

GESUNDHEITSFÖRDERUNG FÜR MENSCHEN MIT BESONDEREN BEDARFEN

Prof. Dr. Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin
Tagung „Gesunde Lebenswelten schaffen
für alle Zielgruppen älterer Menschen
Bonn, 27.09.2022

ASH
Berlin

Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

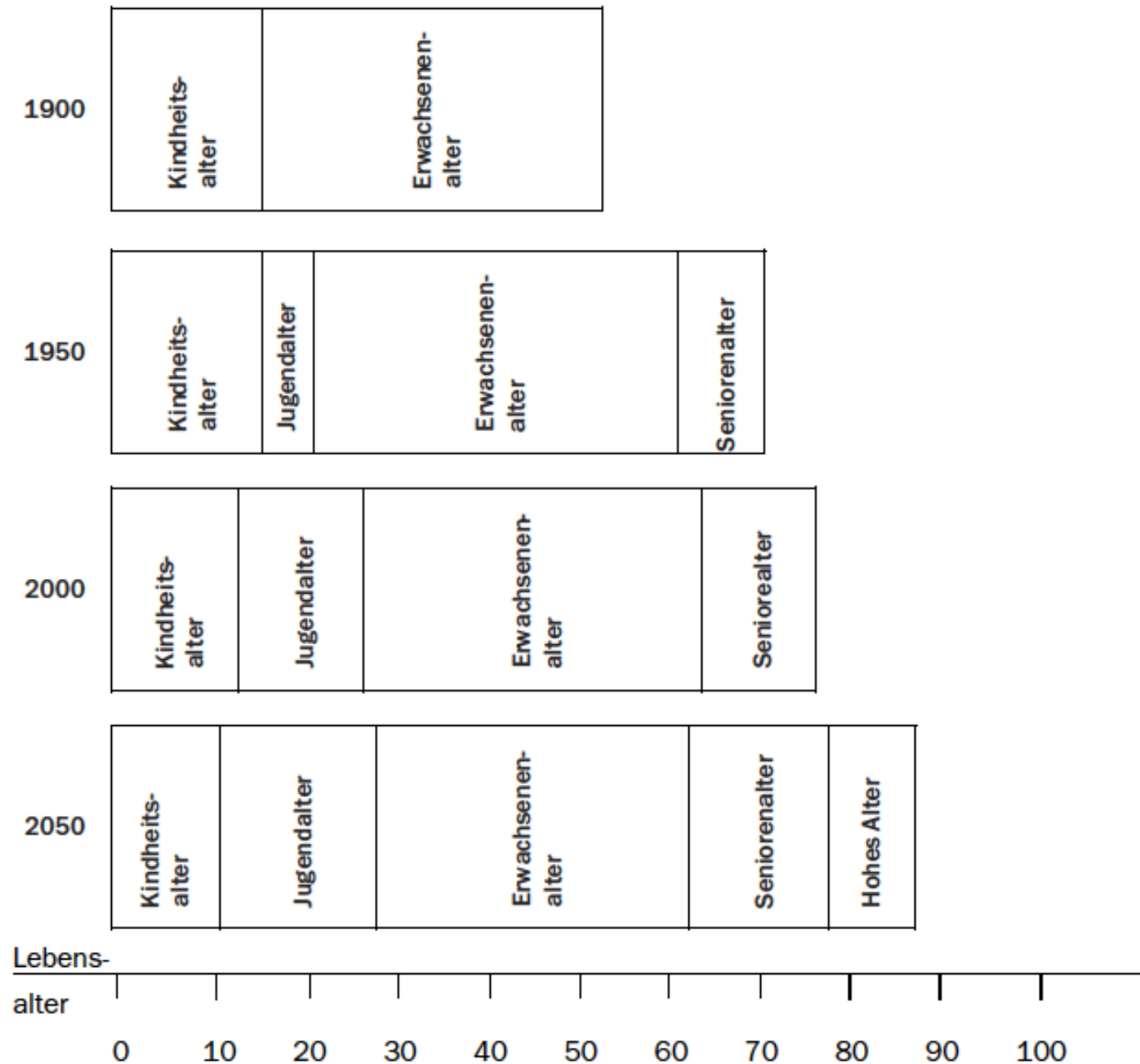
GLIEDERUNG DES VORTRAGS

- Einführung zu Lebensphasen und Lebenslagen im Alter
- Begriffe und Diskurse zur Diversität und Intersektionalität
- Fokus auf ältere Menschen mit Migrationshintergrund
- Zur Notwendigkeit einer intersektionalen Perspektive in der Gesundheitsförderung
- Ansätze diversitätssensibler Gesundheitsförderung

DEFINITION: LEBENSPHASEN

- **Lebensphasen** strukturieren den **Lebenslauf**
- Zuordnung sozialer Merkmale und Rollen nach Lebensalter
- Die Einteilung von **Lebensphasen** ergibt sich nicht nur aus biologischen Merkmalen (z.B. körperliche Entwicklungsmerkmale), sondern unterliegt historischen und kulturellen Einflüssen.
- Die Gliederung des Lebens in bestimmte Phasen kann im historischen Prozess und im interkulturellen Vergleich variieren.
- Kulturelle Normen definieren die erwarteten und angemessenen Verhaltensweisen für Menschen in jeder Lebensphase.

Abbildung 1.3 Strukturierung von Lebensphasen zu vier historischen Zeitpunkten



Strukturierung von Lebensphasen

BEGINN DER LEBENSPHASE ALTER

- Übergang in den Ruhestand als „Statuspassage“ → gesellschaftlicher Beginn des Alters
- Heute: Beginn des Ruhestandes nicht mehr der klare Übergang in die Lebensphase Alter
- Trotzdem: Übergang in den Ruhestand bleibt individuell ein wichtiges Ereignis in der Deutung des Alters



☰ **Rentenpolitik**

Altersbilder und Lebenslagen von Älteren – "Die" Alten gibt es nicht

Die alten- und rentenpolitischen Debatten haben sich von einem sehr negativen Bild von der älteren Generation (Alter als Mangelsituation) zu einem sehr positiven Bild (Potenziale des Alters) geradezu umgekehrt. Beide Sichtweisen sind jedoch zu pauschal, da sie die Unterschiedlichkeit der Lebenslagen im Alter nicht ausreichend berücksichtigen: "Die" Alten gibt es nicht!

LEBENSLAGEN IM ALTER I

Lebenserwartung

Hochaltrigkeit

Feminisierung des Alters

Singularisierung des Alters

Eigenständiges Wohnen im Alter

Gesundheitliche Lage

Einbindung in familiäre und soziale Netzwerke

Einkommen und Vermögen

Gesellschaftliche Teilhabe

Lebenszufriedenheit

- Wandel vom Defizit- hin zum Ressourcenmodell
- Durchschnittswerte entsprechen nicht der heterogenen Realität

LEBENSLAGEN IM ALTER II

Lebenserwartung

Hochaltrigkeit

Feminisierung des Alters

Singularisierung des Alters

Eigenständiges Wohnen im Alter

Gesundheitliche Lage

Einbindung in familiäre und soziale Netzwerke

Einkommen und Vermögen

Gesellschaftliche Teilhabe

Lebenszufriedenheit

LEBENSLAGEN IM ALTER III

Lebenserwartung

Hochaltrigkeit

Feminisierung des Alters

Singularisierung des Alters

Eigenständiges Wohnen im Alter

Gesundheitliche Lage

Einbindung in familiäre und soziale Netzwerke

Einkommen und Vermögen

Gesellschaftliche Teilhabe

Lebenszufriedenheit

Aktivität durch Netzwerke

LEBENSLAGEN IM ALTER IV

Lebenserwartung

Hochaltrigkeit

Feminisierung des Alters

Singularisierung des Alters

Eigenständiges Wohnen im Alter

Gesundheitliche Lage

Einbindung in familiäre und soziale Netzwerke

Einkommen und Vermögen

Gesellschaftliche Teilhabe

Lebenszufriedenheit

Aktivität durch Netzwerke

Zugang zu Gesundheitsförderungs-
angeboten

LEBENSLAGEN IM ALTER V

Lebenserwartung

Hochaltrigkeit

Feminisierung des Alters

Singularisierung des Alters

Eigenständiges Wohnen im Alter

Gesundheitliche Lage

Einbindung in familiäre und soziale Netzwerke

Einkommen und Vermögen

Gesellschaftliche Teilhabe

Lebenszufriedenheit

Aktivität durch Netzwerke

Zugang zu Gesundheitsförderungs-
angeboten

Teilhabemöglichkeiten
& Informiertheit

LEBENSLAGEN IM ALTER VI

Lebenserwartung

Hochaltrigkeit

Feminisierung des Alters

Singularisierung des Alters

Eigenständiges Wohnen im Alter

Gesundheitliche Lage

Einbindung in familiäre und soziale Netzwerke

Einkommen und Vermögen

Gesellschaftliche Teilhabe

Lebenszufriedenheit

Geschlechtsspezifische Ungleichheit oder Unterschiede verstärken sich im Alter

Aktivität durch Netzwerke

Zugang zu Gesundheitsförderungsangeboten

Teilhabemöglichkeiten & Informiertheit

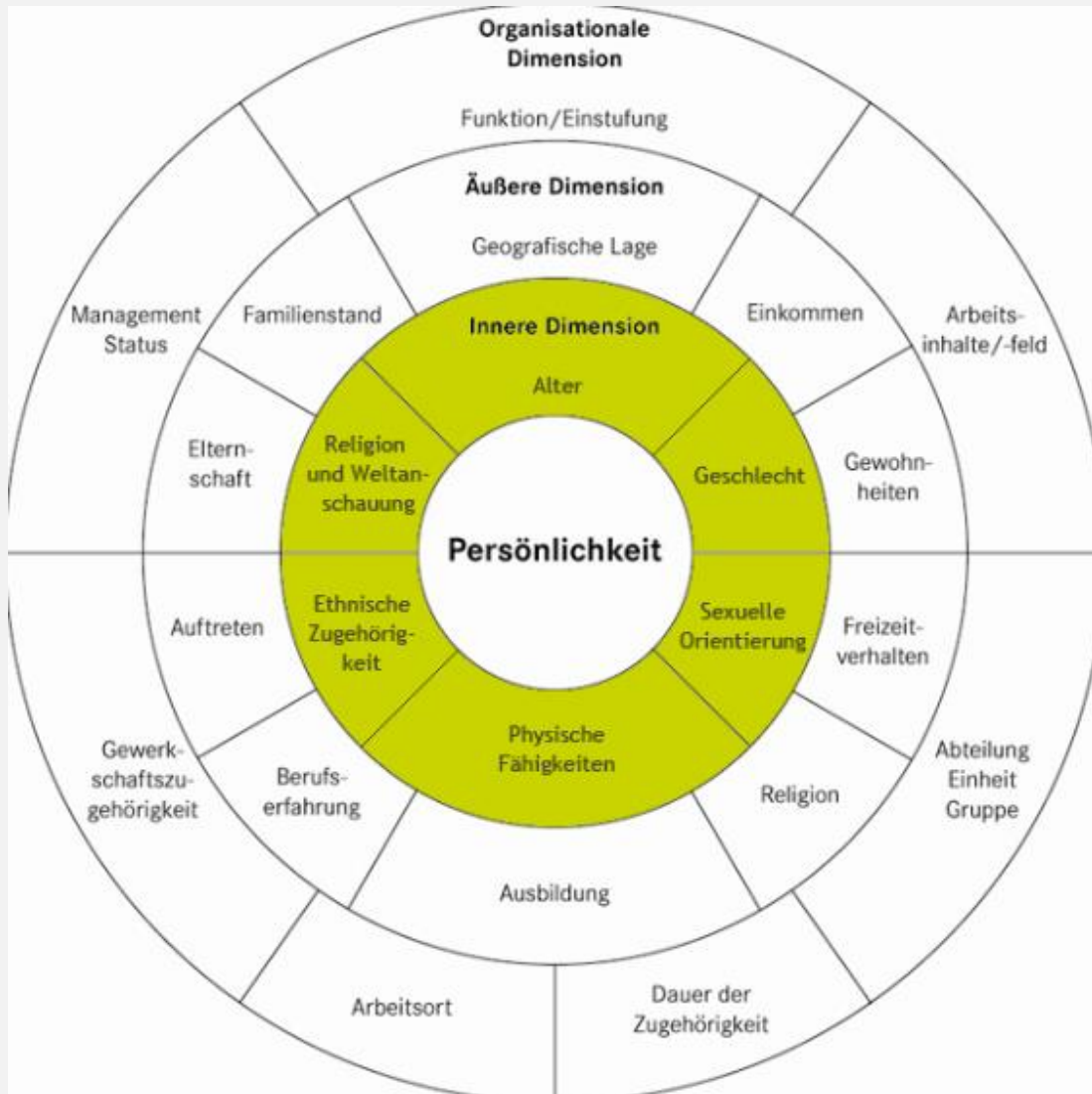
WIE KÖNNEN WIR DIE DIVERSITÄT IM
ALTER REALITÄTSNAH VERSTEHEN?

DER DIVERSITY-DISKURS I



(Bildquelle: Techn. Hochschule Mittelhessen in Anlehnung an Gardenswartz et al. 2008)

DER DIVERSITY-DISKURS II



Kritik am Diversity Management-Ansatz:

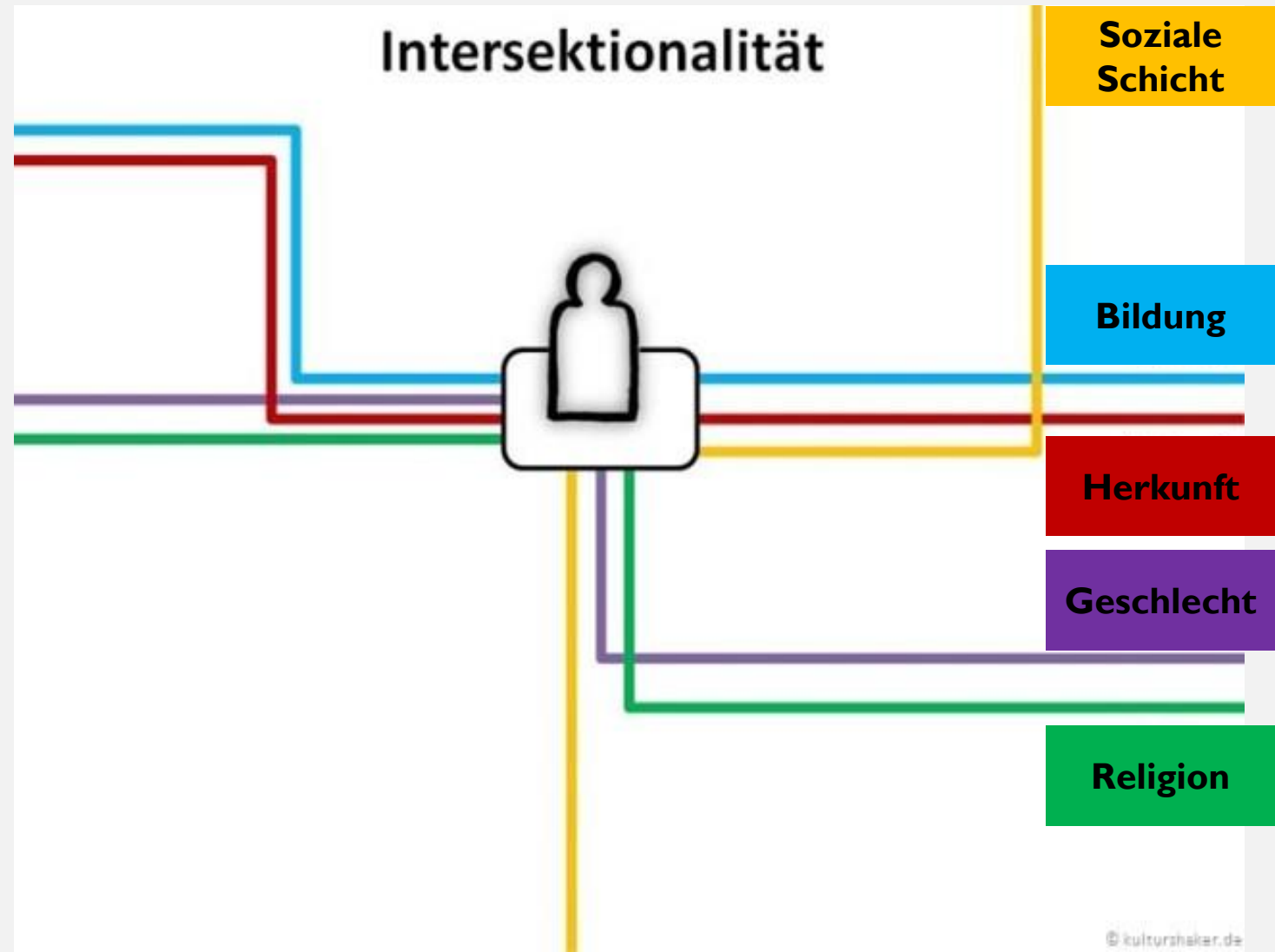
- beachtet Machtverhältnisse nicht
- wirkt normativ und ausgrenzend
- lässt die Fluidität von Diversitätsmerkmalen und Identitäten unbeachtet

Critical Diversity fokussiert u.a.

- wie Differenz konstruiert wird und inwiefern das von Machtstrukturen abhängt
- Ungleichheiten und Diskriminierung

DEFINITION „INTERSEKTIONALITÄT“

„Unter Intersektionalität wird (...) verstanden, dass soziale Kategorien wie Gender, Ethnizität, Nation oder Klasse nicht isoliert voneinander konzeptualisiert werden können, sondern in ihren ‚Verwobenheiten‘ oder ‚Überkreuzungen‘ (intersections) analysiert werden müssen.“ (Walgenbach 2012: 81).



WIR FOKUSSIEREN HEUTE DIE ZIELGRUPPE ÄLTERE MIGRANT*INNEN

in FORM
Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung
und mehr Bewegung

 bagso

Gesundheitsförderung mit älteren Migrantinnen und Migranten gestalten



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

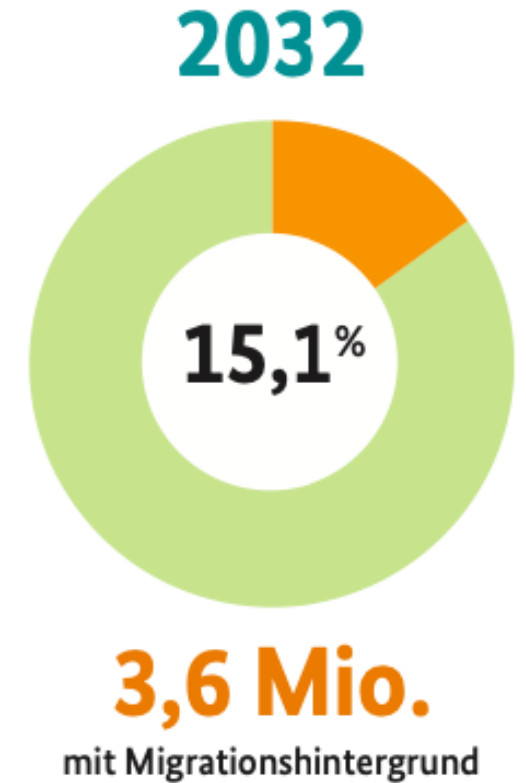
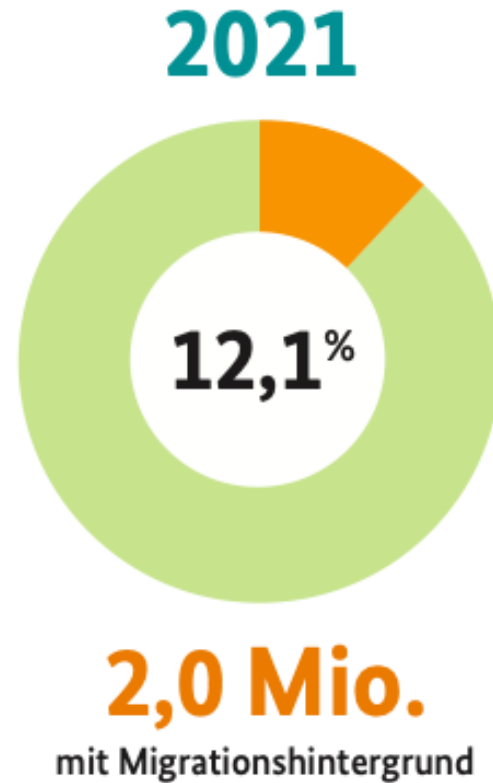


Abbildung: Zusammensetzung der älteren Bevölkerung (65+) mit eigener Migrationserfahrung

18%

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

32%

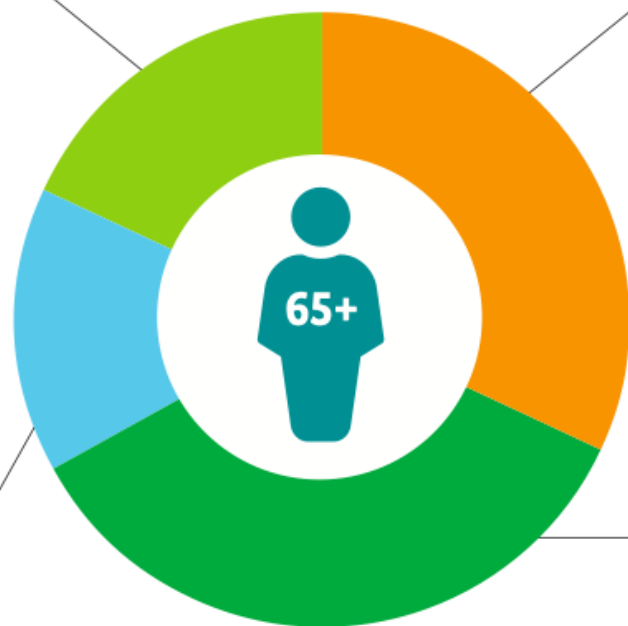
(Spät-)Aussiedlerinnen und -aussiedler aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion bzw. ab 1991 aus deren Nachfolgestaaten und aus weiteren osteuropäischen Staaten, insbesondere Polen und Rumänien

15%

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

35%

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



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020, eigene Berechnungen

LEBENSLAGEN ÄLTERER MIGRANT*INNEN IN DEUTSCHLAND

- Höhere Armutsgefährdung: 33,4% im Vergleich zu 13,2% bei Gleichaltrigen ohne Migrationshintergrund
- Wohnsituation bzgl. Barrierefreiheit und Ausstattung und Größe
- Früheres Auftreten chronischer Krankheiten, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit
- Subjektiv schlechterer Gesundheitszustand
- Geringe Health Literacy
- Teilweise geringe deutsche Sprachkenntnisse

GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM ALTER – FOKUS AUF MENSCHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND I

- Zuständigkeiten in der Kommune für Gesundheitsförderung bei älteren Migrant*innen nicht klar geregelt
- „Randthema“ bei z.B. Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, Integrationsarbeit, Seniorenarbeit etc., wenig Vernetzung
- Finanzierung oft nur projektbezogen
- Angebote zu wenig an die entsprechenden Lebenswelten angepasst

GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM ALTER – FOKUS AUF MENSCHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND II

- Zuständigkeiten in der Kommune für Gesundheitsförderung bei älteren Migrant*innen nicht klar geregelt
- „Randthema“ bei z.B. Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, Integrationsarbeit, Seniorenarbeit etc., wenig Vernetzung
- Finanzierung oft nur projektbezogen
- Angebote zu wenig an die entsprechenden Lebenswelten angepasst

Entsprechend sehen sich viele Akteurinnen und Akteure auf der kommunalen Ebene für das Thema der Gesundheitsförderung älterer Migrantinnen und Migranten „irgendwie ein bisschen zuständig, aber keiner so richtig“.

GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM ALTER – INANSPRUCHNAHME DURCH MENSCHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND I

- **Barrieren:**

- Teils geringe deutsche Sprachkenntnisse
- Geringer Informationsstand zu Angeboten
- Gesellschaftliche Geschlechterverhältnisse
- Traditionelle Altersbilder
- Diskriminierungserfahrungen
- Skepsis gegenüber deutschen Institutionen
- Scham und ggf. geringe finanzielle Möglichkeiten

- **Ressourcen:**

- Familiäre Netzwerke
- Transnationales Leben (Pendeln in das Heimatland)
- Teilweise gute deutsche Sprachkenntnisse
- Teilweise Einbindung in Migrant*innenselbstorganisationen

GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM ALTER – INANSPRUCHNAHME DURCH MENSCHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND II

- **Barrieren der Inanspruchnahme auf Anbieterseite:**
- Geringe Kenntnisse sozialer & kultureller Besonderheiten
- Ignoranz von Zugangsproblemen
- Kulturalisierung und Überbetonung von Unterschieden
- Defizitorientierte Sichtweisen
- Befürchtung von Mehraufwand und Überforderung
- Fremdenfeindlichkeit und Vorurteile
- Fehlende diversitätssensible Angebote

INANSPRUCHNAHME VON ANGEBOTEN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG DURCH MIGRANT*INNEN

- **Barrieren:**
- Migrant*innen, die Beratungsstellen für Gesundheitsförderung aufsuchen, haben andere Anliegen wie z.B. Aufenthaltsrechtlich, Versorgung nach Gewalterfahrungen oder akute Beschwerden
- Notwendigkeit nicht immer ersichtlich, weil keine akuten Beschwerden
- Beschäftigung mit Gesundheitsförderung erst, wenn existenzielle Themen bereits behandelt wurden
- Diskriminierungserfahrungen in medizinischen Einrichtungen

- **Ressourcen:**
- Offenheit gegenüber geschlechtergetrennten Sportveranstaltungen und gegenüber Gesprächen im vertraulichen Rahmen

SCHLUSSFOLGERUNGEN

- Die Barrieren wirken nicht nur auf ältere Migrant*innen, sondern auch auf Einrichtungen
- Wir wissen nichts über die Inanspruchnahme von älteren Menschen mit Migrationshintergrund und anderen Diversitätsmerkmalen wie Behinderung, Traumatisierungen oder unterschiedliche sexuelle Orientierungen
- Über die Inanspruchnahme von Gesundheitsförderung von mehrfachdiskriminierten Menschen wissen wir kaum etwas, was sind die Ängste, die Motive für ihr Handeln?
- Diskriminierungserfahrungen in der Biografie können die Inanspruchnahme von medizinischen Angeboten beeinträchtigen, daher ist eine intersektionale Perspektive notwendig

ZUR NOTWENDIGKEIT EINER INTERSEKTIONALEN PERSPEKTIVE IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG I

Durch den Blick auf ein einzelnes Diversitätsmerkmal bleiben verborgen:

Auswirkungen der Kombination von Diversitätsmerkmalen auf die

- Wahrnehmung der eigenen Gesundheit
- Rolle individueller Lebenslagen von Menschen bei der Inanspruchnahme von Angebote der Gesundheitsförderung
- Aktivierung von Selbstmanagement-Kompetenzen

ZUR NOTWENDIGKEIT EINER INTERSEKTIONALEN PERSPEKTIVE IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

- Ältere Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist sehr heterogen
- Unterschiedliche, potentiell diskriminierende Diversitätsmerkmale und Lebenslagen sind bei vielen vorhanden
- Angebote der Gesundheitsförderung oft noch nicht genügend an die Bedürfnisse angepasst

Intersektionale
Perspektive

Diversitätssensible
Versorgung

Diversitätssensitive
Forschung

Wie kann diversitäts- und
diskriminierungssensible
Gesundheitsförderung
aussehen?

ANSÄTZE DIVERSITÄTSENSIBLER GESUNDHEITSFÖRDERUNG I

→ Wahrnehmung und Erkundung von Individuen, Gruppen, Gesellschaften, Kulturen, Religionen und heterogenen Lebensweisen

→ flexibles, der Situation angemessenes Erproben und Reflektieren des Umgangs mit Menschen anderer kultureller Prägungen, bzw. Diversitätsmerkmale

→ lebenslanger Prozess

→ konstruktiver Umgang mit Unsicherheiten und Widersprüchen,

→ Aufbau einer wertschätzenden, anerkennenden und vertrauensvollen Beziehung,

ANSÄTZE DIVERSITÄTSENSIBLER GESUNDHEITSFÖRDERUNG II

→ Wahrnehmung und Erkundung von Individuen, Gruppen, Gesellschaften, Kulturen, Religionen und heterogenen Lebensweisen

→ flexibles, der Situation angemessenes Erproben und Reflektieren des Umgangs mit Menschen anderer kultureller Prägungen, bzw. Diversitätsmerkmale

→ lebenslanger Prozess

→ konstruktiver Umgang mit Unsicherheiten und Widersprüchen,

→ Aufbau einer wertschätzenden, aner kennenden und vertrauensvollen Beziehung,

ANSÄTZE DIVERSITÄTSENSIBLER GESUNDHEITSFÖRDERUNG II

- Selbstreflexion und Bewusstmachung der eigenen Kulturgebundenheit
- ehrlicher Umgang mit Vorurteilen, Diskriminierung und Asymmetrie in der Beziehung,
- Aneignung von Wissen zu unterschiedlichen Kulturen, Lebensweisen, Biografien und kommunikativen, sprachlichen und emotionalen Kompetenzen,
- offene, wertschätzende und respektvolle, aber auch authentische Haltung und eine differenzierte kulturelle, bzw. diversitätssensible, sprachliche und/nonverbale Verständigung
- Einrichtungen der Gesundheitsförderung an dem Stand der diversitätssensiblen Öffnung abholen, an dem sie stehen und wertschätzend darauf aufbauen

MIT AUF DEN WEG GEGEBEN...

Es ist nie zu spät, um die eigenen Angebote Schritt für Schritt diversitätssensibel zu gestalten.

Partizipative Gestaltung der Angebote zentral.

Fehlerfreundlichkeit und Wertschätzung sind sehr wichtig, weil es kann nicht alles sofort perfekt funktionieren!

Schaffen Sie sich Möglichkeiten, um gemeinsam mit anderen (Kolleg*innen, Freund*innen) das Erlebte zu reflektieren. Das Reflektieren ist das Wichtigste für eine diversitätssensible Haltung.

QUELLEN I (WIRD AKTUALISIERT)

Bäcker, G., Kistler, E. (2021): Altersbilder und Lebenslagen von Älteren. "Die" Alten gibt es nicht. <https://www.bpb.de/themen/soziale-lage/rentenpolitik/288297/altersbilder-und-lebenslagen-von-aelteren-die-alten-gibt-es-nicht/> (Zugriff am 11.05.2022)

Crenshaw, K.W. (1989): Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. In: University of Chicago Legal Forum: 139-167.

Dingoyan, D., Metzner, F., Usko, N. et al. Inanspruchnahme von gesundheitsfördernden und präventiven Angeboten für Menschen mit Migrationshintergrund. *Präv Gesundheitsf*(2021). <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00915-z>

Gardenswartz, L./Cherbosque, J./ Rowe, A. (2008): Emotional intelligence for managing results in a diverse world: The hard truth about soft skills in the workplace. Mountain View, Calif: Davies-Black Pub.

Goel, U. (2016) [Die \(Un\)Möglichkeit der Vermeidung von Diskriminierungen](#). In *Diskriminierungskritische Lehre. Denkanstöße aus den Gender Studies*, Hrsg. Geschäftsstelle des Zentrums für transdisziplinäre Geschlechterstudien der Humboldt-Universität zu Berlin.

QUELLEN II

Hurrelmann, K., Quenzel, G. (2017): Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. Beltz/Juventa.

Olbermann, E. (2021): Gesundheitsförderung mit älteren Migrantinnen und Migranten gestalten. BAGSO.

https://www.bagso.de/fileadmin/user_upload/bagso/03_Themen/Vielfalt/Gesundheitsfoerderung_mit_aelteren_Migrantinnen_und_Migranten.pdf (Zugriff am 11.05.2022)

Walgenbach, K. (2012): Intersektionalität - eine Einführung. www.portal-intersektionalitaet.de (Zugriff 11.05.2022)

Zanier, G. (2015): Altern in der Migrationsgesellschaft: Neue Ansätze in der Pflege – Kultursensible (Alten-)pflege und interkulturelle Öffnung. In Kurzdossier der Bundeszentrale für politische Bildung. Focus Migration. August 2015.

<http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/210999/migration-und-pflege>, (Zugriff am 11.05.2022)

Zanoni, P., Janssens, M., Benschop, Y., & Nkomo, S. (2010). Guest Editorial: Unpacking Diversity, Grasping Inequality: Rethinking Difference Through Critical Perspectives. *Organization*, 17(1), 9–29.

HERZLICHEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT

- Prof. Dr. Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin
- Alice Salomon Hochschule Berlin
- Email: tezcan@ash-berlin.eu



ASH
Berlin

Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences