. In: Gelfand, Donald E. / Kutzik, Alfred J. (Eds.): Ethnicity and Aging. Theory, Research, and Policy. New York: Springer, pp. 308–319.
- Zander, Jürgen** (1982): 1. Ausländer in Deutschland – Einführung in die Probleme. In: Geißler, Heiner (Hrsg.): Ausländer in Deutschland – Für eine gemeinsame Zukunft. Band I: Entwicklungen und Prognosen. München/Wien: Günter Olzog Verlag, S. 14–35.
- Zanier, Gabriella** (2015): Altern in der Migrationsgesellschaft: Neue Ansätze in der Pflege – kultursensible (Alten-)Pflege und Interkulturelle Öffnung. In: focus Migration, Kurzdossier, August 2015, S. 6–13.
- Zeiler, Joachim / Zarifoglu, Fuat** (1997): Psychische Störungen bei Migranten: Behandlung und Prävention. In: Zeitschrift für Sozialreform Jg. 43, Nr. 4, S. 300–334.
- Zeman, Peter** (2002): Ältere Migrantinnen und Migranten in Berlin. Expertise im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz. Regensburg: Transfer Verlag.
- Zeman, Peter** (2003): Soziale Gerontologie und Altenpolitik: Ältere Migrantinnen und Migranten in Berlin. In: Informationsdienst Altersfragen Jg. 30, Nr. 01, S. 2–5.
- Zeman, Peter** (2004): Interkulturelle Kompetenz und Pflegequalität. In: Informationsdienst Altersfragen Jg. 31, Nr. 02, S. 2–5.
- Zeman, Peter** (2005): Ältere Migranten in Deutschland. Befunde zur soziodemographischen, sozioökonomischen und psychosozialen Lage sowie zielgruppenbezogene Fragen der Politik- und Praxisfeldentwicklung. Expertise im Auftrag des Bundesamtes für Flüchtlinge und Migration. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Zeman, Peter** (2009): Alternde Menschen mit Migrationshintergrund. In: Soziale Arbeit, Nr. 11-12, S. 435–445.
- Zeman, Peter** (2012): Ältere Migrantinnen und Migranten in der Altenhilfe und kommunalen Alterspolitik. In: Baykara-Krumme, Helen / Motel-Klingebiel, Andreas / Schimany, Peter (Hrsg.): Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 449–465.
- Zeman, Peter / Kalisch, Dominik** (2008): Die Situation älterer Flüchtlinge – Belastungen und Potenziale. In: Informationsdienst Altersfragen Jg. 35, Nr. 04, S. 2–7.
- Zensusdatenbank Zensus 2011 der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (Zensusdatenbank)** (2014): Ergebnis des Zensus 2011 zum Berichtszeitpunkt 9. Mai 2011. URL: <https://ergebnisse.zensus2011.de/#> [Stand: 11.11.2016].
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)** (2012): Migration und Pflege – Abschied von Illusionen. URL: [http://www.zqp.de/index.php?pn=care&id=6&page\\_id=0](http://www.zqp.de/index.php?pn=care&id=6&page_id=0) [Stand: 12.06.2012].
- Zentrum für Türkeistudien (ZfT)** (1993): Lebenssituation und spezifische Probleme älterer Ausländer in ländlichen Regionen Nordrhein-Westfalens. In: IZA – Informationsdienst zur Ausländerarbeit, Nr. 3, S. 67–68.
- Zentrum für Türkeistudien (ZfT) (Hrsg.)** (1998): Türkei-Jahrbuch des Zentrums für Türkeistudien 1998. Münster: Lit.
- Zentrum für Türkeistudien (ZfT)** (1999): Veranstaltung zum Thema „In fremder Erde...Sterben, Tod und Trauer zwischen zwei Welten“ in Essen. In: Zentrum für Türkeistudien (Hrsg.): Türkei-Jahrbuch des Zentrums für Türkeistudien 1999/2000. Münster: Lit, S. 297.
- Zentrum für Türkeistudien (ZfT)** (2002): Ältere Migranten in Deutschland – Herausforderungen für das System der Altenhilfe. In: Zentrum für Türkeistudien (Hrsg.): Türkei-Jahrbuch des Zentrums für Türkeistudien 2002/2003. Münster: Lit, S. 165–174.
- Zielke-Nadkarni, Andrea** (2003a): Individualpflege als Herausforderung in multikulturellen Pflegesituationen. Eine ethnografische Studie mit türkischen und deutschen Frauen. Bern u. a.: Verlag Hans Huber.
- Zielke-Nadkarni, Andrea (Hrsg.)** (2003b): Kulturelle Aspekte bei der Pflege und Betreuung von Senioren am Beispiel ausgewählter Migrantengruppen. Fortbildungskonzept. Köln: KDA.
- Zok, Klaus / Schwinger, Antje** (2015): Pflege in neuen Wohn- und Versorgungsformen – die Wahrnehmung der älteren Bevölkerung. In: Jacobs, Klaus / Kuhlmeier, Adelheid / Greß, Stefan / Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2015. Schwerpunkt: Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit. Stuttgart: Schattauer, S. 27–53.
- Zoll, Ralf (Hrsg.)** (1997): Die soziale Lage älterer MigrantInnen in Deutschland. Münster: Lit.

## Bundestags-Drucksachen

**Deutscher Bundestag (BT-Drs. 11/3970)** (1989): Drucksache 11/3970. Fragen für die Fragestunde der Sitzung des Deutschen Bundestages am Mittwoch, dem 15. Februar 1989. URL: [dip21.bundestag.de/dip21/btd/11/039/1103970.pdf](http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/11/039/1103970.pdf) [Stand: 08.01.2013].

**Deutscher Bundestag (BT-Drs. 12/4009)** (1992): Drucksache 12/4009. Große Anfrage: Situation ausländischer Rentner und Senioren in der Bundesrepublik Deutschland. URL: [dip21.bundestag.de/dip21/btd/12/040/1204009.pdf](http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/12/040/1204009.pdf) [Stand: 24.01.2013].

**Deutscher Bundestag (BT-Drs. 12/5796)** (1993): Drucksache 12/5796. Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage: Situation ausländischer Rentner und Senioren in der Bundesrepublik Deutschland. URL: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/12/057/1205796.pdf> [Stand: 03.08.2012].

**Deutscher Bundestag (BT-Drs. 14/4357)** (2000): Drucksache 14/4357. Unterrichtung durch die Bundesregierung. Sechster Familienbericht – Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen – Belastungen – Herausforderungen und Stellungnahme der Bundesregierung. URL: [dipbt.bundestag.de/dip21/btd/14/043/1404357.pdf](http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/14/043/1404357.pdf) [Stand: 26.07.2012].

**Deutscher Bundestag (BT-Drs. 15/5826)** (2005): Drucksache 15/5826. Unterrichtung der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Sechster Bericht über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/058/1505826.pdf> [Stand: 10.03.2014].

**Deutscher Bundestag (BT-Drs. 16/10155)** (2008): Drucksache 16/10155. Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Sibylle Laurischk, Ina Lenke, Miriam Gruß, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 16/8301. Seniorinnen und Senioren in Deutschland. URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/bt-drucksache-senioren-in-deutschland.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [Stand: 05.03.2014].

**Deutscher Bundestag (BT-StenBer 11/124)** (1989): Stenografischer Bericht – 124. Sitzung. Plenarprotokoll 11/124. URL: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btp/11/11124.pdf#P.9123> [Stand: 29.07.2013].

## Anhang

**Tabelle 15: Pflegeheime im Ländervergleich** (unter Berücksichtigung der Bevölkerungen mit Migrationshintergrund, 2011)

	Stichprobe		Grundgesamtheit		Bevölkerung mit Migrationshintergrund
	N	%	N	%	%
Baden-Württemberg	86	14,8	1661	12,7	25,7
Bayern	80	13,8	1751	13,4	19,1
Berlin	11	1,9	378	2,9	24,1
Brandenburg	11	1,9	443	3,4	4,6
Bremen	7	1,2	96	0,7	26,5
Hamburg	11	1,9	193	1,5	28,3
Hessen	58	10,0	815	6,3	25,5
Mecklenburg-Vorpommern	10	1,7	349	2,7	3,8
Niedersachsen	80	13,8	1778	13,6	16,7
Nordrhein-Westfalen	118	20,3	2458	18,9	24,5
Rheinland-Pfalz	27	4,6	492	3,8	19,1
Saarland	5	0,9	151	1,2	16,3
Sachsen	24	4,1	866	6,6	4,4
Sachsen-Anhalt	16	2,8	517	4,0	3,8
Schleswig-Holstein	28	4,8	670	5,1	12,0
Thüringen	9	1,5	412	3,2	3,5
Gesamtsumme / Deutschland	581	100	13030	100	19,2

Grauhinterlegte Zeilen geben überrepräsentierte Fälle im Sample bzgl. ihrer Bundeslandzugehörigkeit an.

Quelle: Eigene Darstellung (Statistisches Bundesamt 2016d; Zensusdatenbank 2014).

**Tabelle 16: Bewohner mit Migrationshintergrund**

N	Einrichtungen E		Einrichtungen S	
	N	%	N	%
0	144	36,2	7	4,8
1-10	222	55,8	98	66,7
11-20	23	5,8	25	17,0
21-30	6	1,5	10	6,8
31-40	1	0,3	2	1,4
41 und mehr	2	0,5	5	3,4
<b>Gesamtsumme</b>	<b>398</b>	<b>100</b>	<b>147</b>	<b>100</b>
	N		N	
Mittelwert <sup>a)</sup>	3,57		10,69	
Median <sup>a)</sup>	1		6	
Min <sup>a)</sup>	0		0	
Max <sup>a)</sup>	127		70	

<sup>a)</sup> Wert der nicht-kategorisierten Variable „Anzahl Bewohner mit Migrationshintergrund“

Quelle: Eigene Darstellung.

**Tabelle 17: Pflegekräfte mit Migrationshintergrund**

N	Einrichtungen E		Einrichtungen S	
	N	%	N	%
0	45	12,1	6	3,8
1-10	227	60,9	60	37,7
11-20	61	16,4	47	29,6
21-30	25	6,7	24	15,1
31-40	7	1,9	12	7,5
41 und mehr	8	2,1	10	6,3
<b>Gesamtsumme</b>	<b>373</b>	<b>100</b>	<b>159</b>	<b>100</b>
	N		N	
Mittelwert <sup>a)</sup>	8,92		19,60	
Median <sup>a)</sup>	5		15	
Min <sup>a)</sup>	0		0	
Max <sup>a)</sup>	100		200	

<sup>a)</sup> Wert der nicht-kategorisierten Variable „Anzahl Pflegekräfte mit Migrationshintergrund“

Quelle: Eigene Darstellung.

**Tabelle 18: Bivariate Korrelationen zwischen Kenntnis der Diskussion und verschiedenen Einrichtungsmerkmalen (Übersichtsdarstellung)**

			Kenntnis der Diskussion		Gesamtsumme	N
			Ja	Nein		
<b>Ost-West-Zugehörigkeit</b>	alte Bundesländer	Anzahl	409	102	511	581
		% Ost-West-Zugehörigkeit	80,0 %	20,0 %	100 %	
	neue Bundesländer	Anzahl	45	25	70	
		% Ost-West-Zugehörigkeit	64,3 %	35,7 %	100 %	
<b>Bevölkerung mit Migrationshintergrund vor Ort</b>	< 18 %	Anzahl	164	72	236	554
		% Bevölkerung mit Migrationshintergrund vor Ort	69,5 %	30,5 %	100 %	
	18-20 %	Anzahl	41	8	49	
		% Bevölkerung mit Migrationshintergrund vor Ort	83,7 %	16,3 %	100 %	
	> 20 %	Anzahl	226	43	269	
		% Bevölkerung mit Migrationshintergrund vor Ort	84,0 %	16,0 %	100 %	
<b>Trägerschaft</b>	freigemeinnützig	Anzahl	251	45	296	572
		% Trägerschaft	84,8 %	15,2 %	100 %	
	öffentlich	Anzahl	43	9	52	
		% Trägerschaft	82,7 %	17,3 %	100 %	
	privat	Anzahl	153	71	224	
		% Trägerschaft	68,3 %	31,7 %	100 %	
<b>Bewohner mit Migrationshintergrund</b>	Ja	Anzahl	296	77	373	524
		% Bewohner mit Migrationshintergrund	79,4 %	20,6 %	100 %	
	Nein	Anzahl	116	35	151	
		% Bewohner mit Migrationshintergrund	76,8 %	23,2 %	100 %	
<b>Pflegekräfte mit Migrationshintergrund</b>	Ja	Anzahl	371	78	449	500
		% Pflegekräfte mit Migrationshintergrund	82,6 %	17,4 %	100 %	
	Nein	Anzahl	26	25	51	
		% Pflegekräfte mit Migrationshintergrund	51,0 %	49,0 %	100 %	

Quelle: Eigene Darstellung.

**Tabelle 19: Bivariate Korrelationen zwischen einrichtungsinterner Auseinandersetzung und verschiedenen Einrichtungsmerkmalen (Übersichtsdarstellung)**

			Einrichtungsinterne Auseinandersetzung		Gesamtsumme	N
			Ja	Nein		
<b>Ost-West-Zugehörigkeit</b>	alte Bundesländer	Anzahl	256	140	396	440
		% Ost-West-Zugehörigkeit	64,6 %	35,4 %	100 %	
	neue Bundesländer	Anzahl	21	23	44	
		% Ost-West-Zugehörigkeit	47,7 %	52,3 %	100 %	
<b>Bevölkerung mit Migrationshintergrund vor Ort</b>	< 18 %	Anzahl	84	76	160	419
		% Bevölkerung mit Migrationshintergrund vor Ort	52,5 %	47,5 %	100 %	
	18-20 %	Anzahl	24	17	41	
		% Bevölkerung mit Migrationshintergrund vor Ort	58,5 %	41,5 %	100 %	
	> 20 %	Anzahl	156	62	218	
		% Bevölkerung mit Migrationshintergrund vor Ort	71,6 %	28,4 %	100 %	
<b>Trägerschaft</b>	freigemeinnützig	Anzahl	158	84	242	433
		% Trägerschaft	65,3 %	34,7 %	100 %	
	öffentlich	Anzahl	27	13	40	
		% Trägerschaft	67,5 %	32,5 %	100 %	
	privat	Anzahl	88	63	151	
		% Trägerschaft	58,3 %	41,7 %	100 %	
<b>Bewohner mit Migrationshintergrund</b>	Ja	Anzahl	205	85	290	399
		% Bewohner mit Migrationshintergrund	70,7 %	29,3 %	100 %	
	Nein	Anzahl	44	65	109	
		% Bewohner mit Migrationshintergrund	40,4 %	59,6 %	100 %	
<b>Pflegekräfte mit Migrationshintergrund</b>	Ja	Anzahl	240	125	365	387
		% Pflegekräfte mit Migrationshintergrund	65,8 %	34,2 %	100 %	
	Nein	Anzahl	7	15	22	
		% Pflegekräfte mit Migrationshintergrund	31,8 %	68,2 %	100 %	

Quelle: Eigene Darstellung.

**Tabelle 20: Bivariate Korrelationen zwischen Umsetzung einer interkulturellen Öffnung und verschiedenen Einrichtungsmerkmalen (Übersichtsdarstellung)**

		Umsetzung		Gesamtsumme	N
		Ja	Nein		
<b>Ost-West-Zugehörigkeit</b>	alte Bundesländer	Anzahl	167	77	244
		% Ost-West-Zugehörigkeit	68,5 %	31,6 %	100 %
	neue Bundesländer	Anzahl	10	8	18
		% Ost-West-Zugehörigkeit	55,6 %	44,4 %	100 %
<b>Bevölkerung mit Migrationshintergrund vor Ort</b>	< 18 %	Anzahl	51	27	78
		% Bevölkerung mit Migrationshintergrund vor Ort	65,4 %	34,6 %	100 %
	18-20 %	Anzahl	14	9	23
		% Bevölkerung mit Migrationshintergrund vor Ort	60,9 %	39,1 %	100 %
	> 20 %	Anzahl	104	45	149
		% Bevölkerung mit Migrationshintergrund vor Ort	69,8 %	30,2 %	100 %
<b>Trägerschaft</b>	freigemeinnützig	Anzahl	96	52	148
		% Trägerschaft	64,9 %	35,1 %	100 %
	Öffentlich	Anzahl	22	5	27
		% Trägerschaft	81,5 %	18,5 %	100 %
	privat	Anzahl	59	26	85
		% Trägerschaft	69,4 %	30,6 %	100 %
<b>Bewohner mit Migrationshintergrund</b>	Ja	Anzahl	148	51	199
		% Bewohner mit Migrationshintergrund	74,4 %	25,6 %	100 %
	Nein	Anzahl	18	25	43
		% Bewohner mit Migrationshintergrund	41,9 %	58,1 %	100 %
<b>Pflegekräfte mit Migrationshintergrund</b>	Ja	Anzahl	160	72	232
		% Pflegekräfte mit Migrationshintergrund	69,0 %	31,0 %	100 %
	Nein	Anzahl	3	3	6
		% Pflegekräfte mit Migrationshintergrund	50,0 %	50,0 %	100 %

Quelle: Eigene Darstellung.

**Tabelle 21: Gründe für eine interkulturelle Öffnung** (gültige Prozente) (N= 185)

	Nicht wichtig	2	3	4	5	Sehr wichtig	Weiß nicht	Med. <sup>a)</sup>	Mod. <sup>b)</sup>
	%	%	%	%	%	%	%	N	N
Orientierung an Diskursen in der Praxis	12,4	13,0	24,3	17,3	21,6	9,2	2,2	3,0	3
Anregung durch wissenschaftliche Beiträge	21,6	18,9	26,5	17,8	8,6	4,9	1,6	3,0	3
Anreiz durch öffentliche Diskussionen	11,9	17,8	25,9	21,1	13,5	8,1	1,6	3,0	3
gesetzliche Verpflichtung	33,0	22,7	17,3	8,6	7,0	6,5	4,9	2,0	1
gleichstellungspolitische Interessen	10,8	15,7	23,8	20,5	15,7	11,9	1,6	3,0	3
interkulturelle Öffnung als Beitrag zum QM	12,4	6,5	15,1	21,6	22,7	19,5	2,2	4,0	5
Qualitätsprüfungen durch externe Zertifizierer	48,6	13,0	11,4	8,1	6,5	8,6	3,8	1,0	1
Wettbewerbsvorteile	20,5	12,4	20,0	14,6	17,3	14,1	1,1	3,0	1
Orientierung an Pflege- einrichtungen mit IKO	35,7	20,0	20,0	11,9	6,5	4,3	1,6	2,0	1
Empfehlung des Trägers	18,9	15,7	14,6	15,1	16,2	17,8	1,6	3,5	1
Forderung des Trägers	28,1	14,1	16,2	12,4	10,3	16,2	2,7	3,0	1
Empfehlung eines Berufsverbandes	37,8	21,1	16,2	10,3	4,3	6,5	3,8	2,0	1
Empfehlung eines (Pflege-)Netzwerkes	36,2	15,1	16,2	12,4	6,5	7,6	5,9	2,0	1
Forderung eines (Pflege-)Netzwerkes	42,7	15,7	16,2	9,2	3,8	6,5	5,9	2,0	1
erwartete Zunahme des Pflegebedarfs älterer Migranten	2,7	3,8	11,9	20,0	26,5	33,5	1,6	5,0	6
gestiegene tatsächliche Nachfrage durch ältere Migranten	7,0	13,0	22,7	16,8	16,8	21,6	2,2	4,0	3
Veränderung der Bedürfnisse von älteren Menschen	3,8	4,3	10,8	20,0	23,8	35,7	1,6	5,0	6

<sup>a)</sup> Median (unter Ausschluss der „Weiß nicht“-Antworten)

<sup>b)</sup> Modus (unter Ausschluss der „Weiß nicht“-Antworten)

Quelle: Eigene Darstellung.

**Tabelle 22: Angegebene Gegenstände einer Auseinandersetzung mit oder Umsetzung einer interkulturellen Öffnung (Überblick)**

	Einrichtungen NA		Einrichtungen NU	
	N	%	N	%
In unserer Region benötigen ältere Migranten keine stationäre Pflege.	13	1,9	10	10,3
Es existiert keine Nachfrage durch ältere Migranten an unserer Einrichtung.	130	69,5	61	62,9
Die Einrichtung wird ausreichend von Personen ohne Migrationshintergrund nachgefragt.	37	19,8	10	10,3
Es mangelt an zeitlichen Ressourcen.	5	2,7	5	5,2
Es mangelt an finanziellen Ressourcen.	1	0,5	4	4,1
Es ist nicht ausreichend Personal vorhanden.	3	1,6	4	4,1
Es fehlt an Unterstützung durch den Träger.	1	0,5	4	4,1
Unseren Leistungen liegt ein universelles Einrichtungs- und Pflegekonzept zugrunde, weswegen wir kein spezielles Konzept für ältere Migranten benötigen.	48	27,9	28	28,9
In unserer Einrichtung besteht kein Interesse an dieser Thematik.	3	1,6	0	0
Sonstiges	18	9,6	14	14,4
Weiß nicht	4	2,1	1	1,0

Quelle: Eigene Darstellung.

**Tabelle 23: Interkulturelle Öffnungsmaßnahmen (gültige Prozente)**

	Nicht geplant	Geplant		Bereits erfolgt	Weiß nicht	N
	%	lang- fristig	kurz- fristig			
<b>Organisation und Pflege</b>						
Anpassung des Leitbildes der Einrichtung	20,7	19,6	4,3	53,8	1,6	184
Veränderungen in der Gestaltung der Räumlichkeiten	47,3	20,1	9,2	19,0	4,3	184
Beachtung spezifischer Pflegebedürfnisse (z. B. geschlechtsspezifische Pflege)	3,8	6,5	8,7	81,0	0	184
Beachtung religiöser Bedürfnisse (z. B. Speisevorschriften)	0,5	7,6	5,9	84,9	1,1	185
Einsatz von Dolmetscherdiensten	30,2	11,5	7,7	45,6	4,9	182
intensivierte Angehörigenarbeit	8,7	16,9	9,8	60,7	3,8	183
<b>Personal</b>						
(zusätzliche) Einstellung von Pflegepersonal mit Migrationshintergrund	13,0	6,5	2,2	76,6	1,6	184
interkulturelle Kompetenzen als Einstellungskriterium für das Pflegepersonal	29,0	15,8	9,8	39,2	6,0	183
spezifische Fortbildungsangebote für das Pflegepersonal	15,7	27,0	18,9	35,1	3,2	185
Supervisionsangebote für das Pflegepersonal speziell für interkulturelle Fragen	51,9	19,7	10,9	10,4	7,1	183
Einstellung oder Benennung eines Beauftragten oder einer Arbeitsgruppe für interkulturelle Fragen	61,7	15,3	6,0	7,7	9,3	183
<b>Kooperationen</b>						
Kooperationen mit fachspezifischen Institutionen (z. B. Migrationssozialdienste)	24,6	20,8	10,9	35,5	8,2	183
Zusammenarbeit mit Personen und Institutionen der Zielgruppe (z. B. Migrantenorganisationen, Ärzte mit Migrationshintergrund)	13,5	15,7	8,1	57,3	5,4	185
Austausch mit anderen Altenpflegeeinrichtungen zum Thema interkulturelle Öffnung	25,0	10,7	6,5	44,0	3,8	184
<b>Öffentlichkeitsarbeit</b>						
mehrsprachiges Informationsmaterial über die Einrichtung	38,9	30,3	7,6	14,1	9,2	185
Bekanntmachung der Einrichtung durch alternative Informationsmedien (z. B. fremdsprachige Rundfunkmedien)	69,6	15,8	2,7	3,8	8,2	184
Informationsveranstaltungen im sozialen Umfeld der Zielgruppe (z. B. in Migrantenvereinen)	36,1	29,5	4,9	21,3	8,2	183
<b>Planung und Evaluation</b>						
Analyse des Bedarfs im Einzugsgebiet der Einrichtung	29,9	22,3	8,7	33,7	5,4	184
Formulierung fester Zielvorgaben für die interkulturelle Öffnung	33,7	27,2	11,4	20,7	7,1	184
Evaluation der Zielvorgaben	33,2	34,2	9,8	14,7	8,2	184

Quelle: Eigene Darstellung.

**Tabelle 24: Schwierigkeiten einer interkulturellen Öffnung (gültige Prozente) (N = 184)**

	Keine Schwierigkeit	2	3	4	5	Sehr große Schwierigkeit	Weiß nicht	Med. <sup>a)</sup>	Mod. <sup>b)</sup>
	%	%	%	%	%	%	%	N	N
Mangel an zeitlichen Ressourcen	18,5	12,5	23,4	19,6	14,7	9,2	2,2	3	3
Mangel an finanziellen Ressourcen	23,9	12,5	19,6	15,8	14,7	10,3	3,3	3	1
Personalmangel	23,4	18,5	17,9	15,2	15,2	7,6	2,2	3	1
fehlende Unterstützung durch den Träger	66,3	20,7	6,5	2,7	1,1	0	2,7	1	1
fehlende Unterstützung durch das Personal	47,3	27,2	15,2	6,5	1,1	1,1	1,6	2	1
Konflikte über Art und Weise der Umsetzungen	46,2	23,4	15,8	8,2	2,7	1,6	2,2	2	1
geringe Nachfrage durch ältere Migranten	12,5	12,0	18,5	13,6	19,0	22,3	2,2	4	6
mangelnde Akzeptanz seitens Bewohner ohne Migrationshintergrund	25,0	24,5	13,6	16,3	9,8	8,2	2,7	2	1

<sup>a)</sup> Median (unter Ausschluss der „Weiß nicht“-Antworten)

<sup>b)</sup> Modus (unter Ausschluss der „Weiß nicht“-Antworten)

Quelle: Eigene Darstellung.

**Tabelle 25: Bedarfslagen von und Versorgungsstrukturen für ältere Menschen mit Migrationshintergrund (gültige Prozente)**

	Stimme nicht zu	2	3	4	5	Stimme voll zu	Weiß nicht	N
	%	%	%	%	%	%	%	
Aktuell besteht <b>keine</b> Notwendigkeit zur interkulturellen Öffnung stationärer Altenpflegeeinrichtungen.	4,8	7,7	10,4	20,2	20,1	26,4	10,5	588
In Zukunft werden Fragen kultursensibler Altenpflege in stationären Altenhilfeeinrichtungen an Bedeutung gewinnen.	37,7	25,2	15,8	10,5	4,4	1,9	4,5	620
Ältere Migranten haben besondere Bedürfnisse, die in der Pflege berücksichtigt werden müssen.	36,6	23,0	15,6	11,0	6,8	3,4	3,7	621
Um ältere Migranten adäquat versorgen zu können, werden spezifische Kompetenzen benötigt.	31,2	25,3	17,7	14,1	5,1	4,8	1,9	589
Barrieren im deutschen Altenhilfesystem erschweren älteren Migranten den Zugang zu qualifizierten Pflegeangeboten.	10,5	10,9	13,3	19,3	14,1	17,8	14,1	617
Ältere Migranten haben einen hohen Bedarf an einer stationären Pflege.	3,1	4,7	9,2	24,0	25,0	12,7	21,4	621
Die Pflege älterer Migranten kann vorwiegend durch deren Familien geleistet werden.	2,2	5,3	8,2	21,4	25,5	24,8	12,6	588
Ethnien- oder religionspezifische Wohngruppen sind die richtige Lösung für die Versorgung älterer Migranten.	8,9	12,2	11,2	18,8	16,2	22,7	10,0	617
Für die Pflege älterer Migranten werden ethnien- oder religions-spezifische Pflegeheime benötigt.	9,5	8,2	10,7	20,4	20,5	24,9	5,8	619
Ethnien- oder religions-spezifische Pflegeeinrichtungen führen zur Ausgrenzung älterer Migranten aus der Mehrheitsgesellschaft.	18,2	16,8	13,8	15,8	12,4	14,1	9,0	589
Die kulturelle Verschiedenheit der Gesellschaft muss sich auch in einem vielfältigen Angebot von Pflegeleistungen widerspiegeln.	35,7	27,0	12,2	13,4	5,1	3,7	2,7	588
Die bestehenden Regeldienste der Altenpflege sind für die Versorgung pflegebedürftiger älterer Migranten verantwortlich.	16,3	15,9	14,6	19,3	8,7	5,0	20,2	618
Ein multikulturelles Pflegepersonal bedeutet einen Gewinn für die Pflegeeinrichtung.	47,7	20,3	12,3	9,7	3,4	2,9	3,7	620
Kulturelle Unterschiede in multikulturellen Pflegeteams erschweren den Pflegealltag.	6,1	9,8	12,9	21,4	23,1	22,1	4,6	589

Quelle: Eigene Darstellung.

Bettina Schwarzer untersucht, wie soziale Dienste auf zunehmende Erwartungen nach einer kultursensiblen Ausgestaltung ihrer Angebote und Strukturen reagieren. Am Beispiel von Pflegeheimen zeigt sie auf, welchen Stellenwert Konzepte einer interkulturellen Öffnung in der Altenpflege besitzen und welche sozialen Beweggründe die Einrichtungen dazu antreiben, sich interkulturell weiterzuentwickeln. Dabei nimmt sie neben einer Organisations- ebenso eine Feldperspektive auf das Untersuchungsgebiet ein. Auch dadurch kann die empirische Studie deutlich machen, dass neben demographischen Motiven, die Menschen mit Migrationshintergrund vermehrt zu potenziellen Klientinnen und Klienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Heime gemacht haben, insbesondere (menschenrechtliche) Gerechtigkeitsnormative (wie Chancengleichheit) und technisch-ökonomische Rationalisierungsüberlegungen (z.B. infolge des bestehenden Fachkräftemangels) als Triebkräfte dieser programmatischen Innovation wirken.

ISBN 978-3-7376-0582-3



9 783737 605823 >