

BUNDESVERBAND
INFORMATION &
BERATUNG FÜR
NS-VERFOLGTE



DER PARITÄTISCHE
WOHLFAHRTS-
VERBAND



Netzwerke für ältere
Lesben und Schwule
im

RUBICON
Beratungszentrum
für Lesben und Schwule

respekt
Toleranz
Beratung und Bildung
in der Altenhilfe

Fachtagung

„(un)auffällig und (un)sichtbar?“

– für einen sensiblen und kompetenten Umgang mit
Zugewanderten, NS-Verfolgten, Kriegstraumatisierten,
Überlebenden sexualisierter Gewalt und Schwulen und Lesben
in der Altenhilfe

Dokumentation im Rahmen des Projektes „Anpassung der
Versorgungssysteme der Altenhilfe an die Erfordernisse älterer
NS-Verfolgter“

Projekträger: Bundesverband Information und Beratung für NS-Verfolgte e.V.

Projekt gefördert durch



Köln 2007

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	
Michaela Zalucki und Sonja Schlegel	1
Grußwort	
Dr. Marion Gierden-Jülich	3
„Was bleibt ist die Erinnerung“ – Die Folgen von Gewalterlebnissen in der Lebensgeschichte alter Frauen und Männer	
Martina Böhmer	6
Workshop 1 Identität stärken – Lebenserfahrungen von Aussiedlern, Zuwanderern und russischen Kontingentflüchtlingen	
„Vom Gastarbeiter zum Gast-Senior?“ – Lebenserfahrungen älterer MigrantInnen	
Maristella Angioni	14
„Unauffällig und unsichtbar“ – Aspekte zur Situation von älteren Aussiedlern und Aussiedlerinnen	
Susanne Rabe Rahmann	17
Ältere Kontingentflüchtlinge. Einige Anmerkungen und Anregungen zu Besonderheiten in der Altenhilfe, Pflege und medizinischen Versorgung	
Alexander Bakalejnik	21
Workshop 2 NS-Verfolgte und Kriegstraumatisierte – ein Spannungsfeld	
Thesen	
Sybille Ellinger-Weber	24
Von Überzeugungen und deren Richtigkeit – NS-Verfolgte in Deutschland. Beispiele	
Sonja Schlegel	26
Workshop 3 Sexualisierte Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen	
Workshop-Protokoll	
Brigitte Merkwitz und Martina Böhmer	29
Workshop 4 Aufbruch – Lesben und Schwule im Alter	
Workshop-Protokoll	
Carolina Brauckmann und Dr. Stefan Jüngst	33
Quellen- und Literaturverzeichnis	37
Autorenverzeichnis / AnsprechpartnerInnen	39

Erste bundesweite Fachtagung mit dem Fokus auf ältere Menschen und ihre besonderen Lebensgeschichten erfolgreich durchgeführt

Michaela Zalucki und Sonja Schlegel

Bundesverband Information und Beratung für NS-Verfolgte e.V., Köln

Im Rahmen des Projektes „Anpassung der Versorgungssysteme der Altenhilfe an die Erfordernisse älterer NS-Verfolgter“ fand am 18. Oktober 2006 in den Tagungsräumen des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) eine Fachtagung mit dem ungewöhnlichen Titel *(un)auffällig und (un)sichtbar? Für einen sensiblen und kompetenten Umgang mit Zugewanderten, NS-Verfolgten, Kriegstraumatisierten, Überlebenden sexualisierter Gewalt und Schwulen und Lesben in der Altenhilfe* statt. Im Fokus der Workshops und Vorträge standen SeniorInnen, deren Lebensgeschichten sich von der „Norm“ unterscheiden und deren Bedürfnisse im Alter von den gängigen Angeboten der Altenhilfe und Altenpflege nicht befriedigt werden können.

Das Grußwort sprach Frau Dr. Marion Gierden-Jülich, Staatssekretärin des Ministeriums für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen. Ausgangsüberlegung für die Tagungskonzeption waren die vielschichtigen Biografien von NS-Überlebenden: Viele sind MigrantInnen, manche sind homosexuell, vor allem Frauen wurden Opfer sexualisierter Gewalt. Ihre Lebensgeschichten sind gezeichnet von Ereignissen, die besonders im Alter plötzlich wieder aktuell werden können und die den Mitmenschen – wenn überhaupt – nur schwer zu vermitteln sind.

In Deutschland gibt es zahlreiche Vereine und Initiativen, die sich jeweils mit Teilaspekten der obigen Aufzählung auseinandersetzen. Sie gelten im Bereich der Altenhilfe und Altenpflege als eher „randständig“ und „nur“ eine Minderheit betreffend. Mit dieser Tagung ist es erstmals gelungen, einige diese verschiedenen Gruppen als VeranstalterInnen zusammenzubringen mit dem Ziel, ältere Menschen mit lebensbelastenden Ereignissen aus ihrem Schattendasein herauszuholen und aufzuzeigen, dass sie ganz normale „Menschen von nebenan“ sind.

Ein Gradmesser für das Gelingen der Veranstaltung war die hohe Aufmerksamkeit der ca. 120 TeilnehmerInnen, die sich von den beiden einführenden Referaten von Marlene Steuber (Diplompsychologin) und Martina Böhmer (Altenpflegerin für Geriatrische Rehabilitation) über die Workshops bis hin zur Abschlussdiskussion am späten Nachmittag hielt.

Wir bedanken uns ganz herzlich beim Landschaftsverband Rheinland, Köln, der uns die schönen Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt hat; bei der Stiftung Wohlfahrtspflege, dem Förderer des Projektes; beim Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPWV) für die finanzielle Unterstützung; bei Cornelia Harrer für die großartige Moderation; bei den ReferentInnen, insbesondere bei Marlene Steuber; bei den Praktikantinnen Anika Blank, Sabrina Düren, Valerie Hribernik und Rahua Ijob; bei der Clownin Dr. Kristin Kunze alias Sophia Altklus; bei Rose Stotz für ihre tatkräftige Unterstützung; bei unserer Projektassistentin Angela Fischer, die hauptverantwortlich für die gesamte Tagungsorganisation war und zum Gelingen des Tages einen großen Beitrag geleistet



hat; beim Bundesverband für NS-Verfolgte e.V. und bei allen anderen, die Geld und Zeit gegeben haben.

Mit dem folgenden Reader möchten wir allen Interessierten die Tagungsreferate und die in den Workshops entstandenen Ergebnisprotokolle zur Verfügung stellen.

Grußwort

Dr. Marion Gierden-Jülich

Staatssekretärin im Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes NRW, Düsseldorf

Sehr geehrte Frau Schlegel,
sehr geehrte Frau Harrer,
meine Damen und Herren,

die heutige Fachtagung ist den älteren Menschen gewidmet, die in besonderem Maße den Schutz der Gesellschaft, unser Verständnis, unsere Anteilnahme und einfühlsame Hilfe erwarten können. Die Lebensgeschichte dieser Menschen ist von Erfahrungen extremer Gewalt und Erniedrigung, von Entrechtung, Ausgrenzung und Verfolgung gezeichnet. Diese Erfahrungen tragen sie meist tief verborgen und äußerlich unauffällig in sich, oft benötigen sie Beistand, professionelle Beratung, Hilfe oder Pflege, ohne dies aber zu artikulieren.

Diese Tagung fragt darüber hinaus nach den besonderen Lebensumständen und Bedürfnissen älterer Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in der Seniorenarbeit und der Pflege.



Ich begrüße und unterstütze es, dass die Veranstalterinnen und Veranstalter aus den unterschiedlichsten Perspektiven heraus eine historisch und kultursensible Altenhilfe thematisieren. Leitgedanke der Senioren- und Pflegepolitik des Landes Nordrhein-Westfalen ist:

Jedem Menschen muss mit seinem individuellen sozialen, biographischen, religiösen und kulturellen Hintergrund ein ungehinderter Zugang zu den Ange-

boten und Systemen der Pflege und der sozialen Arbeit ermöglicht werden.

In der heutigen Veranstaltung sehe ich eine wertvolle Chance, den Blick auf die Besonderheiten in den Lebenszusammenhängen der betroffenen Gruppen zu richten und die daraus erwachsenden ethischen und fachlichen Anforderungen an die Politik, die Träger und Institutionen der Altenhilfe weiter zu konkretisieren. Darum habe ich auch gerne die Schirmherrschaft für diese Tagung übernommen.

Zu den Betroffenen gehören insbesondere die älteren Menschen, die Opfer der nationalsozialistischen Verbrechen waren.

Die Debatte über den Umgang der NS-Vergangenheit ist ein fester Bestandteil der Entwicklung der Demokratie in unserem Land. Auch angesichts der heute noch lebenden Opfer sehe ich es als unsere moralische Pflicht an, dafür zu sorgen, dass die Auseinandersetzung mit der NS-Zeit ein wichtiger Bezugspunkt der demokratischen Kultur in diesem Land bleibt.

Wir dürfen nicht die Augen davor verschließen, dass dieser Teil unserer Geschichte, von vielen gerne als „bewältigt“ abgetan, im Alter vielfach erneut zum Leben erwacht.

Dass die Zeit nicht alle Wunden heilt, gilt nicht nur für die Opfer der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft.

Das gilt auch für eine große Anzahl von Menschen, die im Zweiten Weltkrieg traumatisiert wurden. Psychologen weisen darauf hin, dass viele psychiatrische Krankheiten im Alter verschobene Traumata seien, traumatische Erfahrungen, die häufig an die nachfolgenden Generationen weitergereicht werden.

Obwohl es bekannt ist, dass viele der heute bereits alten Frauen und Männer durch vielfältige und geschlechtsspezifische Kriegs- und Gewalterfahrungen biographisch geprägt sind, werden Traumatisierungen in der Altenarbeit in Deutschland bislang nicht genügend thematisiert. Das gilt für die Forschung, für die Altersmedizin und ebenso für die Beratung und die Altenpflege.

An eine Retraumatisierung wird in der Regel bei Verhaltensauffälligkeiten nicht gedacht. Aber gerade pflegebedürftige Menschen fühlen sich in alltäglichen Situationen oft hilflos und durch äußere Anlässe in Gewalterfahrung zurückversetzt. Als Vorbild und Anregung für einen angemessenen und unterstützenden Umgang mit traumatisierten Menschen können wir die bislang wenigen jüdischen Altenheime betrachten. Dort werden im Alltagsgeschehen ganz konsequent die Biografien der Bewohnerinnen und Bewohner berücksichtigt.

Von den Helfenden – ob Hauptberufliche oder Ehrenamtliche – wird viel erwartet. Sie müssen die Wahrheit aushalten und ertragen können. Sie sollen nicht verleugnen oder bagatellisieren.

Wer mit Opfern von Gewalt arbeitet, braucht Sensibilität für den Lebenshintergrund der Menschen und historisches Wissen.

Eine Haltung der Solidarität kann dabei helfen, die Reaktionen der Betroffenen zu verstehen. Retraumatisierungen und erneute Entwurzelung zu vermeiden und ein Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln, ist eine wichtige Aufgabe. Diese hohen Anforderungen müssen künftig stärker in der Aus- und Weiterbildung berücksichtigt werden. Darüber hinaus sollte den Pflegekräften professionelle Begleitung und Supervision zur Seite stehen.

Die Ausrichtung auf eine kultursensible Altenhilfe kommt in den letzten Jahren voran. Dennoch sind wir hier noch nicht soweit, dass wir den Anforderungen gerecht werden, die der demographische Wandel an uns stellt. Ältere Menschen mit Zuwanderungsgeschichte stellen die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe dar.

Für NRW wird eine Steigerung von derzeit rd. 80.000 ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürgern im Alter von über 60 Jahren auf das Dreifache im Jahre 2010 erwartet.¹

Das Landespflegegesetz sieht in seinem Paragraphen 1 ausdrücklich vor, bei der Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur die besonderen Belange der Älteren mit Zuwanderungsgeschichte zu berücksichtigen. Wir arbeiten ebenso an einer Verbesserung der Information und Beratung, wie an der Weiterentwicklung der Aus-, Fort- und Weiterbildung des Personals von Pflegediensten und -einrichtungen.

¹ Landtag NRW 2005, S. 94.

In Nordrhein-Westfalen verfügen bereits mehrere Einrichtungen der Altenhilfe über wertvolle Erfahrungen in der interkulturellen Ausrichtung von Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe, z.B.

- das multikulturelle Seniorenzentrum „Haus am Sandberg“ des DRK in Duisburg
- die interkulturelle Seniorenberatung der AWO in Bochum
- das „Betreute Wohnen für deutsche und ausländische Senioren“ in Mönchengladbach.

Diese Erfahrungen sollten systematisch ausgewertet und allen Akteuren in diesem Bereich zugänglich gemacht werden.

Die Landesseniorenpolitik wird das Thema einer historisch- und kultursensiblen Altenhilfe insbesondere in der 2006 begonnenen „Qualifizierungsoffensive für Ältere“ verankern.

Teil dieses Projekts ist die Weiterentwicklung der Begegnungsstätten in NRW zu Service-Zentren. Es werden hier differenzierte Beratungs-, Bildungs-, Begegnungs- und Unterstützungsangebote, entsprechend den Lebenslagen und Ressourcen der Älteren, zur Verfügung gestellt. Wir wollen im Rahmen dieses Projekts in den nächsten drei Jahren rd. 160 Einrichtungen in unterschiedlicher Trägerschaft und aus verschiedenen Kommunen in NRW erreichen.

Ich versichere Ihnen, dass unser Ministerium die Anregungen und Ergebnisse des heutigen Tages gemeinsam mit den Veranstaltern auswerten und bei der Gestaltung der Pflege- und Seniorenpolitik des Landes Nordrhein-Westfalen berücksichtigen wird.

Ich hoffe aber auch, dass viele von Ihnen, meine Damen und Herren, die Ergebnisse nicht nur für sich verwenden, sondern als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in Ihren Einrichtungen und Institutionen verbreiten.

Noch einmal meinen Dank an die Initiatorinnen und Initiatoren dieser Veranstaltung für die Organisation dieses notwendigen Gedankenaustausches.

„Was bleibt ist die Erinnerung“ – Die Folgen von Gewalterlebnissen in der Lebensgeschichte alter Frauen und Männer

Martina Böhmer

Altenpflegerin für Geriatrische Rehabilitation, respekt – Team für Beratung und Bildung in der Altenarbeit, Bergisch Gladbach

In der Öffentlichkeit wird in der Regel nicht von alten Frauen und Männern gesprochen, sondern es werden Umschreibungen wie Senioren, ältere Herrschaften o. ä. gebraucht. Es gab einen großen Spiegelartikel zum Thema Pflegenotstand, da wurde im Titel gefragt: „Wohin mit Oma?“

Ich möchte Sie fragen, was assoziieren Sie, wenn Sie ‚Senior und Seniorin‘ hören?
„Ich denke da an Rüstigsein und an Mallorca.“

Was assoziieren Sie, wenn Sie ‚Oma oder Opa‘ hören?
„Ich denke an Hefeklöße mit Blaubeeren und an gemütlich auf dem Chaiselonge sitzen, an Enkelkinder und an Pfeife.“

Was assoziieren Sie, wenn Sie ‚alte Menschen‘ hören?
„Womöglich Demenz? Pflegebedürftigkeit, alt und krank?“

Was assoziieren Sie, wenn Sie ‚ältere Dame oder älterer Herr‘ hören?
„Ich denke dann an Distanz, an blau getönte Haarfrisur und an Spazierstock.“

Bei all diesen Begriffen komme ich eher nicht – und vielleicht Sie auch nicht – auf die Idee, daran zu denken, dass das alles Frauen und Männer mit sehr unterschiedlichen Lebensgeschichten sind.

Sind Sie nicht auch überrascht, wenn Sie eine alte Frau im klassischen dunklen Kleid und mit Dauerwelle im Haar sehen und erfahren, dass sie im Zweiten Weltkrieg Widerstandskämpferin war?

Oder wenn Sie den alten Mann sehen, mit schlurfendem Gang und Stock, und erfahren, dass er schwul ist und immer noch seinen Geliebten betrauert, der im KZ umkam?

Daher spreche ich hier von alten Frauen und Männern, weil ich denke, dass diese Benennung am ehesten die Chance zulässt, dass wir sehen und verstehen können, dass es Frauen und Männer sind mit ihren ganz individuellen und auch geschlechtsspezifischen Geschichten und Erlebnissen. Das können sehr schöne Geschichten und Erlebnisse sein, so dass es sehr angenehm ist, sich daran zu erinnern.

Andere Erlebnisse dagegen sind weniger schön und an sie zu denken oder von ihnen überrollt zu werden, kann furchtbar sein. Dies können Gewalterlebnisse sein – häufig auch traumatische Gewalterlebnisse –, die sie vielleicht Jahre, ja manchmal jahrzehntelang verdrängt haben.

Ich möchte Ihnen hier deutlich machen, welche Relevanz und Folgen dies für die Betroffenen haben kann, wenn sie pflegebedürftig oder krank werden.

Beginnen möchte ich mit einem Beispiel aus der Praxis:

Bei einer alten Frau im Krankenhaus erlebte ich, wie sie eines Tages völlig panisch vor Angst über nächtliches Erscheinen von Tieren in ihrem Bett erzählte und sich ihre Angstzustände an den folgenden Tagen wiederholten. Ihr wurde von der Stationsärztin als erste und auch einzige Maßnahme das Psychopharmakon Haloperidol® verordnet, und sie selbst äußerte, dass sie sich nicht ernst genommen fühle. Nach längeren Gesprächen mit ihr – die übrigens während der Pflege stattfanden – erfuhr ich, dass sie 1945 von amerikanischen Soldaten vergewaltigt wurde.

Ich fand heraus, dass die Mitpatientin in ihrem Zimmer täglich Besuch von ihrem Ehemann erhielt, der Amerikaner war und mit ihr Englisch sprach. Verständlich, dass dadurch bei der alten Frau Erinnerungen und alte Ängste aufkamen. Sie wurde auf ein anderes Zimmer verlegt, so dass sie keinen Kontakt mehr mit dem amerikanischen Ehemann hatte, und nach ein paar Tagen und intensiven Gesprächen hatte sie keine Halluzinationen und Angstzustände mehr. Das (hier auch völlig unnötige) Psychopharmakon konnte wieder abgesetzt werden, und es traten danach auch keine weiteren Symptome mehr auf.

Diese Frau litt ganz eindeutig an den Folgen traumatischer Ereignisse in ihrem Leben, und die Erinnerung daran wurde durch ähnliche Situationen und ihre zeitweilige Hilflosigkeit wieder wach gerufen. Das alte Trauma wurde aktiviert.

Dies war eine Zufallsdiagnose, die diese alte Frau davor bewahrte, als psychotisch stigmatisiert zu werden und ihr eine wahrscheinlich lange oder gar lebenslange Psychopharmakaeinnahme mit allen ihren Nebenwirkungen ersparte. Zur Erklärung: Haloperidol® ist ein Neuroleptikum und hat sehr starke Nebenwirkungen. Ganz typisch sind Parkinsonsymptome, nämlich u. a. trippelnder Gang, Koordinationsstörungen, starker Speichelfluß, Einschränkung motorischer Bewegungsabläufe, Zittern, starre Mimik, Schluckstörungen usw. Weiter kommt es u.U. zu Kreislauf labilität, Pulsrasen und vor allem Hirnleistungsstörungen.

Die psychischen Spuren – Folgen eines Traumas – wurden erstmals 1980 in das Diagnosehandbuch des amerikanischen Psychiaterverbandes als *posttraumatische Belastungsstörung* aufgenommen. Eine posttraumatische Belastungsstörung kann noch Jahre und Jahrzehnte nach dem Ereignis bestehen oder auch erst dann aufbrechen. Da die einzelnen Symptome sehr vielfältig sein können, möchte ich hier nur ein paar erwähnen. Sie sind zum Teil identisch mit denen der Demenz. Sie reichen von psychischen und kognitiven Störungen, wie z.B. Wahrnehmungsstörungen, Gedächtnisstörungen, Konzentrationsverlust, Schlafstörungen, Apathie, Übererregung, Angst- und Panikzustände bis hin zu Halluzinationen.

Im somatischen Bereich kann es zu chronischen Schmerzen, Appetitlosigkeit, Atemstörungen, Schlafstörungen, extremen Schwankungen aller Vitalwerte usw. kommen.



Hier werden bei alten Frauen und Männern dann aber häufig Demenz, Altersdepression, HOPS u.a. diagnostiziert, und sie werden entsprechend – meistens mit Psychopharmaka – oder eben gar nicht „behandelt“. Die Diagnose posttraumatische Belastungsstörung ist mir als Altenpflegerin in den unterschiedlichsten stationären und ambulanten Bereichen leider noch nirgendwo begegnet.

Sie wäre allerdings wichtig, weil doch viele der alten Frauen und Männer durch vielfältige Gewalterlebnisse traumatisiert sind.

Neben möglichen Traumatisierungen wie zum Beispiel Unfälle und lebensbedrohliche Krankheiten, Amputationen, beginnende Pflegebedürftigkeit usw. haben viele von ihnen mindestens einen Krieg erlebt und können Überlebende von NS-Verfolgung sein.

Auch gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede. Einer Studie zufolge haben insgesamt 22% aller Frauen geschlechtsspezifische Gewalt mit Folgen für ihre Gesundheit erlebt. ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen und Pflegekräfte müssen demnach davon ausgehen, dass jede fünfte Frau, mit der sie wegen gesundheitlicher Probleme in Kontakt kommen, geschlechtsbezogene Gewalt erlebt hat.²

Deshalb sollte auch bei einer alten Frau, die mit einem Oberschenkelhalsbruch in ein Krankenhaus eingewiesen wird, über häusliche Gewalt als Ursache nachgedacht werden.

Auch werden jährlich ca. 170.000 bis 255.000 Mädchen allein in den alten Bundesländern sexuell traumatisiert. Und in jeder Stunde werden sieben bis neun Frauen in diesem Land vergewaltigt. Dies alles kann natürlich genauso im Leben der heute alten Frauen geschehen sein. Und auch noch aktuell geschehen. Zusätzlich gab es Massenvergewaltigungen und Zwangsprostitutionen im und nach dem Zweiten Weltkrieg. Es wird von ca. 1,5 bis 2 Millionen Frauen gesprochen, die während Flucht und Vertreibung von meist russischen Soldaten vergewaltigt wurden. Allein in Berlin waren es nach 1945 ca. 110.000 bis 800.000 Frauen.

Die Männer dieser Generation waren häufig im Zweiten Weltkrieg an Kriegshandlungen direkt beteiligt. Sie haben selbst getötet und andere Gewalttaten verübt; sie haben miterlebt, wie Menschen umgebracht wurden, standen Todesängste aus, waren in Kriegsgefangenschaft, haben Folter und Verwundungen, Bombenangriffe usw. überlebt.

Wie auch Herr S., den ich in meiner letzten Anstellung im Altenheim kennenlernte. Er war ein eher unauffälliger alter Mann im Rollstuhl und versorgte sich in der Regel selbst. Er hatte immer mal wieder Erinnerungen an Kriegserlebnisse. Das waren dann Momente, in denen er sichtlich große Ängste vor Angriffen ausstand, mitunter laut um Hilfe rief und sich nur schwer beruhigen ließ. Er litt an Sprachstörungen und konnte sich daher kaum, in der Aufregung nun fast gar nicht mehr verständlich ausdrücken. Es gab allerdings eine Kollegin, die gut mit ihm umgehen und ihn häufig beruhigen konnte. Zum Teil kam sie sogar aus ihrer Freizeit in das Altenheim zu ihm. Leider wurden die Momente der Angst immer häufiger. Er war oft nächtelang wach, schrie über den gesamten Wohnbereich, rüttelte an allen Türen und fuhr mitunter mit seinem Rollstuhl in die Zimmer der BewohnerInnen. Diese waren zum Teil natürlich zu Tode erschrocken, und einige hatten dadurch wiederum aufbrechende Kriegserinnerungen.

Dieser alte Mann bekam mehr und mehr Psychopharmaka und wurde dadurch und durch seine Schlaflosigkeit immer schwächer und pflegebedürftiger.

Es war im Wohnbereich nicht intensiv Thema, was diesen alten Mann in seine Erinnerungen führte, wodurch seine alten traumatischen Kriegserlebnisse aktiviert wurden, was er brauchen könnte und wie genau die Kollegin ihn eigentlich beruhigen konnte.

Leider weiß ich nichts über seine aktuelle Befindlichkeit.

Die alten Frauen und Männer haben weiterhin vielleicht auch während und nach dem Zweiten Weltkrieg ihre Heimat verloren, sind Vertriebene, habe ihre Angehörigen, ihren

² Vgl. Hagemann-White, Carol und Bohne, Sabine, in: Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen Expertise für die Enquete-Kommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“, Universität Osnabrück, Februar 2003.

Status, ihre Existenz, ihre Gesundheit, ihre Wohnungen und eine unbeschwerte Kindheit verloren, wurden als Andersdenkende, Andersfähige, Homosexuelle verfolgt. Sie waren Opfer von Zwangsmedikamentenversuchen, Zwangsoperationen oder wurden zwangssterilisiert und vieles andere mehr.

Auch bei alten Migrantinnen und Migranten müssen wir diese Erlebnisse mitbedenken. Sie sind ja häufig überhaupt erst in dieses Land gekommen, weil sie z. B. vor Krieg und Folter, Armut und Vergewaltigungen aus ihren Heimatländern geflohen sind.

All diese und andere traumatische Erlebnisse wurden vielleicht jahre- oder jahrzehntelang mehr oder weniger erfolgreich mit Hilfe individueller Bewältigungsstrategien verdrängt. Im Heim oder auch zu Hause, bei vermehrter Pflegebedürftigkeit und Mobilitätseinschränkungen und der damit einhergehenden Kontrolllosigkeit haben sie ihre Möglichkeit der Verdrängung oftmals nicht mehr.

Heuft, Kruse und Radebold vermuten die Möglichkeit der Traumareaktivierung im Alter auch darin, dass ältere Menschen, befreit vom Druck direkter Lebensanforderungen durch Existenzaufbau, Beruf und Familie, mehr Zeit haben, bisher Unbewältigtes wahrzunehmen.³

Einen weiteren Grund sehen sie darin, dass die alten Frauen und Männer nicht selten auch den vorbewussten Druck spüren, noch eine unerledigte Aufgabe zu haben, der sie sich stellen wollen und stellen müssen.

Andererseits können traumatische Erlebnisse aber auch durch Situationen im Pflegealltag wieder belebt werden. Um deutlich zu machen, was auf die alten Frauen und Männer zukommt, die jetzt pflegebedürftig im Altenheim leben, schildere ich hier einige Momente aus dem Tagesablauf einer alten Frau.

Morgens zwischen halb sieben und neun Uhr öffnet sich die Tür zu ihrem Zimmer, das sie mit einer anderen – ihr völlig fremden Frau und dem jeweiligen Mobiliar – teilen muss. Die alte Frau hat keinen Einfluss darauf, welche Person in ihren Raum tritt. Es kann ein Mann sein oder eine Frau, eine Person, die sie mag oder eine, von der es ihr graust, angefasst zu werden. Manchmal kommen die Pflegenden sogar zu zweit. Einige, die kommen, ziehen ihr das Nachthemd aus und waschen ihren Unterleib im Bett. Sie sagen, sie können sich so alles genau anschauen, ob es Hautveränderungen, Druckstellen und ähnliches gibt und tun dies auch. Die Zimmernachbarin schaut auch voller Interesse zu. Sollte es Hautveränderungen z.B. in ihrer Analfalte geben, würde diese von den Pflegenden fotografisch dokumentiert. Sie wird dann beim Waschen im Bett auf die Seite gedreht und hat so überhaupt keine Kontrolle mehr, was hinter ihrem Rücken geschieht. Sie bekommt ein Abführzäpfchen verabreicht, da sie zu Verstopfung neigt. Sie wird dann, gänzlich nackt, auf einen Toilettenstuhl gesetzt und ans Waschbecken gefahren. Dort wird ihr ein Waschlappen in die Hand gedrückt. Sie muss sich nämlich jeden Tag komplett waschen, obwohl sie es vielleicht ganz anders gewöhnt ist. Ab und an geht die Tür auf, die Pflegeperson geht aus dem Zimmer, oder eine andere Pflegende kommt herein, fragt etwas, geht wieder. Oder aber die ärztliche Visite schaut kurz herein oder gar der Handwerker. Diese Frau ist sich nie sicher, wer sie da in ihrer Nacktheit bei ihrer Morgentoilette, abführend auf dem Toilettenstuhl, sehen wird. Endlich ist sie fertig. Am späten Vormittag kommt die Pflegende und klärt sie auf, dass sie einen Blasendauerkatheter bekommen muss. Sie wagt nicht zu fragen, was das denn sei und

³ Vgl. Heuft, Gereon/ Kruse, Andreas/ Radebold, Hartmut, Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie, München 2000.

warum sie so etwas bekommen soll. Es ist ihr peinlich. Die Pflegende bittet sie um Erlaubnis, dass die beiden SchülerInnen, die zur Zeit auf der Station sind, beim Katheterisieren zuschauen dürfen, da sie es auch lernen müssen. Sie wagt nicht Nein zu sagen, sie ist auf gutes Auskommen mit allen angewiesen. Und wahrscheinlich kann sie auch gar nicht ermessen, was da genau auf sie zukommen wird.

Als sie nackt auf ihrem Bett liegt, sie aufgefordert wird, doch mal die Beine breit zu machen, hört, dass es nicht weh tun soll, die ZuschauerInnen an ihrem Bett stehen sieht, die voller Interesse mitten in ihre Vagina sehen, um die Harnröhre erkennen zu können, fühlt sie sich zurückversetzt: Sie schreit, tobt, wehrt sich und wird vielleicht von den Pflegepersonen festgehalten – der Katheter ist ärztlich verordnet! Oder sie wird stumm und starr, schläft ein, singt oder zeigt völlig andere Verhaltensweisen.

Dies sind lediglich einige wenige Momente eines alltäglichen Ablaufs. Die Pflegeperson war sehr freundlich und hat immer erklärt, welche Handlungen getan werden.

Und dennoch, die alte Frau erlebte die Pflege als Grenzverletzung. Ihre alten Gefühle lebten auf, vielleicht sogar ohne selbst zu wissen warum. Oder sie war in ihrem Erleben in einer ähnlichen Situation: Der Soldat, der sie '45 vergewaltigte, hat sie angebrüllt und seine Kameraden haben zugesehen bis sie an die Reihe kamen.

Natürlich ist es für jeden Menschen – ob jung oder alt, ob Mann oder Frau – schwer, sich mit diesen veränderten Lebensbedingungen der Pflegebedürftigkeit – sei es Zuhause, in einem Heim oder Krankenhaus – abzufinden.

Bei Menschen mit Gewalterfahrungen aber treffen die damit verbundenen Gefühle wie Ohnmacht, Hilflosigkeit, Nicht-Entrinnen können auf ihr altes Trauma. Sie können dadurch an etwas erinnert werden, was sie nicht erinnern möchten. Anders als bei nicht traumatisierten Frauen und Männern können hier Symptome auftreten, die sie nun nicht mehr bewältigen können. Ihre Unruhe nimmt zu, Angst steigert sich zu Panik, und die Pflegenden erleben sie als verwirrt, dement, depressiv, aggressiv, apathisch oder wahnhaft, was dann häufig eine medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka nach sich zieht.

Ich möchte nun auf die Frage eingehen, die sich Ihnen wahrscheinlich auch aufdrängt, nämlich der, wie wir mit alten Frauen und Männern umgehen können und sollten, die traumatische Erlebnisse haben?

Ich kenne wirklich keine und niemanden, die etwas anderes sagen, als dass sie oder er Gutes für die alten Frauen und Männer tun will, und dass sie bedürfnisorientiert arbeiten wollen – sei es in der Pflege oder in anderen therapeutischen oder beratenden Bereichen in der Altenarbeit. Bedürfnisorientiert arbeiten können wir aber doch nur, wenn wir die Bedürfnisse der alten Frauen und Männer auch kennen. Und nicht nur glauben, sie zu kennen und unseren Glauben aus unseren Vorstellungen speisen. Wir müssen uns klar darüber werden, welches Altenbild, welche Vorstellungen wir über alte Frauen und Männer haben.

Ein womöglich verändertes Altenbild also, und das Wissen um Traumata und die Folgen, das Wissen um Zeitgeschichte und um Frauengeschichte ist in meinen Augen neben – vielleicht sogar vor – pflegerischem und medizinischem Wissen das allerwichtigste.

Nur so werden wir die alten Frauen und Männer auch fragen, was sie wie möchten und brauchen.

Wenn sie es uns nicht sagen können, reicht es häufig auch, das Geburtsjahr und den Geburtsort und einige wenige Details aus dem Leben zu kennen.

Ich möchte Ihnen erzählen von meiner Begegnung im Altenheim mit Frau L.:

Als ich in diesem Altenheim anfang, wurde mir sowohl von vielen KollegInnen wie auch von einigen BewohnerInnen erzählt, wie schwierig diese Frau sei. Ich war gespannt auf sie. Und tatsächlich, sie war sehr eigen, alles musste genau so passieren, wie sie sich das vorstellte, der Pullover ordentlich auf einen Bügel und die Hosen in Reih und Glied, geordnet nach einem mir völlig unverständlichen System. Sie hatte eine – in meinen Augen – extreme Ordnung. Sie war auch ein bisschen arrogant und konnte es nicht fassen, wenn ich die Bluse auf den „falschen“ Bügel hing. Sie fragte dann, ob ich zuhause auch so licherlich mit meinen Sachen umginge? Nun, ich erzählte ihr lieber nichts über meine Art der Ordnung! Sie betonte immer wieder, aus welcher vornehmer und gebildeter Familie sie kam, und wie schwer es ihr fiel, sich hier im Heim anzupassen. Auch durfte ich mir kaum ihre Bücher angucken, sie hatte Angst, ich könnte mich zu sehr interessieren und mir womöglich eines mitnehmen. Ausleihen tat sie nichts, sie hatte einfach Angst, ihre wenigen Schätze nicht wieder zu bekommen. Ich wusste aus ihrer Dokumentation, dass sie in Ostpreußen geboren war. Nach und nach habe ich von ihr erfahren – was ich mir eigentlich schon denken konnte –, dass sie nämlich vertrieben wurde und ihre Heimat, ihre Angehörigen und FreundInnen verloren hatte. Als sie mir erzählte, dass sie mit einem Fahrrad und einem kleinen Kofferchen geflohen war, verstand ich sehr genau, warum sie so pingelig mit ihren Sachen war.

Sie hatte damals – bis auf ihre Kraft und ihren Überlebenswillen – alles verloren.

Im Grunde können wir uns wohl gar nicht wirklich vorstellen, was es bedeutet, ALLES zu verlieren und das dann zu bewältigen und wirklich zu überleben! Welche starken Persönlichkeiten diese alten Frauen und Männer waren und sind!

Und nun hatte sie durch ihren Umzug ins Altenheim erneut ihre Heimat und ihre Besitztümer verloren. Das, was ihr im Heim in dem kleinen Zimmer noch blieb, musste sehr gut behütet werden.

Nur wenn ich etwas von ihrem Hintergrund kenne, die alte Frau erlebe und das mit meinem Wissen aus der Zeitgeschichte verknüpfen kann, kann ich verstehen und bedürfnisgerechter mit ihr und anderen arbeiten. Ich brauche auch selbst nicht genervt zu sein, ich kann sie lassen und ihr geben, was sie braucht.

Frau L. erhielt Sicherheit von mir, wusste, dass ich ihren Anordnungen Folge leiste. Sie ist ja auch schließlich die, die zahlt! Wir haben uns sehr gemocht und haben sogar – sehr kontrovers allerdings – über Feminismus und auch Zeitgeschichte und vieles andere diskutiert.

Es hat uns beiden Spaß gemacht!

Das allerwichtigste für Überlebende traumatischer Ereignisse ist, dass sie ihre Stärke und die Kontrolle über sich und ihr Leben wiedererlangen, soweit dies möglich ist, dass sie Sicherheit und Kontrolle haben. Eine traumatische Situation ist dadurch gekennzeichnet, dass sie bei den Betroffenen ein Gefühl der Ohnmacht und des Kontrollverlustes auslöst. Wenn sie diese Sicherheit nicht haben, werden sie u. U. durch das erneute Gefühl der Ohnmacht retraumatisiert. Diese Sicherheit können sie trotz ihrer Erkrankungen und Einschränkungen erhalten, wenn Pflege – aber auch ärztliche Diagnostik und Therapie – an sicheren Orten stattfindet. Indem sie autonom handeln bzw. über sich und ihren Körper bestimmen und anderen Menschen vertrauen können. Dies gilt natürlich und im Besonderen auch für Menschen mit der Diagnose Demenz.

Uns vertrauen können sie, wenn wir möglichst Situationen vermeiden, die traumatische Erinnerungen wachrufen lassen können. Dies kann nicht immer gelingen, da es in der Natur der Pflege, der Diagnostik und der Therapie liegt, dass es zu Grenzüberschreitungen kommt. Pflege an sich ist grenzüberschreitend.

Deshalb ist es wichtig, den alten Frauen und Männern hilfreich zur Seite zu stehen, wenn bei ihnen Erinnerungen wach geworden sind und sie mit den vielfältigsten Verhaltensweisen, Gefühlen und Symptomen reagieren. Dazu müssen wir diese Reaktionen natürlich wahrnehmen können. Und so kann dann eine Maßnahme auch abgebrochen und nach Alternativen gesucht werden. Z.B. können wir statt der Dusche die Badewanne probieren, weil der alte Mann erlebt hat, dass seine Kameraden im KZ in Duschräumen vergast wurden. Oder wir probieren bei der alten Frau statt der Badewanne die Dusche, weil sie, als sie ein Kind war, in der Badewanne von ihrem Vater missbraucht wurde. Wenn sie sich schämt, können wir sie z.B. auch in Unterwäsche duschen oder unter dem Nachthemd waschen. Vielleicht ist auch der Zeitpunkt schlecht, weil es morgens zu hektisch und zu laut ist, und der alte Mann dadurch an seine Arbeitsstelle erinnert wird, wo er bei einem morgendlichen Unfall sein Bein verloren hat.

Auch ist die Situation der „Begutachtung“ durch den MDK in meinen Augen mehr als sehr bedenklich. Dies kann u.a. an Musterung und Aussortierung durch die Nazis erinnern.

Lärm, Hektik, auch Pflege zu zweit, invasive Handlungen, wie das Legen von Dauerkathedern, rektale und orale Pflege, diagnostische Maßnahmen, Fernsehfilme über Krieg und Gewaltverbrechen, Licht, das Schatten wirft, verschlossene Türen auf der Station, offene Zimmertüren, bestimmte Musik, Gerüche nach Kot und Urin, Lärm und vieles andere mehr können Erinnerungen mit den entsprechenden Gefühlen hervorrufen und sollten vermieden werden.

Eine Frau, die ich z.B. im Bett waschen muss, und bei der ich bemerke, dass sie verstohlen an ihrem Nachthemd zupft, um ihren Unterleib zu bedecken und darauf reagiere, indem ich ihr ein Handtuch überlege oder sie wieder halb zudecke, fasst so Vertrauen zu mir. Sie merkt, dass ich sie – in diesem Falle mit ihrer Scham – wahrnehme. Und mit diesem Vertrauen erzählt sie mir vielleicht bei der Pflege, was ihr einmal passiert ist. Das Klima dazu ist geschaffen. Vielleicht erzählt sie es aber auch nicht, aber ich habe sie in dem Moment in jedem Fall vor Scham und vielleicht auch vor dem Abgleiten in alte Erinnerungen und unangenehme Gefühle bewahrt.



Was ich noch kurz erwähnen möchte, ist die Tatsache, dass wir es in unserer Arbeit mit den alten Frauen und Männern ja auch mit Tätern und Täterinnen zu tun haben. Sie haben u.U. im Krieg und danach getötet und vergewaltigt, andere Menschen verraten, haben eine faschistische Vergangenheit, waren gewalttätig gegen andere. Frauen und Männer, die in ihrem Leben gewalttätig waren, sind es vielleicht jetzt immer noch. Und nun auch

gegen uns. Da fällt es besonders schwer, mit ihnen umzugehen. Und es fällt auch schwer, mit unseren möglichen eigenen Traumaaktivierungen umzugehen.

Hier ist es wichtig, auch auf unsere Verhaltensweisen einzugehen, sie ernst zu nehmen und uns selbst Unterstützung durch z.B. Teambesprechungen und Supervision zu holen.

Das Schwierige an unserer Arbeit ist oftmals, dass die alten Frauen und Männer uns ihre Geschichten aus den unterschiedlichsten Gründen nicht sagen können oder auch nicht sagen wollen. Oder aber sich nicht trauen, sie uns zu erzählen, weil wir auch oft signalisieren, dass wir solche Geschichten gar nicht hören wollen oder hören können. Es geht auch nicht darum, dass sie erzählen müssen, aber sie müssen erzählen dürfen, wenn sie es denn wollen. Das kann sehr entlastend für sie sein.

Ich möchte enden mit ein paar Zeilen von Anita Lasker-Wallfisch aus ihrem Buch „Ihr sollt die Wahrheit erben“. Sie war als Häftling des Konzentrations- und Vernichtungslagers Auschwitz Cellistin im so genannten Mädchenorchester des Lagers. Und ich glaube, dass ihre Worte für die Mehrzahl von Frauen und Männer gilt, die Schlimmes erlebt haben:

„Als meine Schwester Renate und ich 1946 endlich – elf Monate nach der Befreiung – in England ankamen, hätten wir viel darum gegeben, gefragt zu werden, was wir alles durchgemacht haben. Aber niemand fragte. (...)“

Ich weiß, dass Menschen sich vor zuviel Wissen schützen möchten, und auch, dass Angst herrscht, durch Fragen Erinnerungen zu wecken, die einen aus dem Gleichgewicht bringen könnten. Das Resultat ist: SCHWEIGEN. Ohne Zweifel lag eine Art Tabu über dem Thema „Konzentrationslager“. Wenn man aber erlebt und gesehen hat, was wir erlebt und gesehen haben, braucht man keine „Fragen“, um sich zu „erinnern“. Außer einigen Einzelheiten bleibt alles unauslöschlich im Gedächtnis, und das Resultat ist, dass wir ÜBERLEBENDEN eine Rasse für sich sind. Dazu kommt, dass viele Menschen glauben, wir Überlebenden des Holocaust wollten nicht darüber sprechen. Ich bestreite das. Man hat uns nicht gefragt.“⁴

Wir sollten ihnen wenigstens jetzt den Raum bieten, erzählen zu können, wenn sie wollen. Dazu brauchen wir sicherlich auch Mut, den ich uns allen wünsche.

⁴ Lasker-Wallfisch, Anita, Ihr sollt die Wahrheit erben. Die Cellistin von Auschwitz. Erinnerungen, Reinbek bei Hamburg, 7. Auflage, 2005, S. 19 und 21.

Workshop 1

Identität stärken – Lebenserfahrungen von Aussiedlern, Zuwanderern und russischen Kontingentflüchtlingen

Leitung

Maristella Angioni, *Dipl. Sozialpädagogin* und Susanne Rabe Rahmann, *Dipl. Sozialarbeiterin, Fachdienst für Integration und Migration beim Caritasverband für die Stadt Köln*

Alexander Bakalejnik, *Diplommediziner und Psychologe, ehrenamtlicher Mitarbeiter beim Bundesverband für Information und Beratung für NS-Verfolgte e.V., Köln*

„Vom Gastarbeiter zum Gast-Senior?“ – Lebenserfahrungen älterer MigrantInnen

Maristella Angioni

Ausgangssituation

Ältere MigrantInnen sind gemäß Bevölkerungsprognosen die in den nächsten Jahren am stärksten steigende Bevölkerungsgruppe. Zur Bevölkerungsgruppe der MigrantInnen gehören neben den ArbeitsmigrantInnen auch AussiedlerInnen, jüdische EinwanderInnen und Flüchtlinge. Den größten Anteil bilden die ehemals angeworbenen ArbeitsmigrantInnen und ihre Angehörigen.

Die erste Generation der ArbeitsmigrantInnen, die damals so genannten Gastarbeiter, sind heute die „Pioniere insofern, als dass sie die ersten sind, die in Deutschland älter geworden sind und jetzt wieder neue Lebensformen zu gestalten haben.“⁵

Die folgenden Ausführungen beziehen sich in erster Linie auf ältere MigrantInnen aus den Herkunftsländern Italien, Griechenland, Spanien und Portugal. Die Statements beruhen auf der vielfältigen Arbeit des Caritasverbandes mit dieser Zielgruppe. In Gesprächskreisen, Projekten und anderen Maßnahmen der interkulturellen offenen Altenhilfe findet das Thema seinen Niederschlag.

Lebenslagen älterer Migrantinnen

Die Lebenslagen älterer MigrantInnen sind genauso unterschiedlich und vielfältig wie die anderer vergleichbarer Bevölkerungsgruppen. Je nach Migrationsverlauf, Familienstatus, Bildungsniveau, Teilhabe an Angeboten der Aufnahmegesellschaft oder gesundheitlicher Situation sind bestimmte Personengruppen (z.B. Alleinlebende) in stärkerem Maße von problematischen Lebenslagen betroffen, die die Lebenssituation negativ beeinflussen können.

Daraus resultierende Defizite der sozialen Integration älterer MigrantInnen äußern sich nicht nur im Bereich der informellen Beziehungen und Netzwerke, sondern auch im Bereich des Zugangs zu formellen Versorgungsstrukturen.

⁵ Vgl. Beck, Marieluise, Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hg.), *Älterwerden in Deutschland. Fachtagung einer Informationsreihe für ältere Migranten*, Berlin 2001.

Die Hilfserwartungen älterer MigrantInnen richten sich bislang in erster Linie an die Familie (Partner, Kinder). Durch die stärkere Ausrichtung der 2. und 3. Generation von MigrantInnen an nicht traditionelle Lebensentwürfe wird die innerfamiliäre „Betreuung“ nicht (mehr) gewährleistet. Professionelle Unterstützungsstrukturen, besonders der Migrationsfachdienste, werden verstärkt in Anspruch genommen. Die Zugangsbarrieren zu deutschen Regeldiensten erschweren dieser Zielgruppe eine optimale Inanspruchnahme dieser Hilfesysteme.

Wesentliche Aspekte und Bedarfe in der Arbeit dieser Zielgruppe sind:

- intergenerative Versorgungserwartung der alten MigrantInnen
- Versorgungserwartung an den Partner / die Partnerin
- Pendeln zwischen Herkunft- und Aufnahmeland
- Aufrechterhaltung sozialer Kontakte
- altersgerechte Freizeitangebote
- muttersprachliche Informationen und Angebote
- Information und Teilhabe an den Dienstleistungen der Alten- und Gesundheitshilfe
- psychosoziale Unterstützung und Prävention
- gesundheitlich-pflegerische Versorgung
- sozialrechtliche Absicherung.

Besonders der Wunsch nach sinnvoller Freizeitgestaltung und sozialen Kontakten steht bei der Gruppe der älteren MigrantInnen an hoher Stelle. Bedingt durch den Wandel der familiären Bezüge sind ehemals wichtige Aufgaben (Betreuung der Enkelkinder, Unterstützung jüngerer Familienmitglieder, Versorgung älterer Familienmitglieder) stärker in den Hintergrund getreten. Hinzu kommt, dass die meisten MigrantInnen, auf Grund sehr früher Familienbildung in einem relativ jungen Alter, zu der „Großelterngeneration“ gehören. Bereits ab Mitte 50 sehen sich viele vor die Situation gestellt, sich einen neuen Lebensentwurf als „Senior/in“ zu gestalten, besonders wenn sie auf Grund von Arbeitslosigkeit, Nichterwerbstätigkeit (bei Frauen verstärkt), Vorruhestand etc. nicht mehr im Erwerbsleben stehen.

Die enorme Lebensleistung und die gesamte Lebensbiographie prägen die Wünsche und persönlichen Ressourcen im Alter. Sie sollten deshalb die Ausgangsbasis für Aktivitäten mit älteren Menschen generell sein.

Die Fähigkeiten und Erfahrungen von MigrantInnen bilden dabei eine gute Grundlage, um sowohl innerethnische als auch interkulturelle Hilfs- und Unterstützungsstrukturen zu fördern und zu entwickeln.



Die „jungen Alten“

Insgesamt gehören zur Zeit die meisten älteren MigrantInnen noch zur Gruppe der so genannten jungen Alten. Hochaltrige stellen nur einen Bruchteil der alten MigrantInnen dar.⁶ Diese Lebensphase ist z.B. auch gekennzeichnet durch die Auseinandersetzung mit dem Thema der Rückkehr oder des Hierbleibens.

⁶ In der Gruppe der 80 - 90jährigen stehen 1.127 Migrantinnen 33.615 deutschen Seniorinnen gegenüber: bei den 90 - 99jährigen u. älter stehen 166 Migrantinnen 6.336 deutschen Seniorinnen gegenüber. Vgl. Stadt Köln – Amt für Stadtentwicklung und Statistik/ Stand 31.12.05.

Die Bedeutung des sozialen Kontextes

Die Einschätzung der Lebenslage von MigrantInnen ist im sozialen Kontext zu sehen. Gerade die Einbindung in persönliche, familiäre und informelle Beziehungsnetze trägt wesentlich zur Lebenszufriedenheit und zum Wohlbefinden bei.

Deshalb ist es notwendig, sich bei der Beschäftigung mit dem Thema „ältere MigrantInnen“ vor Ort auch mit dem innerethnischen Beziehungsnetz und der jeweiligen ethnischen Infrastruktur auseinanderzusetzen.

Öffnung und Kooperation mit den Angeboten der offenen Altenhilfe

Trotz des hohen Stellenwerts der Aktivierung der Selbsthilfepotentiale innerhalb der jeweiligen Ethnien müssen die Bemühungen intensiver in Richtung Kooperation und Öffnung der Altenhilfe gehen. Der Focus sollte darauf ausgerichtet sein, durch verstärkte gegenseitige Information und Kooperationsbereitschaft vorhandene Ressourcen und Strukturen effektiv und gleichermaßen für ältere MigrantInnen und Einheimische nutzbar zu machen.

Die erfolgreiche Initiierung interkultureller Begegnung im Alter erfordert geragogisches Fachwissen und interkulturelle Kompetenz.

Handlungsstrategien

Die Versorgung älterer MigrantInnen stellt ein Handlungsfeld an der Schnittstelle von Alten- und Migrantenarbeit dar. Grundsätzlich müssen daher in der Arbeit mit und für ältere MigrantInnen Erkenntnisse und Methoden aus beiden Bereichen Berücksichtigung finden und sich gegenseitig ergänzen.

Selbsthilfe und Selbsthilfeorganisationen in der offenen Altenhilfe müssen stärker gefördert werden. Dabei sind unterschiedliche Kompetenzen und biographische Erfahrungen älterer MigrantInnen zu berücksichtigen.

Mögliche Konsequenzen für die Altenhilfe

- interkulturelle Öffnung der Altenhilfe – zu Gunsten sowohl der Mehrheitsgesellschaft als auch der „zugewanderten Gesellschaft“
- Biographieorientierung – ganzheitliches Vorgehen, indem die jeweiligen Personen mit ihrer speziellen Biographie und Lebenswelt Berücksichtigung finden
- Unterstützung dahingehend, erworbenes Wissen und Kompetenzgefüge zu bewahren
- vorhandene Ressourcen aktivieren
- Stärkung von Hilfpotentialen der Angehörigen
- adressatengerechte Informationen zu Dienstleistungen der Alten- und Gesundheitshilfe
- Unterstützung durch ethnische Gruppen und Netzwerke fördern und fordern.

Migrantinnen in den Kölner Stadtteilen

Folgende Stadtteile haben einen Migrantenanteil von mehr als 25%, was Rückschlüsse auch auf die Wohnorte der älteren MigrantInnen zulässt⁷:

Kalk	38,8%
Chorweiler	38,4%
Meschenisch	38,3%
Gremberghoven	39,2%
Seeberg	31,9%
Höhenberg	31,0%
Humboldt/Gremberg	30,2%
Mülheim	29,3%
Vingst	29,5%
Buchforst	25,8%
Ehrenfeld	26,5%
Ostheim	26,9%

„Unauffällig und unsichtbar“ – Aspekte zur Situation von älteren Aussiedlern und Aussiedlerinnen

Susanne Rabe Rahmann

„Ich kann sie schon an ihrem Gang erkennen“, sagte eine 70jährige Deutsche aus Sibirien und meint damit die anderen älteren Aussiedler in Köln. Es sei ein langsamer Gang, manchmal schlurfend, oft schweigend. Sie kennzeichnet auch die Situation von Aussiedlern als „erkennbar an einer Träne im Augenwinkel“. Wie kommt sie darauf? Gerade ältere Aussiedler scheinen mir tatsächlich „unauffällig und unsichtbar“. Sicher, sie tauchen in manchem Gottesdienst auf, werden von anderen gedrängt, Kontakt zu einer Beratungsstelle aufzunehmen, es gibt Altenwohnungen, in denen sie mittlerweile leben. Aber besonders auffällig sind sie – trotz ihres hohen Anteils in der Bevölkerung – eher nicht, eher zurückhaltend.

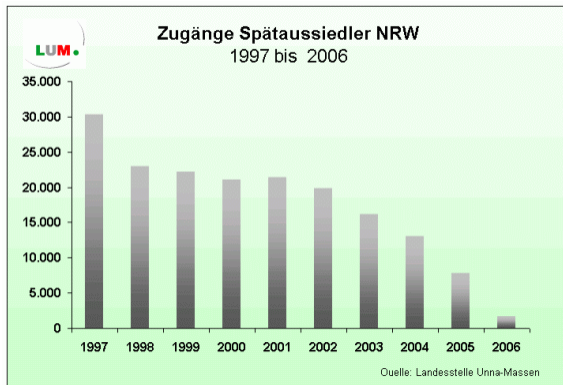
Wieviele Aussiedler gibt es und woher stammen sie?

In meinen statistischen und historischen Ausführungen nehme ich ausdrücklich Bezug auf das Material der Landesstelle Unna-Massen, auf deren Homepage www.lu.nrw.de Sie zahlreiche Informationen zum Thema „Aussiedler“ finden können.

Eine weitere Homepage, die ebenfalls mehr Material zum Thema bietet, ist www.bva.bund.de, auf die ich im Fall eines weiteren Interesses Ihrerseits ebenfalls hinweise.

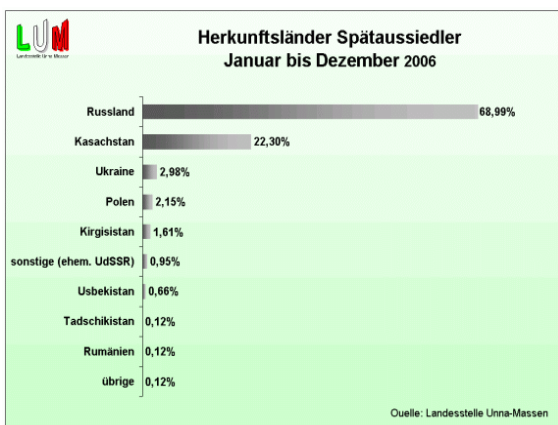
⁷ Stadt Köln – Amt für Stadtentwicklung und Statistik.

Aussiedler in Deutschland und in NRW



Waren es zunächst – zu Beginn der Zuwanderung nach dem Zweiten Weltkrieg – in der Regel Menschen aus Polen und aus Rumänien, die nach Deutschland kamen, sind es in den letzten rund 15 Jahren hauptsächlich Deutsche und ihre Familienangehörigen aus der ehem. Sowjetunion bzw. den GUS-Staaten, die nach Deutschland einwandern. Die Zahlen der einreisenden Aussiedler haben sich nach Spitzenwerten in den Jahren 1987-1990 inzwischen auf einem

eher niedrigen Niveau eingependelt. Gründe dafür sind einerseits erheblich höhere gesetzliche Barrieren bei der Steuerung der Einreise sowie die Tatsache, dass die Gruppe der Deutschen, die auf Grund ihrer Vertreibungserfahrungen in Deutschland aufgenommen werden können, insgesamt auf Grund ihres Alters eher kleiner wird. Andererseits zeigt sich, dass der Vertreibungsdruck geringer geworden ist, und Deutschland nicht mehr nur als das „Goldene Land im Westen“ betrachtet wird. So ist beispielsweise der Anteil der Arbeitslosen unter den Aussiedlern in den letzten Jahren gestiegen. Der Anteil der über 65jährigen bei den Zuwandernden im Jahr 2006 lag dabei bei 10,5 %.



In Köln macht der Anteil der Aussiedler an der Gesamtbevölkerung rund 5,5 % aus⁸, d.h. es leben rund 55.000 Aussiedler aus den GUS-Staaten, aus Polen und Rumänien in Köln. Wenn wir auch hier von etwa 10,5 % ältere Aussiedler ab 65 Jahren ausgehen, kommen wir auf eine Größe von etwa 6.000 älteren Menschen. Hinzurechnen lassen sich noch die Ehegatten, die selbst keinen Aussiedlerstatus mehr erhalten haben, sondern weiterhin als „Kasachen“, „Ukrainer“ oder „Russen“ gelten.

⁸ Statistische Nachrichten der Stadt Köln, Stand 2005.

Ein Schlüssel zum Verständnis der Situation von Aussiedlern ist der Blick auf ihre Familiengeschichte

Um die Situation von Aussiedlern besser zu verstehen, ist es immer ein lohnendes Thema, sich mit den Lebensläufen von älteren Aussiedlern genauer zu beschäftigen.

Sie werden feststellen, dass es einige Gemeinsamkeiten zu Deutschen in unseren Gebieten, die Kriegs- und Vertreibungserfahrungen hinter sich haben, gibt. Manches ist aber noch erheblich verstärkt.

Hier einige mögliche familiengeschichtliche Verlust- und Vertreibungserfahrungen von Aussiedlern am Beispiel der Deutschen aus russischsprachigen Herkunftsgebieten:

1915 Enteignung und Deportation von ca. 200.000 Wolhynien-Deutschen nach Sibirien, teilw. Pogrome;

1928 -1932 Zwangskollektivierung, Enteignung und Deportation in den Norden und nach Sibirien;

1937/38 deutsche „Spione“ werden abgeurteilt (erschossen oder in Zwangsarbeitslager verbracht);

1941 Beginn des deutsch-sowjetischen Krieges – Deutsche werden der Kollaboration bezichtigt, aus der Wolgarepublik nach Sibirien deportiert;

1941-1946 Mobilisierung der Deutschen in der sog. Trud-Armee („Arbeitsarmee“) – schwerste körperliche Zwangsarbeit, ca. 100.000 Trud-Armisten;

1943/44 rund 350.000 Deutsche werden nach Polen umgesiedelt;

1945 „Repatriierung“, ca. 200.000 Deutsche aus den Besatzungszonen werden nach Sibirien und Mittelasien deportiert.

Die nachfolgende Karte der Landesstelle Unna-Massen zeigt die früheren und jetzigen Siedlungsgebiete der so genannten Russlanddeutschen auf.



Quelle: BMI, Info-Dienst Deutsche Aussiedler, Nr. 104, Jan. 2000

Die Folgen dieser familiengeschichtlichen Erfahrungen – und der teilweise mehrmalige Verlust ihrer „Heimat“ – bei älteren Aussiedlern/ Aussiedlerinnen Auffällig sind nach meinen bisherigen Erfahrungen:

- Die hohe Anfälligkeit für Depressionen, die teilweise – auch auf Grund von Sprachbarrieren – nicht erkannt wird und die ohnehin schwer von Demenzerkrankungen diagnostisch zu unterscheiden ist.
- Teilweise chronifizierte posttraumatische Belastungsstörungen (in diesen Fällen sprechen Aussiedler entweder immer wiederholend über traumatisierende Erfahrungen oder können über ihr früheres Leben fast gar nicht sprechen). Retraumatisierungen in Deutschland sind möglich, z.B.:
 1. bei fehlender Privatsphäre in Übergangwohnheimen
 2. bei Diskriminierung von „Russlanddeutschen“
 3. bei Konfrontation mit Uniformen, Geräuschen etc.
- Aussiedler haben den Wunsch „unauffällig“ zu sein – um fast jeden Preis, da sie mit „Obrigkeiten“ negative Erfahrungen gemacht haben, oder weil sie teilweise als Deutsche im Herkunftsgebiet diskriminiert wurden und sich deshalb selten als solche zu erkennen gaben. Aus diesen Erfahrungen resultiert auch ein Misstrauen bzgl. Institutionen.

Was hilft um Zugang zu gewinnen, Vertrauen zu schaffen?

Ganz wichtig erscheint mir, die Gruppe „wahrzunehmen“, auch im Unterschied etwa zu Kontingentflüchtlingen. Sie legen Wert darauf, als „Deutsche“ akzeptiert zu werden, so dass ein muttersprachlicher Zugang über Russisch oder Polnisch sicher immer verkürzt ist, aber im Einzelfall eine wichtige Ergänzung darstellen kann. Zweisprachige Ansätze erscheinen mir auf Grund der unterschiedlichen Sprachvoraussetzungen immer sinnvoll, wobei das „Deutsch“ der Aussiedler auch sehr variabel ist und vielfältige Dialekte bestehen.

Wichtig ist auch, davon auszugehen, dass Aussiedler in der Regel nicht sofort ihre Wünsche artikulieren. Es ist ein Prozess des „Vertrauensaufbaus“ erforderlich. Es ist – wie meistens – wichtig, Zuhören zu können und Gespräche zu führen.

Die Offenheit für Aussiedler und ihre Erfahrungen ist eine weitere Grundvoraussetzung, um mit ihnen in Kontakt zu kommen (insofern unterscheiden sie sich nicht von anderen Gruppen). Im Grunde berichten Aussiedler gern über ihre Erfahrungen, wenn sie sich akzeptiert fühlen. Aufsuchende oder lebensweltorientierte Arbeit scheint wichtig zu sein.

Es kann hilfreich sein, vertraute Abläufe und Riten anzubieten, mit ihnen ihre Feste zu feiern, mit ihnen Teile ihrer Wohn- und Lebensformen aus Herkunftsgebieten zu besprechen, Familiengemeinschaften wieder herzustellen.

Die Anknüpfung an den eher ländlich strukturierten Erfahrungsraum, der viele Aussiedler geprägt hat, kann Sinn machen.

Zudem ist wichtig zu wissen, dass Aussiedler sich unter Institutionen der Altenhilfe häufig wenig vorstellen können. Ihre Eindrücke von „Verwahranstalten“ für alte Menschen in manchen Herkunftsgebieten sind eher erschreckend, so dass sie der Idee, in ein Altenheim umzuziehen, auch aus diesem Grund sehr skeptisch gegenüber stehen.

Es ist immer und überall nützlich, Information und Orientierung über die Situation in Deutschland zu geben – verglichen mit dem erlebten Alltag im Herkunftsland. Was hat sich verändert? Es ist wichtig, Vergleiche zum vorherigen Leben herzustellen, Übersicht zu ermöglichen über den Stadtteil, über Anforderungen von Behörden, über Möglichkeiten der Freizeitgestaltung etc. Selbst ältere Aussiedler, die schon zehn Jahre oder länger in Deutschland leben, kennen sich nicht unbedingt in ihrer Umgebung aus. Aussiedler, die selbst in Institutionen arbeiten, können wichtige Multiplikatoren für ihre „Landsleute“ sein.

Sinnvoll sind ebenfalls aktivierende Aktivitäten, z.B. Gesprächskreise und unterschiedliche Formen der Freizeitgestaltung für ältere Menschen. Aussiedler nehmen gern an Ausflügen teil.

Bei Menschen, die sehr gelitten haben, ist es wichtig sowohl Mitgefühl zu zeigen als auch positives Denken zu fördern, ggf. aber auch Fachleuten einzuschalten, die sich im Umgang mit psychischen Problemen besser auskennen. Geduld ist nicht nur an dieser Stelle wichtig.

Ich bin sicher, dass Sie, wenn Sie Zeit und Interesse haben, mit Aussiedlern – oder als Aussiedler – gute Ideen entwickeln werden bzw. schon entwickelt haben!

Ältere Kontingentflüchtlinge. Einige Anmerkungen und Anregungen zu Besonderheiten in der Altenhilfe, Pflege und medizinischen Versorgung

Alexander Bakalejnik

Ich möchte nicht verbergen, dass ich hier als „Lobbyist“ für eine Personengruppe spreche, die über keinerlei Lobby verfügt. Vielmehr ist diese Personengruppe vielfachen Kränkungen, Schikanen und Kritik ausgeliefert.

Wer sind die Leute, die diese Gruppe hierzulande darstellen?

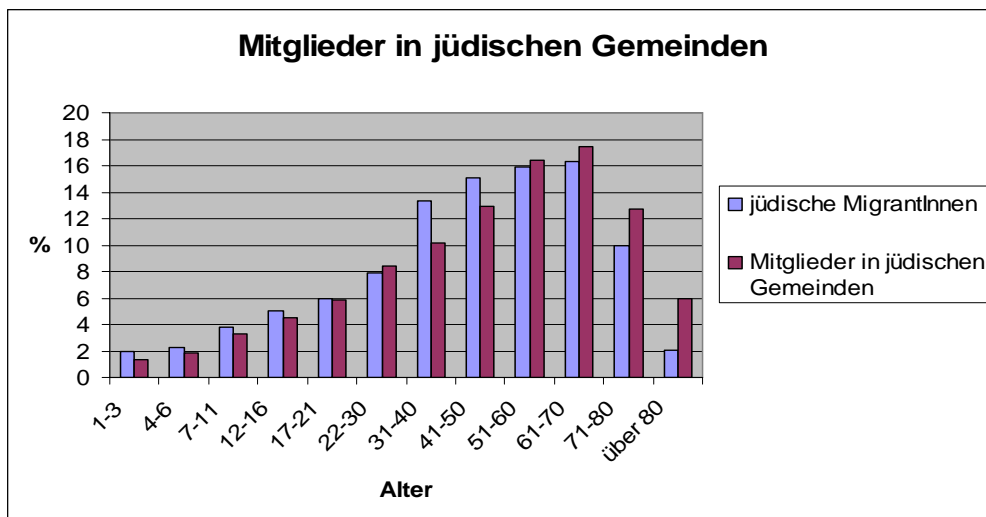
Es handelt sich um die so genannten älteren Kontingentflüchtlinge. So werden die jüdischen Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion und deren Nachfolgestaaten amtlich bezeichnet.

Seit 1990 existiert die (inzwischen sehr eingeschränkte) Möglichkeit für Juden aus den o.g. Staaten nach Deutschland umzusiedeln. Unumstritten war dies eine sehr humane Entscheidung der damaligen Bundesregierung, da die politische Situation am Ende der Sowjetzeit und nach dem Zusammenbruch der UdSSR als alles andere als judenfreundlich zu betrachten war und aktuell nicht sehr viel besser geworden ist. Dafür gibt es zahlreiche Beispiele, die ich hier nicht aufzählen möchte.

Die wichtigsten Migrationsströme gingen nach Israel, in die USA und Kanada. Die Einwanderung nach Deutschland bedeutete, dass von Seiten der jüdischen Migranten, besonders für die älteren Menschen, ein gewisser Vertrauensvorschuss und Hoffnung in die hiesige Demokratie und Toleranz der deutschen Gesellschaft notwendig war. Denn die historischen Ereignisse des vergangenen Jahrhunderts, insbesondere der Zweite Weltkrieg, Holocaust, nazistische und (leider auch) stalinistische und sowjetische antisemitische Verfolgungen und Terror haben sehr tiefe Wunden und Spuren bei den jüdischen Menschen hinterlassen. Viele von ihnen haben selbst unter den Gräueltaten

gelitten, andere haben die schrecklichen Zeiten in der sibirischen Evakuierung überlebt. Zahlreiche Migranten haben Opfer in der eigenen Familie zu beklagen, einige sind selbst so genannte Child Survivor.

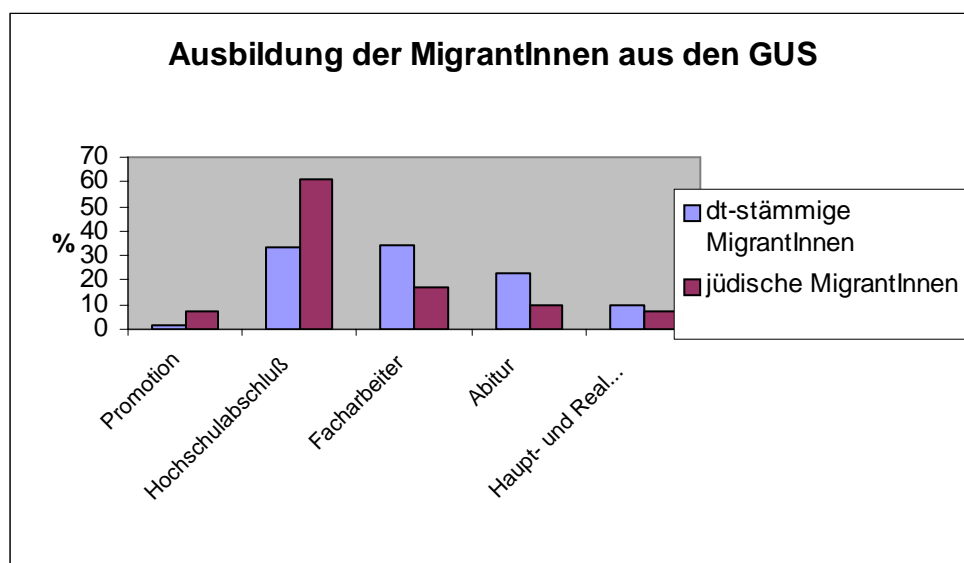
Für die Gesamtzahl der jüdischen Migranten in Deutschland (ca. 140.000) ist der Anteil der älteren Personen außerordentlich bedeutend (Tab. 1)⁹:



Tab. 1 Alter und Mitgliedschaft der Migranten in jüdischen Gemeinden

Im Gegensatz zu den deutschen Senioren oder den älteren „angeworbenen Arbeitskräften“ (früher – „Gastarbeiter“) haben ältere russisch-jüdische Zuwanderer hierzulande nicht gearbeitet. Sie waren hier nicht versichert und bekommen verständlicherweise keine richtige Rente (lediglich „Grundsicherung im Alter“). Die Rentenzahlungen aus den Heimatländern werden nicht getätigt oder sind sehr gering. Häufig werden die russisch-jüdischen Senioren von den Behörden, Krankenkassen, Vermietern, sogar von Krankenhaus- und Pflegepersonal als „Schmarotzer“ empfunden: „Was haben Sie hier zu suchen?“, „...Sie haben hierzulande keine Versicherungsbeiträge gezahlt...“ usw. Mit solchen ausgesprochenen und nicht ausgesprochenen Sätzen werden die älteren Zuwanderer häufig konfrontiert. Dabei haben sie viele Jahre Berufsleben in der Sowjetunion hinter sich, in den wichtigsten Bereichen der Wissenschaft, Kultur, Industrie. Die Berufspalette der jüdischen Senioren reicht von den Werkarbeitern bis zu Piloten aus den Polarkreisgebieten. Es gibt nicht wenige Ärzte, international anerkannte Wissenschaftler, Ingenieure, Künstler, Lehrer und andere. Mehr als 60% haben Studienabschlüsse, ca. 7% führen akademische Grade (Tab. 2), was selbstverständlich keinerlei finanzielle Sicherheit und Wohlstand in der sowjetischen und postsowjetischen Gesellschaft bedeutete. Dieses Bildungsniveau unterscheidet sich von dem der deutschstämmigen Aussiedler. Letztere kommen überwiegend aus den landwirtschaftlichen Gegenden Kasachstans und Sibiriens.

⁹ Vgl. Polian, Pavel, Skizzen zum Selbstbild. Erste Ergebnisse einer soziologischen Studie (Teil 2), in: „Partner“ Nr. 1, Dortmund 2007.



Tab. 2: Ausbildungen der Migranten aus den GUS

Wir haben es mit sehr verletzbaren Menschen zu tun. Die kulturellen Besonderheiten, Mentalität, Anerkennungsbedürfnis und die familiäre Bindungen spielen dabei eine außerordentlich große Rolle, nicht zuletzt auch der Verfolgungshintergrund. Sehr sensibel reagieren die Senioren häufig auf die deutsche Sprache. Die „Sprache der Täter“ wird von den NS-Verfolgten als Trigger empfunden. Eine Abneigung und auch altersabhängig eingeschränkte Sprachlehrfähigkeit sind häufig zu beobachten. Es stellt sich daher die Frage: Gibt es genügend Pflege- und Fachkräfte, die Russisch sprechen können? Denn gerade die Verständigung bei der Pflege, Altenhilfe, Beratung, medizinischen Versorgung spielt die wichtigste Rolle.

Der Emigrationsstress, die schmerzhaft „Umpflanzung“ kann zu einem erhöhten Krankheitsrisiko führen. Beispielsweise stellen Krankenkassen, Ärzte und zuständige Sozial- und Sachbearbeiter der Kommunen fest, dass die jüdischen Senioren häufiger krank und pflegebedürftiger als ihre einheimischen Altersgenossen sind.

Als wichtige Prinzipien der Seniorenarbeit mit den älteren russisch-jüdischen Zuwanderern sehen wir:

- biographische Ansätze, da das Bedürfnis nach menschlicher Anerkennung sehr ausgeprägt ist
- muttersprachliche Verständigung
- Mentalität und (wiederum) biographieorientierte Pflege und Betreuung
- kulturorientierte Freizeitgestaltung
- Aufklärung, sowohl bei der amtlichen und institutionellen Seite als auch bei den Senioren selbst, um die Spannungen, Ängste und Vorurteile abzubauen.

Nun hoffen wir auf die gute Entwicklung der Zusammenarbeit verschiedener zuständiger Institutionen, Ämter, Gemeinden und Integrationsgesellschaften auf diesem Gebiet.

Workshop 2 NS-Verfolgte und Kriegstraumatisierte – ein Spannungsfeld

Leitung

Sonja Schlegel, *Bundesverband Information und Beratung für NS-Verfolgte e.V., Köln*

Sybille Ellinger-Weber, *Dipl. Psychologin, Gerontopsychiatrische Tagesklinik, Köln*

Thesen

Sybille Ellinger-Weber

In neuerer Zeit werden NS-Verfolgte und Kriegstraumatisierte („Kriegskinder“) häufig in einem Atemzug genannt. Darin kommt eine Tendenz zum Ausdruck, alle – Verfolgte und Täter bzw. deren Nachkommen – zu gleichen Opfern werden zu lassen. Der Begriff „Kriegskind“ impliziert, dass es sich um eine unschuldige Generation deutscher Opfer handele.

Den NS-Verfolgten, insbesondere Juden, Sinti und Roma wurde im Nationalsozialismus das Recht auf Existenz unabhängig von Taten und Überzeugungen abgesprochen und die Zugehörigkeit zur Menschheit aberkannt. Sie waren von organisierter Vernichtung bedroht. Was den kriegstraumatisierten Kriegskindern passierte, war dagegen die Folge der Taten ihrer Eltern. Sie selbst aber sehen ihre Leiden häufig eher als „schicksalhaft in die Geschichte des Kriegs verstrickt“; legen sich auf ihre Traumatisierung als Opfer von Bomben, Flucht und Vertreibung fest und lösen diese damit aus dem Kontext des NS-Regimes. Eigentlich aber haben sie vor allem zu bewältigen, dass ihre eigenen Eltern verantwortlich sind für das, was sie erlitten haben.

Kriegstraumata

1. Geschätzte Häufigkeiten

- Im Zweiten Weltkrieg kam jeder achte männliche Deutsche ums Leben. Insgesamt starben 11% der Bevölkerung.
- Es gab 12 Millionen Flüchtlinge; zwei Millionen Menschen kamen während Flucht oder Vertreibung ums Leben.
- Gefallene Soldaten hinterließen 1,7 Millionen Witwen und 2,5 Millionen Halbwaisen, ein Viertel aller Kinder wuchs nach dem Krieg ohne Vater auf.
- 1/3 der Bevölkerung von ca. 80 Millionen Menschen lebte in Großstädten, die fast alle bombardiert wurden. 500.000 Menschen starben.
- Etwa zwei Millionen Kinder waren von der so genannten Kinderlandverschickung und Evakuierungen (und in deren Folge Trennung von den Eltern bzw. Müttern) betroffen.

2. Folgen

- Das massive Leugnen und Schweigen auf Seiten der Täter bewirkte bei den Verfolgten eine weitere Traumatisierung: die Nicht-Anerkennung ihres Leidens.
- Die Täter schwiegen, um sich vor Strafverfolgung und vor der Anklage ihrer Nachkommen zu schützen. Die Täter- und Mitläufergeneration hat die Folgen des Krieges und damit des Nationalsozialismus für die eigenen Kinder tabuisiert.

- Überlebende schweigen, um nicht von den eigenen Gefühlen überwältigt zu werden, aus Scham- und Schuldgefühlen, sie wollen Kinder und Enkel nicht belasten. Die Folgen sind Sprachlosigkeit und Erstarrung.

3. Intergenerationale Folgen

„Die generationsübergreifende Entwicklung der historischen und emotionalen Zusammenhänge von Nazizeit und Krieg im gemeinsamen Schweigen und in der Verharmlosung war das wichtigste „kulturelle Verarbeitungsmuster“ der Nachkriegszeit, das vordergründig das Zusammenleben und die Verständigung erleichterte.“¹⁰ Die Familien waren sprachlose Schuld- und Schamgemeinschaften; die Verbrechen wurden derealisiert. Die Kriegstraumata waren und sind leichter zugänglich als nationalsozialistische Identifizierungen.

Die mit der nationalsozialistischen Pädagogik¹¹ identifizierten Mütter verachteten alles Hilflose und Schwache. Sie gaben den Kindern keinen Schutz, verweigerten die Einfühlung und waren unfähig zur Empathie; sie suchten das Kind zu unterwerfen und ignorierten seine Bedürfnisse.¹² Daraus resultieren für die Kinder mangelnde Selbstfürsorge, Überforderungssymptome und Ängste.

Empirische Untersuchungen – Interviews mit Kriegskindern, deren Kindern und Enkeln – zeigen, dass die Lebenswege der Nachgeborenen von der Familiengeschichte bestimmt sind („ererbtes“ Trauma). Die Kriegskindergeneration schützte sich vor Nähe zur Familienvergangenheit, war emotional verschlossen und konzentrierte sich auf eine erfolgreiche Lebensführung. Die Folgen werden in der Generationenabfolge nicht schwächer, sondern in der dritten Generation sichtbar: während die Kinder abwehren, erlauben sich die Enkel, Symptome zu entwickeln.¹³

Die Lebensgeschichte älterer und alter Menschen konfrontiert uns BehandlerInnen, BeraterInnen und Pflegenden mit der eigenen mehrgenerationalen Geschichte der NS-Zeit, des Krieges und der Kriegsfolgen. Die Ebene der Auseinandersetzung mit Schuld, Verlusten und Traumata der eigenen Eltern und Großeltern ist auf der Seite der TherapeutInnen und Pflegenden ständig angesprochen und beeinflusst unser Verstehen und Handeln.



4. Trigger oder Muster von Traumareaktivierungen

Häufig werden im Alter nach u. U. langer symptomfreier Zeit durch Erlebnisse von Ohnmacht, Hilflosigkeit und Abhängigkeit Traumata reaktiviert:

¹⁰ Vgl. Koch-Wagner, Gesa, Gefühlserbschaften aus Kriegs- und Nazizeit. Mutter-Tochter-Beziehungen unter dem Einfluss von Kriegstraumen und NS-Ideologiefragmenten, Aachen 2001, S. 233.

¹¹ Vgl. Haarer, Johanna, in: Chamberlain, Sigrid, Adolf Hitler, die deutsche Mutter und ihr erstes Kind. Über zwei NS-Erziehungsbücher, Gießen 1997.

¹² Vgl. Chamberlain, Adolf Hitler.

¹³ Vgl. Rosenthal, Gabriele, Nachwirkungen der Nazi-Verbrechen bei den Nachkommen von Nazi-Tätern und bei Nachkommen von Überlebenden, www.qualitative-sozialforschung.de/rosenthal.htm, September 2000.

-
- Reaktivierung alter Verluste, am häufigsten des Vaters, durch einen aktuellen Verlust, z. B. des Partners;
 - Körperliche Erkrankung und Hilfsbedürftigkeit reaktivieren frühere Ohnmachtsgefühle und Hilflosigkeit;
 - Vereinsamung im Alter reaktiviert frühere Einsamkeit aufgrund von Vernachlässigung, Trennung von Eltern (z. B. Kinderlandverschickung);
 - Umzug in kleinere oder Seniorenwohnungen erinnern an die durch die Flucht erlittenen Verluste;
 - die Kriege der 90er Jahre auf dem Balkan, aber auch die Attentate von New York, Madrid und London sowie der aktuelle Krieg im Irak reaktivieren frühere Ängste und können Panikattacken auslösen.

Von Überzeugungen und deren Richtigkeit – NS-Verfolgte in Deutschland Beispiele

Sonja Schlegel

Für die Gleichsetzung von Opfern und Tätern ist die Diplomarbeit einer Studentin aus der Sozialarbeit ein erschütterndes Beispiel: Sie wird ihre Diplomarbeit über die verschiedenen, von posttraumatischen Belastungsstörungen betroffenen Gruppen schreiben und zählt im Inhaltsverzeichnis ihrer Arbeit NS-Verfolgte, Kriegsoffer und Vietnamveteranen auf. Dass es erhebliche Unterschiede zwischen diesen Gruppen gibt, die auch unbedingt hervorgehoben werden müssen, ist ihr nur schwer deutlich zu machen.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen den so genannten Kriegsoffern und den NS-Verfolgten in Deutschland ist sicher das Erleben von Mehrheit, respektive Minderheit zu sein. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer unseres Erzähl- und Begegnungscafés für NS-Verfolgte¹⁴ berichten immer wieder von Gesprächen zwischen Gleichaltrigen, also alten Menschen, über die so genannte „gute Zeit“. Hier müssen sie, also die Minderheit der NS-Verfolgten, ihre eigenen Äußerungen und Meinungen zurückhalten. Auch über ihre eigenen Erlebnisse in dieser Zeit schweigen sie lieber. Sie können das Gemeinschaftsgefühl dieser Generation nicht teilen und bemühen sich daher, Begegnungen mit Angehörigen ihrer Generation zu meiden. Sollten sie doch ihre wahre Identität preisgeben, müssen sie mit diskriminierenden Äußerungen rechnen. Manchmal werden ihnen noch mögliche Verbrechen unterstellt („umsonst kommt man ja nicht in ein KZ“). Sie müssen weiterhin befürchten, als Angehörige einer Minderheit Opfer von rassistischen Übergriffen zu werden (Ausländer, Juden, Sinti und Roma). Wenn sie ihr eigenes Schicksal oder ihre Identität nicht preisgeben, werden sie unwillentlich häufig Zeugen oder Mitwisser von diskriminierenden Äußerungen.

Das und die große Verdrängungsleistung in unserer Gesellschaft tragen dazu bei, dass NS-Verfolgte unsichtbar sind. In den Veranstaltungen des Projektes „Anpassung der Versorgungssysteme der Altenhilfe an die Erfordernisse älterer NS-Verfolgter“ wurden

¹⁴ Das Café wurde 2005 in Köln gegründet und findet vierzehntätig statt. Hier treffen sich Überlebende aus allen Verfolgtengruppen. Alle zwei Monate öffnet sich dieser geschützte Raum des Café für die Öffentlichkeit und ein Überlebender berichtet aus der Verfolgungszeit. Mit dem öffentlichen Café wendet sich der Bundesverband besonders an Schulen. Informationen unter www.nsberatung.de.

viele Informationsveranstaltungen in den unterschiedlichsten Berufsgruppen durchgeführt. Dabei stellte sich immer wieder heraus, dass folgende fünf Überzeugungen in der deutschen Gesellschaft unabhängig vom Bildungsstand weit verbreitet sind:

„NS-Verfolgte leben heute nicht mehr oder in Ausnahmefällen als Hochbetagte“

Dem widersprechen die vielen Kinder-Überlebenden, wie z. B. Therese A., als Sintessa 1944 in einem Lager geboren oder Katharina T., als Achtjährige mit ihrer Mutter und ihrer Schwester zur Zwangsarbeit aus Polen nach Deutschland verschleppt. Beide gehören heute noch zu der Gruppe der jungen Senioren.

„NS-Verfolgte leben in Israel oder Osteuropa“

Diese Überzeugung stützt sich auf die Idee, dass alle jüdischen Überlebenden nach der Befreiung nach Israel ausgewandert seien. Außerdem seien alle ehemaligen NS-Zwangsarbeiterinnen oder Zwangsarbeiter nach Osteuropa zurückgegangen. In der Realität leben jedoch viele jüdische NS-Verfolgte in Deutschland. Viele haben Israel wieder verlassen. Auch sind die aus Osteuropa verschleppten Zwangsarbeiterinnen und Zwangsarbeiter, die der damaligen Zwangsrepatriierung entkommen konnten, für eine Migration nach Australien oder in die USA jedoch zu krank und zu schwach waren, in Deutschland ansässig geworden. Viele leben unerkannt und sehr isoliert. Die bei der Befreiung sehr jungen Überlebenden haben weitgehend versucht, sich zu assimilieren.



*„NS-Verfolgte sind in meinem Arbeitsfeld unbekannt“ und
„NS-Verfolgte in der Altenhilfe machen keine Probleme“*

sind zwei weitere, häufig angetroffene Überzeugungen. Hier liegt das Problem wiederum in der Unsichtbarkeit der NS-Verfolgten einerseits und des mangelnden historischen Wissens, respektive der vorher aufgeführten Überzeugungen bei den Beschäftigten in der Altenhilfe andererseits.

„NS-Verfolgte sind jüdisch oder Sinti und Roma“

Das folgende Beispiel steht für die breiten Verfolgungsmaßnahmen, die gegen die Bevölkerungsmehrheiten im Nationalsozialismus stattfanden. Frau H., Tochter einer Bauernfamilie am Niederrhein, kommt 1941 vom Arbeitsdiensteinsatz für einen kurzen Urlaub auf den elterlichen Bauernhof zurück. Der Vater ist als Soldat eingezogen und die Mutter kommt ohne Hilfe mit der Arbeit in der Landwirtschaft nicht zurecht. Die Tochter beschließt, ihren Urlaub eigenmächtig um ein paar Tage zu verlängern. Sie wird nach einigen Tagen verhaftet und wegen Verstoßes gegen das Heimtückegesetz bis zur Befreiung 1945 im Frauen-KZ Ravensbrück inhaftiert. Frau H., die heute unter Parkinson und vielen anderen Erkrankungen leidet, sollte kürzlich auf Wunsch ihrer Kinder in ein Pflegeheim übersiedeln. Es stellte sich auch hier heraus, dass die Kinder sehr wenig über ihre NS-Verfolgung informiert waren und die Problematik einer Retraumatisierung im Pflegeheim nicht voraussehen konnten.

Neben der Aufarbeitung der eigenen Familiengeschichte gehört aus diesen Gründen ein breites Fortbildungsangebot für im weitesten Sinne in der Altenhilfe Tätige dringend zur Verbesserung der Lage der NS-Verfolgten in der Altenhilfe.

Workshop 3 Sexualisierte Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen

Leitung:

Brigitte Merkwitz, *Diplompädagogin, respekt – Team für Beratung und Bildung in der Altenarbeit, Alfert*

Martina Böhmer, *Altenpflegerin für Geriatrische Rehabilitation, respekt – Team für Beratung und Bildung in der Altenarbeit, Bergisch Gladbach*

Workshop-Protokoll

Martina Böhmer sprach über die besondere Situation alter Frauen, die sexualisierte Gewalt erlebt haben. Dies bezieht sich sowohl auf häusliche Gewalt, die Frauen und Mädchen erfahren, als auch auf Vergewaltigungen in und nach dem Zweiten Weltkrieg. Was ist unter sexualisierter Gewalt zu verstehen? Gemeint sind sexuelle Übergriffe jeglicher Art sowie Vergewaltigungen. Nun ist nicht nur durch die Frauenbewegung der 70er Jahre, sondern auch durch Untersuchungen im Auftrag des Bundesministeriums für Familie aufgedeckt worden, dass in Deutschland ca. 25% aller Mädchen und Frauen Erfahrungen sexualisierter Gewalt machen.

So ist auch bei den heute alten Frauen davon auszugehen, dass sie im Besonderen von häuslicher und sexualisierter Gewalt betroffen sind, d.h. durch Gewalt in der Kindheit, Vergewaltigung in ihren Ehen und Beziehungen.

Was ist jedoch die besondere Situation der heute alten Frauen, d.h. der Frauen, die den Krieg miterlebt haben?

Sie erlebten zusätzlich Massenvergewaltigungen im und nach dem Zweiten Weltkrieg, Zwangsprostitution in den Lagerbordellen der Konzentrationslager (z.B. in Sachsenhausen, Buchenwald und Auschwitz) und zwischen 1945 und 1948 Zwangsprostitutionen bei amerikanischen Soldaten.

Es gibt Erinnerungen an traumatische Erlebnisse, die die heute alten Menschen jahre-, manchmal jahrzehntelang verdrängt haben. Diese Erinnerungen können wieder auftauchen, wenn die alten Frauen ihre soziale Umgebung mit ihren individuellen Bewältigungsstrategien durch einen Krankenhausaufenthalt oder das Umsiedeln in ein Altenheim verlieren.

Was aber ist eigentlich ein Psychotrauma?

Es ist eine seelische Verletzung, eine Wunde, die aufgrund einer oder mehrerer lebensbedrohlicher Belastungssituationen – wie z.B. sexualisierte Gewalt – erfahren wird.

Es ist ein wichtiges Anliegen, offen zu legen, dass es vielfach zu Überschneidungen zwischen den Symptomen einer psychotraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und den Symptomen und Verhaltensweisen dementieller Erkrankungen und weiteren so genannten Alterserkrankungen kommt.



Leider werden vielfach aufgrund der Unwissenheit traumatischer Erfahrungen in der Biografie der alten Menschen und deren aktuelle Bedeutung Fehldiagnosen, nicht angemessene Therapien und Umgangsformen an den Tag gelegt.

Die Teilnehmenden hatten Gelegenheit sowohl Fragen zu stellen als auch Fallbeispiele einzubringen.

Der zweite Teil des Workshops wurde von Brigitte Merkwitz gestaltet. Schwerpunkte waren hier der positive und angemessene Umgang mit traumatisierten alten Frauen insbesondere für Pflegende, als auch die Voraussetzungen, die dafür erforderlich sind. Frau Merkwitz informierte auch über die Möglichkeiten der Pflegenden, mit der eigenen (Trauma-) Betroffenheit bei der Pflege alter Menschen umzugehen.

Voraussetzungen für einen angemessenen Umgang

- Der Verdacht, dass eine alte Frau traumatisiert sein könnte reicht aus, sich entsprechend vorsichtig und respektvoll zu verhalten;
- Bereitschaft, Sensibilität und Offenheit, sich auf BewohnerInnen ein zu lassen;
- das Bewusstsein/Wissen der Pflegenden über eine mögliche Traumatisierung (Kenntnisse über posttraumatische Belastungsstörung und neurobiologische Zusammenhänge) verändern die Haltung und das Verhalten gegenüber alten Frauen;
- Bereitschaft zur Reflexion über die eigene Haltung; Wahrnehmung möglicher eigener Betroffenheit;
- einfühlsamer, vorsichtiger Umgang;
- Wissen und Bewusstsein darüber, dass Frauen und Männer einerseits unterschiedliche Traumatisierungen erleben, andererseits auch geschlechtsspezifische und sozialisierte Bewältigungsstrategien haben;
- es geht erst einmal darum, die Frauen zu verstehen!
- allgemeines Ziel: eine Begleitung und Unterstützung in der Pflege sicherstellen, die die Individualität der Frauen mit ihrer Lebensgeschichte als Grundlage für ihr Wohlergehen hat;
- charakteristisch für das Erleben eines Traumas sind Kontrollverluste und damit einhergehende Ohnmachtsgefühle;
- folglich ist es eine notwendige Aufgabe der Pflegenden, gerade die kleinen, alltäglichen Situationen mit den alten Frauen so zu gestalten, dass diese die Kontrolle haben;
- die Kontrolle und Selbstbestimmung der zu Pflegenden über ihr eigenes Leben ist die Basis jeder Pflege;

-
- das A und O ist eine angemessene Kommunikation, verbunden mit einer therapeutischen Haltung, die sich u.a. durch Empathie auszeichnet;
 - Vertrauen aufbauen, Sicherheit geben; soweit als möglich den alten Frauen Verantwortung geben; sie beteiligen, ihnen Kontrolle über sich selber und die Situation ermöglichen, d.h. auch ohnmächtige und wehrlose Situationen vermeiden; Anknüpfen an die Ressourcen der alten Frauen;
 - Informationen über die Zeitgeschichte und biografisches Arbeiten als Prozess;
 - Fachwissen über Traumatisierung, Psychotraumata, Ursachen, Symptomatik, posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), psychologische Bedeutungen;
 - Zusammenhänge zwischen dementiellen Veränderungen und einer PTBS kennen
 - Kenntnisse über und flexibler Umgang mit psychosozialen Betreuungsansätzen, z.B. Validation, IVA, Tom Kitwood, SET, biografisches Arbeiten;
 - es besteht die Möglichkeit eigener Betroffenheit. Was heißt das für die die/den Pflegenden und die Begleitung?
 - konkrete Tipps im Umgang mit der eigenen Betroffenheit:
Bewegung: Körper spüren;
Sicherheit: Tagesablauf strukturieren, an hilfreiche Gewohnheiten anknüpfen, Rituale;
Distanzierung und Selbstberuhigung: an Erfolge denken, z.B. aufschreiben, Selbstgespräch: „Heute kann ich etwas dagegen tun“, z.B. Flashbacks unterbrechen, Atemübungen, Selbsttröstung, Vorstellungsbilder, Muskelentspannung;
Selbstschutzmaßnahmen erarbeiten: „Welche Möglichkeiten und Kompetenzen habe ich, mich zu stärken und zu schützen?“
Gesunde Lebensweise: Körper-Seele-Geist-Einheit, Einschränkung von Suchtmitteln, gesundes Essen, Natur, Sport;
 - Psychohygiene: Austausch, Unterstützung durch das Team, Fallbesprechungen, Supervision, Ausgleich in der Freizeit.

Konkrete Umgangsformen in der Begleitung traumatisierter alter Frauen

- grundsätzlich gilt auch hier: Es gibt Tendenzen und Anhaltspunkte, was zu tun ist oder vielleicht besser nicht zu tun ist; in der jeweiligen Situation muss die Individualität der alten Frauen berücksichtigt werden, Patentrezepte gibt es nicht;
- Grundregel: Konfrontation mit dem Trauma meiden und den Fokus auf die Stabilisierung (u.a. Selbstbestimmung, eigene Kontrolle, Freude) richten;¹⁵
- wenn Betroffene reden möchten, ist es notwendig, für sich abzuklären, habe ich jetzt Zeit, kann ich das aushalten? Ggf. einen anderen Zeitpunkt benennen, eine therapeutische Fachkraft vermitteln (u.a. entlastende Gespräche anbieten, entspannende Maßnahmen);

¹⁵ Vgl. Reddemann, Luise, Psychodynamische Imaginative Traumatherapie: PITT – das Manual, Stuttgart 2004.

- Ressourcen und Stärken des alten Menschen ansprechen; eine soziale Isolation verhindern; Aufgaben und Verantwortung übertragen; Aktivitäten anbieten, die angemessen sind;
 - bei einem „merkwürdigem“ Verhalten (z.B. Weglaufen, Schreien, Weinen, aggressives oder/ und übergriffiges Verhalten) immer nach der sich dahinter verbergenden Bedeutung fragen: „Warum macht die Frau das?“ Stichwort Empathie;
- 
- grundsätzlich die Frau fragen, was sie möchte und braucht (falls das möglich ist);
 - maximale Einbeziehung, Anleitung zur Selbstständigkeit bei Körperpflege und beim Essen;
 - vertrauensvolle Beziehung aufbauen und darauf achten, dass möglichst ohnmächtige und wehrlose Situationen vermieden werden, d.h. eine sichere Umgebung schaffen;
 - Wenn plötzlich Erinnerungen auftauchen und die alte Frau:
 1. **in Panik gerät:** Was ist der Trigger für die Panik? Trigger auflösen, klären, wie viel Nähe und Distanz gebraucht wird; Sicherheit und Schutz geben; den Menschen nicht alleine lassen; angemessenen Trost geben, z.B.: „Frau M., ich weiß, dass Sie Angst haben, traurig ... sind. Jetzt bin ich hier und jetzt ist alles gut“, nicht Bagatellisieren im Sinne von: „Ach, ist doch alles nicht so schlimm, ist ja schon gut ...“;
 2. **sich verweigert:** nicht abwerten, negative Bewertungen lassen Situationen leicht eskalieren!; nicht gegen den Widerstand desjenigen arbeiten, Pausen einlegen und die Pflege unterbrechen; wenn möglich, einen anderen Zeitpunkt für die Pflege/ Intervention wählen. Besonderes Augenmerk auf die Kommunikation richten: z.B. „Ich weiß, Frau M., dass ist Ihnen jetzt recht unangenehm, peinlich, tut weh, das tut mir leid. Wir machen eine Pause“;
 3. **mit Gewalt** und Aggressionen reagiert: im Affekt möglichst sich und den anderen schützen, Distanz – innerlich, äußerlich – einnehmen, Deeskalationstechniken, auch hier gelten die allgemeinen Maßnahmen in Gewaltsituationen;
 - „Raum“ für Gefühle (Trauer, Wut, Aggression) ermöglichen. All diese Gefühle dürfen sein, nicht bewerten; hierbei ist auch ein Rollentausch hilfreich;
 - wachsam sein und im Blick behalten: Die Symptomatik PTBS kann die einer dementiellen Erkrankung sehr ähnlich sein! Bei Unsicherheit: Austausch und Abklärung im Team, vorsichtiger Umgang;
 - diagnostische Abklärung psychischer und somatischer Symptome, Notwendigkeit, Dauer und Nebenwirkungen von Psychopharmaka überprüfen;
 - Austausch und Entlastung im Team (z.B. Fallbesprechungen, Supervision);

Die gesamten Ausführungen konnten sehr lebhaft mit Beispielen aus der Praxis vertieft werden.

Workshop 4 Aufbruch – Lesben und Schwule im Alter

Leitung

Carolina Brauckmann, *RUBICON Beratungszentrum für Lesben und Schwule*
Kordinatorin des kommunalen Netzwerkes für ältere lesbische Frauen "Die lesbischen ALTERnativen", Köln

Dr. Stefan Jüngst, *RUBICON Beratungszentrum für Lesben und Schwule*, Koordinator des kommunalen Netzwerkes für ältere schwule Männer "Die schwulen ALTERnativen", Köln

Workshop-Protokoll

Leitfragen des Workshops



- Welche besonderen Bedarfe haben älter werdende lesbische Frauen / schwule Männer in Bezug auf Angebote der Senioreneinrichtungen und der Altenpflege?
- Welche Möglichkeiten lassen sich innerhalb einer lebensweltorientierten Alters-Begleitung entwickeln – und wie?
- Woran erkennen wir alte lesbische und schwule Menschen in der Pflege bzw. in der Altenbetreuung?
- Wie können wir einen Kontakt zu ihnen herstellen, der eine behutsame Annäherung an ihre lesbische bzw. schwule Lebensgeschichte und ein „Coming-Out“ ermöglicht?

Die Erwartungshaltungen der Teilnehmenden

Sieben Fachfrauen nahmen am Workshop teil. Folgende Berufe waren vertreten: Pflegefachberatung, Heimleitung Diakonie, Geschäftsführung Ambulanter Pflegedienst, Altenclownerie und Begleitungsservice, zwei Pflegefachkräfte, eine Mitarbeiterin von Wildwechsel. Ausgehend von den Leitfragen wurden folgende Erwartungen für den Workshop formuliert:

- Informationen über die Situation von Homosexuellen, die von Verfolgung im Nationalsozialismus betroffen waren;
- Informationen über die Situation lesbischer Frauen, schwuler Männer in anderen Pflegediensten;
- Möglichkeiten der Mitarbeiter/innen-Sensibilisierung;
- Möglichkeiten der Wahrnehmungssensibilisierung bezogen auf die Zielgruppe;
- Interesse an Projekten insb. mit älteren lesbischen Frauen;
- Aktivierung und Sensibilisierung der Kollegen/innen;
- Zugang zur Zielgruppe im ländlichen Raum:

Zu den Bedarfen für ein Leben in Einrichtungen der Altenpflege¹⁶

Wie wichtig wäre es Ihnen, dass	FRAUEN wichtig	MÄNNER wichtig	Frauen eher unwichtig	Männer eher unwichtig
sie dort offen lesbisch-schwul leben können	88 % (!)	77 % (!)	2 % (!)	5 % (!)
speziell geschultes Personal dort arbeitet	65 %	60 %	10 %	10 %
lesbisch-schwules Marketing betrieben wird	56 %	43 %	15 %	22 %
nur Lesben und Schwule das Angebot der Einrichtung wahrnehmen	12 %	7 %	44 %	44 %
Schwule, Lesben UND Heterosexuelle das Angebot nutzen	64 %	51 %	8 %	12 %
auch homosexuelles Personal dort arbeitet	46 %	29 %	16 %	23 %
nur homosexuelles Personal dort arbeitet	12 %	7 %	42 %	42 %

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass $\frac{3}{4}$ der befragten Lesben und Schwulen Diskriminierung in Alteneinrichtungen erwarten und 90% davon ausgehen, dass nicht kompetent mit ihren Bedürfnissen umgegangen wird. Bestehende stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgungsstrukturen für Lesben und Schwule sind zudem unzureichend.¹⁷ Ein adäquates Werteverständnis und hilfreiche Kriterien einer "Pflege andersrum" werden u.a. von Trampenau & Röschmann diskutiert.¹⁸

Zu den Möglichkeiten einer lebensweltorientierten Alters-Begleitung

Sensibilisierung

- Pflegekräfte und die Fachkräfte der Altenhilfe müssen einen Einblick haben in die Lebensbedingungen von Lesben und Schwulen. So waren z.B. über ein Drittel verheiratet und haben Kinder, 25 % der älteren schwulen Männer sind sehr isoliert. Bei älteren wie auch bei jüngeren Lesben und Schwulen ist von einer fünffach höheren Suizidrate und dreifach höheren Depressionsrate auszugehen.
- Zum besseren Einblick in die spezifische Kultur und Lebenshintergründe müssen auch Begriffe des täglichen Sprachgebrauches geklärt werden, wie z.B. „175er“, „Klappe“ oder „kesser Vater“, „Butch“ und „Fêmmé“.
- Wichtig für eine biografisch orientierte Arbeitsweise ist vor allem das Wissen und Einbeziehen relevanter Identitätsbildungsprozesse. Bei Lesben und Schwulen sind hier vor allem die Phase des Coming-Outs zu nennen, da dieses kritische Lebensereignis teilweise mit Zerstörung der Familie, Trennung von leiblichen Kindern, Distanzierung von Freunden, Ende der beruflichen Karriere oder – allerdings nur bei schwulen Männern – mit polizeilicher Verfolgung und Inhaftierung einherging.
- Gerade vor dem Hintergrund des Allgemeinen Gleichstellungsgesetzes müssen für Fachkräfte auch die heutigen gesellschaftlichen Diskriminierungen nachvollziehbar sein (siehe hierzu auch <http://www.vielfalt-statt-gewalt.de>).

¹⁶ Sämtliche Angaben stammen aus der Studie von Andreas Unterforsthuber und Heike Franz, "Unterm Regenbogen" – Lesben und Schwule in München. Ergebnisse einer Befragung durch die Landeshauptstadt München mit dem Schwerpunkt ältere Lesben und Schwule. Landeshauptstadt München, Koordinierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen 2004.

¹⁷ Vgl. Enquete-Bericht zur Situation und Zukunft der Pflege in NRW, 2005.

¹⁸ Trampenau, Bea/ Röschmann, Birgit, Werteverständnis und Kriterien von "Pflege andersrum" Hamburg, www.lesbenverein-intervention.de.

- Vor dem Hintergrund der engen Verbindungen der Lesben- mit der Frauenbewegung ist gerade bei lesbischen Frauen die Beziehung zum anderen Geschlecht zu berücksichtigen.
- Diese starke Anbindung der Lesbenbewegung an die Frauenbewegung stellt auch einen der wichtigen Unterschiede zwischen Lesben und Schwulen dar, die für eine effiziente Altersarbeit für Homosexuelle bekannt sein muss. Es handelt sich bei lesbischen und schwulen SeniorInnen nicht um eine homogene, sondern um zwei sehr verschiedene Subgruppen.
- Zur Sensibilisierung von Fachkräften der Pflege und Altenhilfe gehört es zudem, Möglichkeiten aufzuzeigen, Lesben und Schwulen in Würde und Respekt zu begegnen, z.B. sollte keinesfalls ein „Outing“ erzwungen werden.

Begleitung / Pflege

- Das Wissen um spezifische lesbische und schwule Lebenshintergründe muss genutzt werden, um eine Lesben und Schwulen respektierende Pflegebeziehung aufzubauen. Diese respektierende Haltung muss natürlich auch von der Station bzw. vom Träger gewünscht werden.
- Die Einbeziehung des lesbisch-schwulen Hintergrundes in die mögliche Biografiearbeit muss so sensibel wie möglich erfolgen, da dies für den Klienten/ die Klientin immer auch ein unerwünschtes Outing bedeuten kann.
- Auch bei einer stark biografieorientierten Pflege oder Altenhilfe müssen die Grenzen zwischen verstehender Pflege und therapeutischer Ebene bedacht und eingehalten werden.

Haltung

- Für Lesben und Schwule gilt in besonderer Weise das Motto des Fachtages: Da sehr viele sich ein Leben lang „unauffällig“ verhalten haben, sind sie heute in der Altenhilfe und -pflege so gut wie unsichtbar. Das erste Ziel einer spezifischen Aufklärung muss es demnach sein, dass das Thema „lesbische und schwule Senioren“ nicht marginalisiert wird.
- Die Sensibilisierung von Fachkräften der Altenhilfe und -pflege durch Fortbildungen und Supervisionen braucht deshalb eine aktive Unterstützung seitens der Einrichtungen bzw. der Träger. Vor allem die Änderung der Überzeugung, es handele sich bei den Problemen dieser 5 % aller SeniorInnen nur um ein Exotenthema scheint hier eine zentrale Bedeutung zu haben.
- Sehr wichtig ist die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit diskriminierenden Bewohner/innen auf allen Ebenen einer Institution. Es darf nicht sein, dass sich Menschen im Alter wieder verstecken müssen, weil sie nicht genügend Rückhalt und Schutz seitens der BetreuerInnen/ der Leitungsebene erwarten und bekommen.
- Dieses Eintreten gegen jegliche Diskriminierung muss auch für Lesben und Schwule von einer parteilichen Haltung geprägt sein

Oktober 2005:

Das AWO-SeniorInnenzentrum Hagenbeckstraße in Hamburg begibt sich in den Prozess des von „Pflege andersrum“ entwickelten lebensweltorientierten Qualitätsmanagements und erhält das bislang einmalige „Zertifikat Lesben respektierende Qualitätskriterien“.

Diskussion

Es wurde zum Teil ergänzend, aber auch im Widerspruch zu den vorangestellten Thesen und Inputs diskutiert.

Zur Zeit gibt es kaum Anhaltspunkte für einen kompetenten Umgang mit der Zielgruppe. Der Grund liegt wohl darin, dass entsprechende Bedarfe nicht erkannt werden, so dass nicht entsprechend interveniert werden kann. Solange in der Pflege das Thema Sexualität tabu ist, hat das Thema Homosexualität – im Verständnis von Lebensform – erst recht keine Chance. Alle Beteiligten gehen davon aus, dass **Mitarbeiterschulungen notwendig** sind. In Bezug auf die – durchaus umstrittene – **Biografiearbeit** wird diskutiert, dass es gut sei, die schwule oder lesbische Lebensweise **nur auf freiwilliger Basis** beantworten zu lassen. Anhaltspunkte, ob ein Bewohner / eine Bewohnerin gleichgeschlechtlich lebe / liebe, können im Notfall u.a. der / die Ansprechpartner/in geben.

Eine andere Möglichkeit der Biografiearbeit – als Alternative zur überdifferenzierten Pflichtdokumentation – sei der **direkte sensible Gesprächskontakt** mit dem Aufbau einer vertrauensvollen, verstehenden Pflegebeziehung. Die dennoch notwendige Dokumentation könnte strukturell erfolgen und Standards setzen (z.B. unterschiedliche Lebensformen werden gleichberechtigt benannt).

In Bezug auf das Thema "lesbisch-schwule Bedürfnisse" wurde hinterfragt, was darunter zu verstehen sei.

Zusammenfassung der wichtigsten Diskussionspunkte

1. Für den konkreten Umgang mit älteren Lesben und Schwulen ist eine Kenntnis des Identitätsprozesses notwendig – vor allem die Besonderheit eines Coming-Outs in der „verbotenen Zeit“. Das erfordert eine Sensibilisierung für die Zielgruppe und deren Lebenswirklichkeit. Nur so kann ein selbstverständlicherer Umgang erreicht werden.
2. Das Personal sollte Achtsamkeit für Grenzen des „Outens“ entwickeln, damit das „Coming-Out“ selbstbestimmt und freiwillig von der Zielgruppe realisiert werden kann.
3. Da alte / hochaltrige frauenliebende Frauen und männerliebende Männer nicht oder nur bedingt ihre Identität „preisgeben“, brauchen sie stellvertretend Menschen, die für sie kämpfen und Lobbyarbeit für sie leisten. Diese Pionierarbeit muss jetzt geleistet werden.
4. Es ist davon auszugehen (bzw. es wurde die Erfahrung gemacht), dass das Personal Schulungen zum Thema ablehnt („zu exotisch“). Diese Abwehrhaltung erfordert innovative Formen der Wissensvermittlung und eine Begleitung im Thema.
5. Die Einrichtungen der Altenbetreuung sollten das Diversity-Prinzip (Unterschiedlichkeit als Chance und Bereicherung) beim Marketing einsetzen und auch darüber Offenheit zum Thema kommunizieren. Generell ist es wünschenswert, dass Lesben und Schwule hierbei auch genannt und nicht nur „mitgedacht“ werden. Nur so kann diese Minderheit sichtbar werden und aus dem „Exotenstatus“ heraustreten.
6. Eine Mitarbeiter/innen-Schulung durch Fachleute mit Feld- und Fachkompetenz halten alle Beteiligten für wünschenswert. Sie wollen sich zum Teil, wenn weitere Maßnahmen in der Richtung ergriffen werden, daran beteiligen.

Quellen- und Literaturverzeichnis

- Abschlussbericht der Enquetekommission "Situation und Zukunft der Pflege in NRW", 2005.
- Beck, Marieluise, Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hg), Älterwerden in Deutschland. Fachtagung einer Informationsreihe für ältere Migranten, Berlin 2001.
- Chamberlain, Sigrid, Adolf Hitler, die deutsche Mutter und ihr erstes Kind. Über zwei NS-Erziehungsbücher, Gießen 1997.
- Grünberg, Kurt/ Straub, Jürgen (Hg.), Unverlierbare Zeit. Psychosoziale Spätfolgen des Nationalsozialismus bei Nachkommen von Opfern und Tätern. (Psychoanalytische Beiträge aus dem Sigmund Freud Institut, Bd. 6), Tübingen 2001.
- Heuft, Gereon/ Kruse, Andreas/ Radebold, Hartmut, Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie, München 2000.
- Haarer, Johanna, in: Chamberlain, Sigrid, Adolf Hitler, die deutsche Mutter und ihr erstes Kind. Über zwei NS-Erziehungsbücher, Gießen 1997.
- Hagemann-White, Carol und Bohne, Sabine, Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen Expertise für die Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“, Universität Osnabrück, Februar 2003.
- Koch-Wagner, Gesa, Gefühlserbschaften aus Kriegs- und Nazizeit. Mutter-Tochter-Beziehungen unter dem Einfluss von Kriegstraumen und NS-Ideologiefragmenten, Aachen 2001.
- Lasker-Wallfisch, Anita, Ihr sollt die Wahrheit erben. Die Cellistin von Auschwitz. Erinnerungen, Reinbek bei Hamburg, 7. Auflage, 2005.
- Lorenz, Hilke, Kriegskinder. Das Schicksal einer Generation, München 2003.
- Müller-Hohagen, Jürgen, Verleugnet, verdrängt, verschweigen. Seelische Nachwirkungen der NS-Zeit und Wege zu ihrer Überwindung. München 2005.
- Polian, Pavel, Skizzen zum Selbstbild. Erste Ergebnisse einer soziologischen Studie (Teil 2), in: „Partner“ Nr. 1, Dortmund 2007.
- Radebold, Hartmut (Hg.), Kindheit im Zweiten Weltkrieg und ihre Folgen, Gießen 2003.
- Reddemann, Luise, Psychodynamische Imaginative Traumatherapie: PITT – das Manual, Stuttgart 2004.

Rosenthal, Gabriele, Nachwirkungen der Nazi-Verbrechen bei den Nachkommen von Nazi-Tätern und bei Nachkommen von Überlebenden, www.qualitative-sozialforschung.de/rosenthal.htm, 2000.

Stadt Köln – Amt für Stadtentwicklung und Statistik/ Stand 31.12.05.

Trampenau, Bea/ Röschmann, Birgit, Werteverständnis und Kriterien von "Pflege andersrum", hamburg: www.lesbenverein-intervention.de.

Unterforsthuber, Andreas und Franz, Heike, "Unterm Regenbogen" – Lesben und Schwule in München. Ergebnisse einer Befragung durch die Landeshauptstadt München mit dem Schwerpunkt ältere Lesben und Schwule. Landeshauptstadt München, Koordinierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen, München 2004.

Autorenverzeichnis / AnsprechpartnerInnen

Angioni, Maristella und Rabe Rahman, Susanne

Caritasverband für die Stadt Köln e.V.
Fachdienst für Integration und Migration / Beratung
Bertramstr. 12-22, 51103 Köln
Tel. 0221 / 98577621
E-Mail: maristella.angioni@caritas-koeln.de
Internet: <http://www.caritas-koeln.de>

Bakalejnik, Alexander

Betreuung der russischsprachigen Migranten
Niebuhrstraße 50, 53113 Bonn
Tel. 0228 / 5400139
E-Mail: alexandre.bakaleinik@imail.de

Böhmer, Martina

respekt – Team für Beratung und Bildung in der Altenarbeit
Im Aehlemaar 5, 51467 Bergisch Gladbach
Tel. 02202 / 240 380
E-Mail: info@martinaboehmer.de
Internet: <http://www.martinaboehmer.de>

Brauckmann, Carolina

Netzwerk Lesbische ALTERnativen Köln
Rubensstraße 8-10, 50676 Köln
Tel. 0221 / 25899435
E-Mail: c.brauckmann@gmx.net
Internet: <http://www.rubicon-koeln.de>

Ellinger-Weber, Sybille

Gerontopsychiatrische Tagesklinik
Adamsstr. 12, 51063 Köln
Tel. 0221 / 60608515
E-Mail: Sybille.Ellinger-Weber@lvr.de

Harrer, Cornelia

Der Paritätische, Kreisgruppe Köln
Marsilstein 4-6, 50676 Köln
Tel. 0221 / 951542-29
E-Mail: harrer@paritaet-nrw.org
Internet: <http://www.koeln.paritaet-nrw.org>

Dr. Jüngst, Stefan

RUBICON-Beratungszentrum, Schwules Seniorenbüro NRW
Rubensstraße 8-10, 50676 Köln
Tel. 0221 / 2766999 44,
E-Mail: stefan.juengst@rubicon-koeln.de
Internet: <http://www.rubicon-koeln.de>

Merkwitz, Brigitte

respekt – Team für Beratung und Bildung in der Altenarbeit

Olsdorf 49, 53347 Alfter

Tel. 02222 / 65807

E-Mail: merkwitz-seminare@gmx.de

Internet: <http://www.brigitte-merkwitz.de>

Schlegel, Sonja

Bundesverband Information und Beratung für NS-Verfolgte e.V.

Holweider Str. 13-15, 51065 Köln

Tel. 0221 / 179294-13

E-Mail: schlegel@nsberatung.de

Internet: <http://www.nsberatung.de>

Zalucki, Michaela

Bundesverband Information und Beratung für NS-Verfolgte e.V.

Holweider Str. 13-15, 51065 Köln

Tel. 0221 / 179294-11

E-Mail: zalucki@nsberatung.de

Internet: <http://www.nsberatung.de>