



Institut für
Gerontologische
Forschung e.V.

Gesundheitsförderung älterer Migrant*innen durch Angebote im Sportverein

**Expertise im Auftrag des Deutschen Olympischen Sportbundes
(DOSB)**

Vorgelegt durch das
Institut für Gerontologische Forschung e.V.
Torstraße 178
10115 Berlin
Bearbeitet durch: Thorsten Stellmacher, Dr. Birgit Wolter
Berlin, den 30.11.2020

Inhalt

1	Einführung	4
2	Methodisches Vorgehen	6
3	Ältere Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland	8
3.1	Integration älterer Migrant*innen in Deutschland	10
3.2	Ältere Migrant*innen und Gesundheit	12
3.2.1	Gesundheitliche Lage älterer Migrant*innen.....	14
3.2.2	Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverständnis älterer Migrant*innen.....	15
3.2.3	Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Migrant*innen	17
3.2.4	Familie, Gender und das Setting „Kommune“ als Querschnittsthemen	23
4	Sport und Bewegung älterer Migrant*innen	27
4.1	Sport als Freizeitbeschäftigung älterer Menschen mit Migrationshintergrund.....	28
4.2	Integration von Migrant*innen durch Sport und Bewegung	29
4.3	Ältere Migrant*innen im organisierten Sport.....	31
4.4	Programme und Angebote von DOSB und LSB	33
5	Förderliche und hinderliche Einflussfaktoren auf die Zugänge zum und die Teilnahme am Vereinsport bei älteren Migrant*innen.....	36
5.1	Dimension „Individuum“: Persönliche Zugangsbarrieren und Zugangswege.....	36
5.1.1	Sprache und Bildung.....	36
5.1.2	Informiertheit	37
5.1.3	Finanzielle Ressourcen	38
5.1.4	Körper und Gesundheit	39
5.1.5	Werte und Einstellungen.....	41
5.2	Dimension „Soziokulturelles Umfeld“: soziale Barrieren und Zugangswege.....	42
5.2.1	Familie	42
5.2.2	Ethnische Gemeinschaften und Nachbarschaften	43
5.3	Dimension „Umwelt“: Barrieren und Zugangswege auf Quartiers- und Vereinsebene	44
5.3.1	Quartier	44
5.3.2	Verein	45
6	Ableitung von Handlungsempfehlungen für Zugangswege, Kooperationspartner und Angebote im Vereinsport für ältere Migrant*innen	49
6.1	Handlungsempfehlungen auf der individuellen Ebene	49
6.1.1	Sprachbarrieren überwinden	49
6.1.2	Sport als Element eines gesunden Alterns kommunizieren.....	50
6.1.3	Sportbeteiligung auch mit geringem Einkommen ermöglichen.....	50
6.2	Handlungsempfehlungen auf der soziokulturellen Ebene	51

6.2.1	Kultursensible, zielgruppengerechte Angebote entwickeln	51
6.2.2	Familien und ethnische Gemeinschaften „ins Boot holen“	51
6.3	Handlungsempfehlungen auf der Umweltebene.....	52
6.3.1	Öffnung in die Quartiere	52
6.3.2	Weiterentwicklung der Vereine	53
7	Gesundheitsförderung älterer Migrant*innen durch Angebote im Sportverein – Zusammenfassung und Fazit	54
8	Literaturverzeichnis.....	57

1 Einführung

Bewegung und Sport sind wichtige Elemente zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit älterer Menschen. Gesundheitsförderliche und körperliche Aktivitäten stärken das Wohlbefinden und die Lebensqualität, tragen zur Prävention von Krankheiten bei und können den Eintritt von Pflegebedürftigkeit hinauszögern (Dapp et al. 2018; Granacher et al. 2014; Foster und Baker 2012; Völker 2012). Gemeinsam mit anderen Menschen durchgeführt ermöglichen sie zudem die soziale Teilhabe und unterstützen den Aufbau und die Aufrechterhaltung von sozialen Beziehungen. Die Übernahme von Verantwortung bei der Umsetzung sportlicher (Vereins-)Aktivitäten führt zu einer Stärkung des zivilgesellschaftlichen Engagements und der Selbstwirksamkeit. Der Anteil jener Personen, die regelmäßig sportlich aktiv sind, nimmt mit zunehmendem Alter ab. Allerdings zeigt eine vergleichende Auswertung der Befragungsergebnisse des Deutschen Alterssurvey (DEAS) seit 1996, dass der Anteil der Personen, die einmal oder mehrmals in der Woche sportlich aktiv sind, kontinuierlich für alle Altersgruppen¹ ansteigt (Spuling et al. 2017).

Sportvereine bilden eine zentrale Rolle bei der Förderung des Sports in allen Bevölkerungsgruppen. Gemeinsam betriebener Sport kann Menschen über Bildungs-, Kultur- oder Statusgrenzen hinweg miteinander in Kontakt bringen und verbinden. Demzufolge wird dem Sport auch von politischer Seite großes Integrationspotenzial zugeschrieben. So heißt es im Koalitionsvertrag der Bundesregierung für die 19. Legislaturperiode: *„Wir wissen um die überragende Bedeutung des Sports gerade für die Integration, die Inklusion und den sozialen Zusammenhalt in der Gesellschaft. Der Sport erhält aufgrund seiner gesellschaftlichen Kraft auch in Zukunft unsere Unterstützung, sowohl im Breiten- wie auch im Leistungssport.“* (CDU et al. 2018, S. 136).

Bereits 1989 wurde, zunächst in vier Bundesländern, das Programm „Sport für alle - Sport mit Aussiedlern“ aufgelegt, das sich seit 2001 als Programm „Integration durch Sport“ an alle Menschen mit Migrationshintergrund richtet (Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) 2010). Angesichts des wachsenden Anteils älterer Menschen mit Migrationshintergrund, rückt diese Teilgruppe zunehmend in den Fokus von Integrations- und Sportangeboten. Die große Heterogenität innerhalb der älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund erfordert eine differenzierte Betrachtung.

Die vorliegende Expertise nimmt die gesundheitliche Lage und die Sportbeteiligung älterer Menschen mit Migrationshintergrund sowie deren Zugangswege und Zugangsbarrieren zu Angeboten des Vereinssports in den Blick. Das Ziel der Expertise besteht darin, bedarfsgerechte Ansätze für gesundheitsbezogene Sport- und Bewegungsangebote darzustellen und Handlungsempfehlungen für eine Öffnung des Vereinssports für ältere Menschen mit Migrationshintergrund abzuleiten. Zu diesem Zweck wurden aktuelle, deutschsprachige Fachpublikationen zum Thema recherchiert und ausgewertet sowie zusätzlich fünf Hintergrundgespräche mit Expert*innen geführt. Im Zentrum der Expertise stehen Menschen mit Migrationshintergrund² der Altersgruppe 65 Jahre und älter. Da Migrant*innen oft bereits vor dem offiziellen Renteneintrittsalter von chronischen und/oder altersbedingten Erkrankungen betroffen sind und vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden, bildet diese Altersgrenze allerdings im Weiteren nur einen Richtwert.

¹ In der Auswertung wurden Altersgruppen in Fünf-Jahres-Schritten zwischen einem Alter von 43 und 83 Jahren unterschieden, ohne nach Migrationshintergrund zu unterscheiden.

² Die Definition für „Migrationshintergrund“ folgt der des Statistischen Bundesamts, wonach bei einer Person von Migrationshintergrund gesprochen wird, *„wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist.“* Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020, S. 19.

Nach einer Einführung in das methodische Vorgehen (Kapitel zwei) wird in Kapitel drei zunächst ein allgemeiner Überblick über die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der Integration älterer Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland gegeben. In den anschließenden Abschnitten werden Ergebnisse aus wissenschaftlichen Studien und Datenerhebungen zur Integration und gesundheitlichen Lage dieser Bevölkerungsgruppe unter Beachtung unterschiedlicher Einfluss- und Risikofaktoren sowie verschiedene Dimensionen ihrer Gesundheitsförderung vorgestellt. Das Kapitel vier fokussiert auf das Thema „Bewegung und Sport“ als Freizeitaktivität sowie im Hinblick auf Potenziale für Gesundheitsförderung und Integration, beschreibt vereinsbezogene, sportliche Aktivitäten von älteren Menschen mit Migrationshintergrund und liefert einen kurzen Überblick über Programme und Projekte des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB) und der Landessportbünde in diesem Handlungsfeld. Kapitel fünf diskutiert Zugangsbarrieren und Zugangswege älterer Migrant*innen zu Gesundheitsangeboten und zum Vereinssport. In Kapitel sechs werden Handlungsempfehlungen für die Gestaltung von Sportangeboten für ältere Menschen mit Migrationshintergrund abgeleitet und Kapitel sieben schließt die Expertise mit einer Zusammenfassung und einem Fazit ab.

2 Methodisches Vorgehen

Die hier vorliegende Expertise wurde zwischen Juni und November 2020 auf Basis einer Literaturrecherche und von fünf leitfadengestützten Hintergrundgesprächen erarbeitet. Für die Literaturstudie wurden wissenschaftliche Veröffentlichungen zu den Themen „Gesundheitsförderung und Gesundheitsverständnis älterer Migrant*innen“, „Integration von älteren Migrant*innen durch Bewegung und Sport“ und „Zugangswege zu älteren Migrant*innen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention“ recherchiert und ausgewertet. Berücksichtigt wurden ausschließlich Veröffentlichungen in deutscher Sprache, die bevorzugt nach 2010 veröffentlicht worden sind und zu abgeschlossenen Studien berichten. Die Literaturrecherche wurde in Form eines „Rapid Review“ durchgeführt (Grant und Booth 2009 nach Bayer et al. 2019), um mit einer zeitnahen Wissenssynthese einen Überblick über die wissenschaftliche Literatur zu den ausgewählten Themen zu erhalten. Dabei wurden folgende Datenbanken und Zugänge genutzt:

- LIVIVO
- SOWIPORT
- OPAC der Humboldt-Universität Berlin und Freien Universität Berlin
- GeroLit
- Sowie Verzeichnisse von Journalen, u. a. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Public Health Forum, Bundesgesundheitsblatt, Das Gesundheitswesen

In der Recherche wurden als Schlagworte und Schlagwortkombinationen verwendet:

- Alter/Alt
- Migranten/Ausländer/Einwanderer/Flüchtling

AND

- Bewegung
- Freizeit
- Gesundheitsverständnis
- Gesundheitsförderung
- Integration
- Pflege
- Prävention
- Rehabilitation
- Sport
- Sportverein

Die auf diesem Wege erfasste Literatur wurde in Hinblick auf die übergeordneten Themen sowie unter Berücksichtigung der Querschnittsthemen „Gender“, „Familie“, „Integration“, „Setting Kommune“ und „Alter“ ausgewertet und zusammengefasst.

Um weitere Perspektiven zum Thema „Gesundheitsförderung älterer Migrant*innen durch Angebote im Sportverein“ zu gewinnen wurden zusätzlich fünf Hintergrundgespräche mit Expert*innen geführt, die beruflich oder ehrenamtlich im Bereich „Ältere Migrant*innen und Sport“ tätig sind:

- ein Vertreter eines Landessportbundes,
- eine Übungsleiterin eines Sportvereines,
- eine Mitarbeiterin eines Trägers der Freien Wohlfahrtspflege,
- ein ehrenamtlicher Übungsleiter eines Nachbarschaftszentrums und

- eine ehrenamtlich Engagierte einer Migrantenorganisation.

Die Expert*innen wurden über bereits bestehende Kontakte, durch Vermittlung des DOSB und auf der Basis von Internetrecherchen zu sportbezogenen Angeboten, die sich an ältere Migrant*innen richten, ausgewählt und sind zu ihren Erfahrungen mit Sport- und Bewegungsangeboten für ältere Migrant*innen interviewt worden. Die zwei ehrenamtlich engagierten Expert*innen blickten auf eine eigene Migrationsgeschichte zurück und gehörten der Altersgruppe „65 Jahre und älter“ an.

Die Gespräche erfolgten telefonisch, wurden während des Telefonats digital aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. Die verschriftlichten Gespräche wurden im Hinblick auf die Untersuchungsschwerpunkte und Querschnittsthemen in Anlehnung an Mayring (2008) inhaltsanalytisch mit Hilfe der Software MAXQDA ausgewertet und für diese Expertise zusammengefasst.

3 Ältere Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland

Die deutsche Gesellschaft ist durch eine zunehmende Vielfalt von Lebenswelten, sozialen Milieus, Lebensstilen, Werten und Einstellungen charakterisiert (vgl. u. a. Flaig und Barth 2017, S. 10 f.; Schäfers 2016, S. 156 ff.). Hierzu trägt auch die wachsende Zahl derjenigen Menschen bei, in deren Biografie oder Herkunftsfamilie Migration eine Rolle spielt (Barth et al. 2017). Bezogen auf die Gesamtbevölkerung macht der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund gegenwärtig 26,0 % aus (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020).

Kontinuierlich steigt auch die Anzahl von älteren Menschen mit Migrationshintergrund, die am Ende ihrer Erwerbsarbeitsphase stehen oder sich schon im Rentenalter befinden. Im Jahr 2019 betrug ihr Anteil in der Altersgruppe „55 bis unter 65 Jahre“ bereits rund 17 % und in der Altersgruppe „65 bis unter 75 Jahre“ waren es etwa 15 % (vgl. Tab. 1). In den höheren Altersgruppen waren diese Anteile mit rund 9 % noch deutlich geringer. Perspektivisch wird angesichts einer steigenden Zahl von jüngeren Menschen mit Migrationshintergrund allerdings davon ausgegangen, dass der Anteil von Migrant*innen auch in den höheren Altersgruppen in den kommenden Jahren weiter anwachsen wird (Kökgiran und Kökgiran 2014, 283 mit Verweis auf Schimany/Baykara-Krumme 2012).

Alter	Bevölkerung insg. in 1.000	mit Migrationshintergrund in 1.000 und % der Altersgruppe
55 bis < 65	12.257	2.128 (17 %)
65 bis < 75	8.382	1.259 (15 %)
75 bis < 85	6.909	648 (9 %)
85 bis < 95	1.760	156 (9 %)
95 und mehr	94	8 (9 %)

Tab. 1 Bevölkerung in Privathaushalten nach Migrationshintergrund und Alter, 2019, Mikrozensus, eigene Darstellung (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020)

Der überwiegende Teil der heute in Deutschland lebenden älteren Menschen (65 Jahre und älter) mit Migrationshintergrund, nämlich rund 97 %, wurde nicht in Deutschland geboren (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020; Hahn 2018). Viele ältere Migrant*innen blicken auf emotional stark belastende Einwanderungsgeschichten und -erfahrungen zurück. Einen Teil ihres Lebens haben sie im ursprünglichen Herkunftsland verbracht und sind mit der dortigen Sprache und Kultur aufgewachsen und vertraut. Die Gründe ihrer Migration nach Deutschland sind vielfältig und nicht immer klar voneinander abgrenzbar. Zentrale Motive sind humanitäre und ökonomische Notlagen sowie soziale Beweggründe etwa bei der Familienzusammenführung (vgl. u. a. Heckmann 2015, S. 51 ff.).

Wesentliche Anlässe für die Einwanderung heute älterer Migrant*innen nach Deutschland waren die Übersiedlung als (Spät-)Aussiedler*innen seit den 1950er und besonders intensiv in den 1990er Jahren und die Anwerbeabkommen der BRD oder DDR zur Zuwanderung von Arbeitskräften ab den 1950er bis in die 1970er Jahre (sogenannte Gast- oder Vertragsarbeiter*innen, die als junge Menschen meist ohne ihre Familien in die beiden deutschen Staaten kamen). Auch die ab dem Ende der 1970er Jahre einsetzende Zusammenführung von Familien, die ab den 1980er Jahren zunehmende humanitäre Aufnahme von politisch Verfolgten und Geflüchteten aus Bürgerkriegsgebieten sowie die seit 2005 innerhalb der Europäischen Union geltende Freizügigkeitsregelung prägten die Migration nach Deutschland. Schließlich führte die seit den 2000er Jahren betriebene Anwerbung von zumeist gut

ausgebildeten Fachkräften und Akademiker*innen aus Nicht-EU-Staaten im Kontext sich verändernder Markt- und Beschäftigungsbedingungen der globalen Arbeits- und Wissensgesellschaft zu einer verstärkten Zuwanderung (vgl. zu diesem Absatz u. a. Heckmann 2015, S. 35 ff.).

Die größten Anteile an älteren Menschen mit Migrationshintergrund stellen gegenwärtig die aus Polen³, der Türkei, der Russischen Föderation, Kasachstan und Italien stammenden Zugewanderten (vgl. Tab. 2). In jenen Bevölkerungsgruppen, die aus Polen, der Russischen Föderation und Kasachstan stammen, steigt, wie auch im bundesdeutschen Durchschnitt, der weibliche Anteil an der Bevölkerung mit zunehmendem Alter. Im Gegensatz dazu ist der Anteil von Frauen an der Bevölkerung, die aus der Türkei oder Italien stammt, in allen höheren Altersgruppen niedriger als jener der Männer. Eine Ursache ist vermutlich, dass im Zuge der Anwerbeabkommen bevorzugt Männer zuwanderten (u. a. aus Italien und der Türkei), während die Zuwanderung im Rahmen der Aussiedelung (u. a. aus Polen, der Russischen Föderation und Kasachstan) häufig im Familienverbund erfolgte.

Alter	Herkunftsländer				
	Polen	Türkei	Russ. Föderation	Kasachstan	Italien
55 bis < 60	184 (97)	158 (67)	98 (55)	102 (53)	71 (28)
60 bis < 65	171 (91)	91 (40)	112 (62)	94 (49)	56 (20)
65 bis < 70	113 (60)	73 (48)	94 (53)	57 (32)	49 (16)
70 bis < 75	56 (32)	68 (38)	38 (22)	22 (12)	31 (10)
75 bis < 80	64 (36)	51 (24)	33 (20)	11 (7)	20 (5)
80 bis < 85	49 (30)	22 (9)	40 (25)	10 (7)	12 (/)
85 bis < 90	25 (15)	7 (/)	15 (9)	/ (/)	6 (/)
90 und älter	8 (/)	/ (/)	7 (/)	/ (/)	/ (/)

Tab. 2: Bevölkerung in Privathaushalten mit Migrationshintergrund nach häufigsten Herkunftsländern, Alter und Geschlecht (in Klammern: weiblich), in 1.000, 2019, Mikrozensus, eigene Darstellung. / (/) = unter 5.000 (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020)

Mit Blick auf die einzelnen Bundesländer stellen sich die Anteile der älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund höchst unterschiedlich dar. Insbesondere in den ostdeutschen Bundesländern ist ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung eher gering. Während in Thüringen nur 1,9 % der über 65-Jährigen einen Migrationshintergrund haben, ist es in Baden-Württemberg nahezu ein Fünftel der älteren Menschen. Gemessen an ihrer Anzahl ist die Gruppe der Älteren mit Migrationshintergrund in Nordrhein-Westfalen mit 550.000 Personen am höchsten und in Thüringen mit 10.000 Personen am geringsten (vgl. Tab. 3).

³ Zwischen 1949 und 1990 wanderten aus Polen überwiegend Aussiedler*innen nach Westdeutschland ein. In den 1980er Jahren kamen außerdem politische Flüchtlinge und Asylsuchende hinzu. Seit der Wiedervereinigung gelten für polnische Staatsbürger*innen Visumsfreiheit und erleichterte Möglichkeiten der Arbeitsaufnahme. (vgl. <https://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/256398/polnische-diaspora> [letzter Zugriff: 15.11.2020])

Bundesland	Bevölkerung 65 + mit Migrationshintergrund
Baden-Württemberg	391 (18,2 %)
Hamburg	56 (17,1 %)
Hessen	204 (16,6 %)
Nordrhein-Westfalen	550 (15,3 %)
Bremen	20 (14,6 %)
Berlin	92 (13,6 %)
Bayern	345 (13,4 %)
Rheinland-Pfalz	98 (11,7 %)
Saarland	23 (10,1 %)
Niedersachsen	164 (9,9 %)
Schleswig-Holstein	41 (6,3 %)
Brandenburg	20 (3,4 %)
Mecklenburg-Vorpommern	13 (3,4 %)
Sachsen-Anhalt	16 (2,8 %)
Sachsen	26 (2,5 %)
Thüringen	10 (1,9 %)

Tab. 3: Bevölkerung in Privathaushalten mit Migrationshintergrund nach Bundesländern, Alter 65 Jahre und älter, in 1.000 (Anteil an Altersgruppe), 2019, Mikrozensus, eigene Darstellung (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020)

3.1 Integration älterer Migrant*innen in Deutschland

Nachhaltig prägend für die Lebenslage älterer Migrant*innen in Deutschland wie auch für ihre Aufstiegs- und Integrationschancen waren die jeweilige Migrationsgeschichte, das Herkunftsland und die Aufnahmebedingungen. Die Belastungen, denen sie im Zuge des Migrationsprozesses ausgesetzt waren, sind häufig langfristig und bis in die nächsten Generationen hinein wirksam (Kluge et al. 2019).

Bereits zu Beginn ihres Aufenthalts sind Einwander*innen mit unterschiedlichen rechtlichen Bedingungen konfrontiert und vor lebenspraktische Herausforderungen gestellt (Heckmann 2015, S. 21), die sich langfristig auf ihre Lebenslage in Deutschland auswirken. Dazu zählen die Klärung ihrer Rechte und Pflichten, genauso wie die Befriedigung von Grundbedürfnissen wie Wohnen, Einkommen, Arbeit, Bildung und Gesundheit (ebd.). Der Umgang mit und die Bewältigung von diesen Herausforderungen prägt den Prozess ihrer sozialen Integration und verlangt ihnen erhebliche kognitive, kulturelle und einstellungsbezogene Anpassungsleistungen und Veränderungen ab (ebd., S. 159). Eine gelingende Integration erfordert entsprechende Voraussetzungen sowohl seitens des Aufnahmelandes als bei den Migrant*innen. Defizite auf der einen Seite müssen bzw. können teilweise durch den Einsatz zusätzlicher Leistungen auf der anderen Seite kompensiert werden. Dabei ist der Prozess der Integration durch ungleiche Möglichkeiten der Gestaltung gekennzeichnet, „da die Mehrheitsbevölkerung die kulturellen und politischen Ressourcen kontrolliert und die Migranten etablierte und legitimierte Verhältnisse und Interessenstrukturen vorfinden“ (ebd.).

Heckmann (2015, S. 71; mit Verweis auf Esser 2000, S. 272 ff.) unterscheidet vier systembezogene Grundprozesse der Integration von Migrant*innen in Deutschland: *Kulturation*, *Platzierung*, *Interaktion* und *Identifikation*.

Kulturation stellt die Aneignung von Wissen, kulturellen Standards und Kompetenzen, wie etwa Sprache, Normen, Werte, Regeln oder Umgangsformen dar und ist Voraussetzung für das Handeln der Einzelnen innerhalb der Gesellschaft (ebd.). Darüber gelingt eine *Platzierung*, d. h. das Besetzen von gesellschaftlich relevanten Positionen innerhalb der Gesellschaft etwa im Bildungssystem, auf dem Arbeitsmarkt, in der Politik oder im Kulturbereich. Für das soziale Handeln ist wiederum die wechselseitige *Interaktion* bei der Bildung von Beziehungen und in sozialen Zusammenhängen und Netzwerken kennzeichnend. Die *Identifikation* mit der Gesellschaft ist ein Kennzeichen dafür, wie sehr sich die Einzelnen als deren Mitglieder empfinden.

Je nach Migrationshintergrund können sich erhebliche Unterschiede bei diesen Grundprozessen zeigen. So bestand bspw. in Bezug auf die Arbeitsmigrant*innen von politischer Seite und vielfach auch seitens der Migrant*innen selber über lange Zeit die Vorstellung, dass sie spätestens nach dem Eintritt in den Ruhestand in ihre Herkunftsländer (bspw. Türkei, Italien, in Ostdeutschland auch Vietnam) zurückkehren würden (Hahn 2018). Vor diesem Hintergrund wurden ihnen kaum gezielte Integrationsmaßnahmen angeboten. Die Tätigkeitsbereiche, in denen sie eingesetzt wurden, erforderten zumeist keine besonderen Qualifikationen, so dass viele der Arbeitsmigrant*innen als gering Qualifizierte mit niedrigen Bildungsabschlüssen nach Deutschland kamen und an Fortbildungsmaßnahmen wenig Bedarf bestand. Bei manchen älteren Arbeitsmigrant*innen stellen geringe deutsche Sprachkenntnisse oder teilweise Analphabetismus ein großes Hemmnis für die *Kulturation* dar (ebd.), wodurch ihre *Platzierung* innerhalb der Gesellschaft und damit ihr Zugriff auf an gesellschaftliche Positionen geknüpfte Rechte und Ressourcen häufig auf einem niedrigen Niveau verblieb. Ähnliches gilt auch in Bezug auf Geflüchtete, deren Integration meist kaum gefördert wurde. Ihr Aufenthalt war oft durch lange und verunsichernde Asylverfahren, komplizierte Familienzusammenführungen und einschränkende rechtliche Rahmenbedingungen gekennzeichnet. Ihre Flucht vor Krieg und Gewalt verlief zumeist nicht geplant und organisiert, sondern spontan, chaotisch und unter Aufgabe ihres Besitzes.

Anders gestaltete sich der Prozess der *Kulturation* dagegen bspw. bei älteren (Spät-)Aussiedler*innen. Sie kamen häufig im Familienverband und zumeist von Beginn an mit der Absicht in Deutschland zu bleiben und sich beruflich und gesellschaftlich zu etablieren. Teilweise hatten die älteren von ihnen die deutsche Sprache in ihrer Kindheit erlernt oder zumindest gehört bzw. konnten durch ein im Herkunftsland gepflegtes „Deutschtum“ kulturell leichter anknüpfen. Zumeist bestand bei den (Spät-)Aussiedler*innen auch ein deutlich höheres Bildungsniveau und ein ungehinderter Zugang zum Arbeitsmarkt, womit ihnen zumindest formal zunächst bessere Möglichkeiten der gesellschaftlichen *Platzierung* bspw. im Bildungssystem und in der Arbeitswelt offen standen.

Die Integration der heute älteren Migrant*innen ist auch von den sich ihnen bietenden Möglichkeiten zur sozialen *Interaktion*, dem Knüpfen von Beziehungen zu Menschen außerhalb der eigenen Gruppe und ihrem Zugang zu sozialen Netzwerken innerhalb der Gesellschaft beeinflusst. In dieser Hinsicht stellen bspw. Migrantenorganisationen und religiöse Gemeinschaften für viele ältere Migrant*innen bis heute eine wichtige Schnittstelle und Brücke zur deutschen Gesellschaft dar (Duscha 2019). Die soziale *Interaktion* bestand teilweise über Kontakte zu Kolleg*innen in den Betrieben. Mit dem Ausstieg aus dem Berufsleben endeten diese Beziehungen oftmals und private soziale Netzwerke, häufig innerhalb der ethnischen Gemeinschaften, rückten in den Vordergrund (Schopf und Naegele 2005, S. 389). In einem Überblicksartikel beschreiben Kökgiran und Kökgiran (2014) unter Verweis auf Olbermann und Dietzel-Papakyriakou (1995) den ethnischen Rückzug älterer Migrant*innen, der zu einer stärkeren Hinwendung auf ihre Familien führen kann. Dadurch kann die *Identifikation* mit der

deutschen Gesellschaft abnehmen und im Alter bilden sich teilweise „*ethnische Enklaven, in denen durch Rekurs auf Traditionen und Religiosität der Altersstatus reklamiert wird*“ (Kökگیرan und Kökگیرan 2014, S. 289). In diesem Zusammenhang weisen die Autor*innen darauf hin, dass ein solcher Rückzug aber auch die Möglichkeit der „*interpersonellen Bündelung von Ressourcen*“ (Kökگیرan und Kökگیرan 2014, S. 289) bietet.

Die Frage, wie sich die Integrationsprozesse der in Deutschland alt gewordenen Einwander*innen insgesamt gestalteten, kann rückblickend zumindest auf der Grundlage von repräsentativen Daten nur schwer beantwortet werden. Viele hierzu erforderliche Informationen zur Lebens- und Versorgungssituation von Migrant*innen sind in der Vergangenheit nicht differenziert genug bzw. nur unzureichend erhoben worden (Habermann und Stagge 2015). Konstatiert wird aber, dass sich von Seiten der deutschen Gesellschaft „*durch ethnische Segregation bis hin zur unverkennbaren Benachteiligung von Einwandererkindern in der schulischen Ausbildung und bei der Chancenzuteilung auf den beruflich-sozialen Lebenswegen [und] auf Seiten der Zuwandererbevolkerung [...] in prekären Einwanderermilieus entmutigte, verlangsamte bzw. stecken gebliebene Integrationsprozesse*“ (Bade 2007) zeigen. Dieser Befund erstaunt nicht, wenn man bedenkt, dass die integrations- und sozialpolitische Verantwortung in Deutschland lange Zeit kaum wahrgenommen wurde und erst seit den 1990er Jahren mit einer „*nachholenden Integrationspolitik*“ Schritte in diese Richtung eingeleitet worden sind (Bade 2007). Dementsprechend unbefriedigend stellt sich heute die Integrationsbilanz vieler in Deutschland alt gewordener Migrant*innen dar.

Bereits diese stark zusammenfassende Darstellung unterschiedlicher Migrations- und Integrationsbedingungen vermittelt einen Eindruck von der Heterogenität der Lebenslagen älterer Menschen mit Migrationshintergrund. Je nach Herkunftsland, Zuwanderungsgeschichte, Wohnort, aber auch Alter, Gesundheit, Geschlecht, Bildung und Einkommen, boten und bieten sich ihnen unterschiedliche Lebens- und Selbstverwirklichungschancen. Aus der Wechselwirkung und Komplexität dieser Faktoren können vielschichtige Formen sozialer Ungleichheit und Diskriminierung resultieren und zu Unterschieden in der Integration und zur Marginalisierung älterer Migrant*innen in Deutschland beitragen. Eine solche Marginalisierung schlägt sich in einer verbreiteten Wahrnehmung älterer Menschen mit Migrationshintergrund als eine „*schwer*“ oder „*unerreichbar*“ (Fröba 2014) geltende Bevölkerungsgruppe nieder, „*deren gesellschaftliche Teilhabechancen begrenzt sind und die von kommunaler Sozialplanung und sozialräumlicher Altenhilfe nur bedingt mitgedacht wird*“ (Hahn 2018).

3.2 Ältere Migrant*innen und Gesundheit

Im Hinblick auf die Gesundheit stellt sich „das“ Alter als unscharfe und heterogene Kategorie dar. Von größerer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang meist der Prozess des Alterns, weniger ein genau abgrenzbarer Lebensabschnitt (vgl. u. a. Wiegel und Bergmann 2020; Robert Koch Institut 2017). Alternsprozesse lassen sich auf unterschiedlichen Ebenen (körperlich, sozial, psychisch) beobachten. Sie verlaufen nicht abrupt, sondern zumeist sukzessive und allmählich. Ohne durch kalendarische Altersgrenzen klar voneinander abgrenzbar zu sein, können im Alter eine dritte und vierte Lebensphase voneinander unterschieden werden. Die dritte Lebensphase wird dabei zumeist auf die Zeit zwischen dem Ausstieg aus der Erwerbstätigkeit und dem Beginn der Hochaltrigkeit bezogen (vgl. dazu u. a. Falk et al. 2019), wobei davon ausgegangen wird, dass diese durch einen Zugewinn an verfügbarer Zeit bei zumeist noch relativ guter Gesundheit gekennzeichnet sei („Junge Alte“). Allerdings verengen sich nach

dem Eintritt in das Rentenalter häufig die finanziellen Spielräume, da die Rente nur einen Teil des bisherigen Einkommens umfasst (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung 2015, S. 42 ff.), und die Anzahl vertrauter sozialer Kontakte nimmt teilweise ab (Huxhold und Engstler 2019). Die vierte Lebensphase („Die Hochaltrigen“, vgl. dazu u. a. Amrhein et al. 2015) steht für den letzten Lebensabschnitt, der vielfach als von Gebrechlichkeit, Pflegebedürftigkeit und Verletzlichkeit geprägt konzeptualisiert wird. Diese Perspektive erschwert die soziale und gesellschaftliche Teilhabe Hochaltriger neben subjektiven Faktoren wie gesundheitlichen Beeinträchtigungen zusätzlich und kann dazu führen, dass sie zunehmend aus dem Alltagsgeschehen verdrängt werden und im öffentlichen Leben nicht mehr präsent sind.

Altern und die Gesundheit im Alter zeigen sich nicht nur als biologisches Phänomen individueller physiologischer und psychologischer Veränderungen (Pohlmann 2016, S. 16), sondern sind in erheblichem Maße auch durch äußere Rahmenbedingungen und Faktoren beeinflusst (Kruse 2018, S. 114). Der Sechste Altenbericht verweist bezüglich der Alters- und Alternsprobleme älterer Menschen mit Migrationshintergrund auf die „Double-Jeopardy-These“ nach Dowd und Bengston (1978), die eine kumulative Diskriminierung durch sowohl ethnische als auch altersbezogene Exklusionen beschreibt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010, S. 55). Dabei können Gesundheitsrisiken auch auf Restriktionen in der individuellen Ausstattung mit Ressourcen unterschiedlicher Art, wie sozialem, ökonomischem und kulturellem Kapital, zurückgeführt werden (Bourdieu 1997): Mangelt es an sozialem Kapital als Quelle für emotionalen Austausch, relevante Informationen und praktische Unterstützung, sind Einsamkeit, fehlende Anregung und Einschränkungen der sozialen Teilhabe die Folge. Fehlt es an ökonomischem Kapital für eine gesunde Alltagsgestaltung (Ernährung, Kleidung, Wohnungsanpassung) kann sich dies langfristig negativ auf den Gesundheitszustand auswirken. Kulturelles Kapital ist schließlich die Voraussetzung, um sich Wissen über gesundheitliche Zusammenhänge und gesundheitsförderliches Verhalten aneignen zu können und beeinflusst die grundsätzliche Wertschätzung Wissen gegenüber. Ohne dieses Wissen können gesundheitsbezogene Informationen weder als relevant erkannt noch angemessen genutzt werden.

Sowohl in Hinblick auf die Morbidität als auch die Mortalität zeigen sich deutliche Unterschiede in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status (vgl. u. a. Wiegel und Bergmann 2020, S. 41 ff.; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2016, S. 54 ff.). Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status sind stärker von chronischen Erkrankungen betroffen und haben im Durchschnitt eine geringere Lebenserwartung (Lampert et al. 2019; Lampert et al. 2016). Zudem sind sie eher belastenden Umweltbedingungen ausgesetzt, die ihre Gesundheit zusätzlich beeinträchtigen. Dazu zählen beispielsweise unzureichende Wohnverhältnisse, Umweltemissionen oder problematische Nachbarschaften (Hornberg und Pauli 2012). Ältere Menschen mit Migrationshintergrund sind von diesen benachteiligenden Faktoren im besonderen Maße betroffen und der Zusammenhang mit ihrer insgesamt höheren Morbidität gilt als belegt (vgl. hierzu im Überblick Klaus und Baykara-Krumme 2017).

Im Sinne der Ottawa-Charta der World Health Organization (WHO)⁴ dient Gesundheitsförderung dazu, solchen Faktoren entgegenzuwirken und soll unabhängig von Alter und Herkunft *„allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit [...] ermöglichen und sie damit zur Stärkung*

⁴ Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986):

https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [letzter Zugriff: 30.10.2020]

ihrer Gesundheit [...] befähigen. [...] Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten." Die Lebens-, Freizeit- und Arbeitsbedingungen beeinflussen die Gesundheit. Gesundheitsförderung und Prävention mit dem Ziel, die Wahrscheinlichkeit des Eintritts von chronischen Erkrankungen oder Pflegebedürftigkeit zu mindern bzw. hinauszuschieben, müssen daher auf der Ebene der Verhältnisse und des Verhaltens ansetzen.

3.2.1 Gesundheitliche Lage älterer Migrant*innen

Menschen mit Migrationshintergrund leiden in Deutschland grundsätzlich unter den gleichen Gesundheitsproblemen wie Menschen ohne Migrationshintergrund (Frank et al. 2017). Mit zunehmendem Alter sind sie ebenso von gesundheitlichen Einschränkungen, (chronischen) Erkrankungen oder Pflegebedürftigkeit betroffen wie die Gesamtbevölkerung. Allerdings treten altersbedingte Krankheiten und Pflegebedarf bei ihnen häufig früher auf und gesundheitliche Einschränkungen werden in einem größeren Maße als bei gleichaltrigen Menschen ohne Migrationshintergrund festgestellt. So berichteten ältere Migrant*innen nach einer gemeinsamen Auswertung von Daten der Deutschen Alterssurveys von 2008 und 2014 (Klaus und Baykara-Krumme 2017) deutlich häufiger von funktionalen Einschränkungen oder depressiven Symptomen. Bei der Einschätzung ihrer gesundheitlichen Lage zeigen sich Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen von älteren Migrant*innen. Die Zugewanderten, die aus westlichen und EU-Ländern stammten, wiesen ähnliche Werte wie Personen ohne Migrationshintergrund auf, während der schlechteste Gesundheitsstatus bei Arbeitsmigrant*innen verzeichnet wurde (ebd.). Ebenfalls im Rahmen von Befragungen zum Deutschen Alterssurvey (DEAS) berichteten bspw. 28 % der Arbeitsmigrant*innen aus der ersten Generation von fünf oder mehr Krankheiten (Nowossadeck et al. 2017, S. 33). Bei der Gruppe der (Spät)Aussiedler*innen und bei anderen Migrant*innen der ersten Generation traf dies nur auf 13 % bzw. 12 % der Befragten zu (ebd.). Für alle befragten Gruppen zeigte sich, dass Männer einen schlechteren Gesundheitszustand aufwiesen und ihr Gesundheitsverhalten ungünstiger war als der Frauen (Klaus und Baykara-Krumme 2017).

Mit Blick auf einzelne Erkrankungen sind die Prävalenzraten für Migrant*innen unter anderem bei Erkrankungen des Haltungs- und Bewegungsapparats und des Herz-Kreislaufsystems, bei Diabetes, chronischen Erkrankungen der Atemwege und bei Adipositas höher als bei Menschen ohne Migrationshintergrund (Clasen et al. 2013; Broska und Razum 2012; Kofahl et al. 2012) und auch die subjektive Gesundheit wird von ihnen im Durchschnitt schlechter bewertet (Olbermann 2012). Ulusoy und Gläser (2010) weisen auf die Verbreitung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen unter der türkeistämmigen weiblichen Bevölkerung hin. Horn & Schaeffer (2013) beschreiben, u. a. unter Verweis auf Knipper und Bilgin (2009), dass Migrant*innen aus der ehemaligen Sowjetunion oder ihren Nachfolgestaaten oft unter Beschwerden, wie Kopfschmerzen, Schwächegefühl, Erschöpfungszuständen oder Gliederschmerzen, litten, die als somatische Reaktionen auf den Migrationsprozess interpretiert werden könnten.

Zur Erklärung der gesundheitlichen Lage von Migrant*innen erörtert Stenzel (2016) unterschiedliche Ansätze und Modelle. Dabei hebt sie unter anderem Effekte des Migrationsprozesses, strukturelle Gesichtspunkte in Bezug auf die Lebensverhältnisse und lebenslauforientierte Aspekte als Einflussfaktoren auf die gesundheitliche Lage hervor. Horn und Schaeffer (2013, unter Bezug auf Spallek & Razum 2007 und 2008) beschreiben ebenfalls den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Migrationsprozess und unterscheiden hierbei zwischen den Bedingungen des Herkunftslandes

(andere/unzureichende Ernährung, schlechtere Gesundheitsversorgung, Gewalt, Krieg, Folter oder höhere Prävalenzen spezifischer Infektionskrankheiten), während des Migrationsprozesses (psychosoziale Belastungen/Stress, Hunger, Gewalt, Rassismus, Trennung von der Familie) und im Zielland (Fremdheitsgefühl, Trennung von der Familie, Rassismus, Sprach- bzw. Verständigungsprobleme, niedriger sozioökonomischer Status).

Zusätzlich beeinflusst der aufenthaltsrechtliche Status die gesundheitliche Lage von Migrant*innen, die einen mehr oder weniger reglementierten Zugang zum deutschen Gesundheitssystem und zu Gesundheitsdienstleistungen erhalten. Migrant*innen mit deutscher Staatsangehörigkeit, Bürger*innen aus EU-Staaten, die sich nach den Freizügigkeitsregelungen in Deutschland aufhalten, und Migrant*innen mit Niederlassungs- und Arbeitserlaubnis haben entsprechend ihres Versicherungsstatus Zugriff auf Leistungen der Krankenkassen. Asylsuchende können hingegen nur eine medizinische Grundleistung in Anspruch nehmen, für deren Bewilligung häufig die (medizinisch nicht qualifizierten) Sozialämter zuständig sind. Schouler-Ocak und Kurmeyer (2017) weisen in diesem Zusammenhang auf die erheblichen Probleme bei der Gesundheitsversorgung von Geduldeten und Asylsuchenden hin. Noch weitaus kritischer stellt sich in struktureller Hinsicht die Versorgungssituation für Menschen dar, die ohne gültigen Aufenthaltstitel in Deutschland leben. Sie haben unter den Bedingungen des anonymen Aufenthaltes nur einen stark eingeschränkten Zugriff auf medizinische Notfall-Leistungen und damit bestehen für sie erhebliche gesundheitliche Risiken (Mylius et al. 2019). Vergleichbaren Problemen sind vermutlich auch unzureichend krankenversicherte, auf niedrigem Niveau selbständig tätige Migrant*innen ausgesetzt.

Neben den Zugangsvoraussetzungen zum deutschen Gesundheitssystem wird auch den Wohn- und Arbeitsverhältnissen, bzw. Arbeits- und Beschäftigungsbiographien ein erheblicher Einfluss auf die gesundheitliche Lage der heute älteren Migrant*innen zugesprochen (Robert Koch Institut 2008, S. 97). Gerade Arbeitsmigrant*innen der ersten Generation waren meist über lange Jahre in einfachen, aber körperlich höchst belastenden Beschäftigungssituationen tätig und den damit verbundenen Gesundheitsrisiken ausgesetzt (ebd.). Die Angeworbenen waren üblicherweise Untersuchungen ihrer Gesundheit und einem Auswahlprozess unterworfen und kamen in der Regel in guter physischer Verfassung nach Deutschland. Die Bedingungen ihrer Beschäftigung, die oftmals mit geringen Einkommen, der Trennung von ihren Familien sowie ungesunden Wohnverhältnissen und Umweltbedingungen verbunden waren, wirkten der ursprünglich guten Gesundheit im Laufe der Zeit entgegen, so dass sich der „*Healthy-Migrant-Effekt*“ (Razum und Spallek 2012) für sie im Alter zumeist relativierte. Die starke Belastung im Rahmen der Arbeitsverhältnisse gilt als eine Ursache dafür, dass Migrant*innen häufiger als Personen ohne Migrationshintergrund Frühverrentung in Anspruch nehmen (Robert Koch Institut 2008, S. 97) oder auf Erwerbsminderungsrenten zurückgreifen (müssen), was beides mit Einbußen in der Rentenhöhe einhergeht (Kofahl et al. 2012; Ulusoy und Gräbel 2010). Die geringe Höhe der Altersrenten, von denen teilweise noch die Familien in Deutschland oder dem Herkunftsland unterstützt werden, erschweren wiederum den Zugang zu manchen Gesundheitsleistungen.

*3.2.2 Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverständnis älterer Migrant*innen*

Unabhängig vom Migrationshintergrund besteht bei älter werdenden Menschen das grundlegende Ziel und Bedürfnis, auch mit zunehmendem Alter möglichst lange ein gesundes und sinnerfülltes Leben frei von Beeinträchtigungen führen zu können (Pohlmann 2016, S. 12). Beeinflusst wird ihre gesundheitliche Lage, außer durch die strukturellen Rahmenbedingungen, auch durch den Zugang zu

Gesundheitsinformationen sowie durch das individuell vorhandene Gesundheitswissen und die individuelle Gesundheitskompetenz. Diskutiert wird die Frage der Aneignung von Gesundheitswissen und Gesundheitskompetenz in den letzten Jahren unter dem Stichwort „*Health Literacy*“. Dabei geht es um eine persönliche gesundheitsförderliche Ressource auf die in Alltagssituationen und in medizinischen Kontexten zurückgegriffen werden kann. Zur Frage, wie gut ältere Migrant*innen in Deutschland diese Ressource nutzen können, gibt es bisher wenig empirisch belegte Erkenntnisse. Schaeffer et al. (2016) leiten aus den Ergebnissen der von ihnen vorgelegten HLS-GER Studie ab, dass rund 54 % der Bevölkerung in Deutschland gesundheitsrelevante Informationen zur Krankheitsbewältigung/-versorgung, zur Prävention und zur Gesundheitsförderung aus subjektiver Sicht oft nicht adäquat verarbeiten können. Besonders häufig betrifft dies vulnerable Gruppen, wie Menschen mit geringem sozioökonomischem Status, mit Migrationshintergrund oder Menschen im höheren Lebensalter (ebd., S. 96).

Die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen adäquat verarbeiten und anwenden zu können, steht in einem engen Zusammenhang mit dem Bildungsniveau (ebd.). Dieser stellt sich bei älteren Migrant*innen unterschiedlich dar. Akademisch gebildete Zugewanderte verfügen im Allgemeinen über größere sprachliche, methodische und fachliche Kompetenzen als jene, die im Zuge der Arbeitsmigration z. B. aus ländlichen Regionen, einwanderten (Olczyk et al. 2016). Ältere (Spät-)Aussiedler*innen aus der ehemaligen Sowjetunion haben bspw. häufig studiert oder eine Berufsausbildung abgeschlossen (ebd.) und verfügen damit über bessere Möglichkeiten zur eigenständigen Aneignung von Gesundheitskompetenz und –wissen. Gut qualifizierte Zuwander*innen können in Deutschland allerdings mit einem sozialen Abstieg und/oder langen Phasen der Arbeitslosigkeit konfrontiert sein, was wiederum Auswirkungen auf ihre gesundheitliche Lage haben kann (vgl. bezogen auf Migrant*innen aus der ehemaligen Sowjetunion: Schenk 2011).

Inwiefern sich für Migrant*innen unterschiedlicher Herkunft aufgrund von Unterschieden in der Sozialisation und des kulturellen Hintergrundes auch Unterschiede im Gesundheitsverständnis ableiten lassen, ist umstritten. Nach Auffassung von Knipper und Bilgin (2009, S. 74f) verweist die Annahme von „*kulturspezifischen*“ Krankheitsvorstellungen und/oder vermeintlich anderen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen eher auf ein statisches und zumeist unreflektiertes Kulturverständnis. Belege für kulturspezifische Unterschiede im Gesundheitsverständnis halten sie für eher schwach (ebd., S. 67) und sehen in Zuschreibungen, wie einem „*mystischen Medizinverständnis*“ oder einer vermeintlich ganzheitlichen Wahrnehmung von Krankheiten und ihren Symptomen, eher eine kulturalisierende Wiedergabe von stereotypen Vorstellungen, die den heterogenen Erfahrungen, Identitäten und Lebenswelten von älteren Menschen mit Migrationshintergrund zumeist nicht gerecht würden (ebd., S. 74).

Der von Knipper und Bilgin dargestellten Auffassung stehen Positionen gegenüber, die ein teilweise spezifisches und kulturbedingtes Krankheits- und Gesundheitsverständnis identifizieren, das zu unterschiedlichen Erwartungen an Gesundheitsakteure, zu Missverständnissen oder zu spezifischen Verhaltensweisen der Betroffenen führen kann. Unter Rückgriff auf solche Positionen werden in Bezug auf Menschen mit Migrationshintergrund unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitskonzepte als mögliche relevante Barrieren für den Zugang zu gesundheitsfördernden Angeboten diskutiert (Poser et al. 2017, S. 9 ff.; Razum 2010). Razum (2010, S. 19) zufolge können traditionelle Konzepte vor allem bei älteren Menschen der ersten Einwanderergeneration dann besonders ausgeprägt sein, wenn sich diese bevorzugt im eigenen ethnischen Umfeld bewegen. Die Bedeutung solcher Konzepte könne zudem dann verstärkt werden, wenn bestehende Krankheiten und Krankheitssymptome mit

Behandlungsverfahren der evidenzbasierten Medizin nicht überwunden oder Beschwerden nicht gelindert werden könnten (ebd.).

3.2.3 Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Migrant*innen

Gesundheitsförderung und Prävention spielen eine zentrale Rolle für die Sicherung der Gesundheit innerhalb der Bevölkerung (Hurrelmann et al. 2018, S. 24). Dabei wird bei der Frage, wie positive gesundheitliche Veränderungen bewirkt werden sollen, grundlegend zwischen verhältnis- und verhaltensorientierten Strategien unterschieden. Rosenbrock und Kümpers (2009, S. 387) heben hervor, dass beide Herangehensweisen darauf zielen, für die Gesamtbevölkerung oder bestimmte Zielgruppen die gesundheitliche Belastung zu senken und gesundheitsförderliche Ressourcen zu aktivieren bzw. zu verstärken. Die Verhältnisprävention setzt dabei auf eine Veränderung und gesundheitsgerechte Gestaltung materieller und sozialer Umwelten (ebd.). In den Blick genommen werden ökologische, soziale, ökonomische und kulturelle Rahmenbedingungen, die zur Entstehung und Entwicklung von Krankheiten führen oder diese begünstigen (Zeeb et al. 2011). Im Hinblick auf die Bedeutung der Verhältnisprävention wird bspw. auf historische Reformen in der Arbeitswelt und die Entwicklung vor allem der städtischen Lebenswelten verwiesen, denen zumindest in industrialisierten Ländern eine wichtige Rolle bei der Verringerung und Kontrolle von Infektionserkrankungen zukommt (Rosenbrock und Kümpers 2009, S. 385). Die Veränderung der Lebensumstände wird gleichzeitig aber auch als eine wichtige Voraussetzung angesehen, damit Veränderungen im Verhalten überhaupt befördert und wirksam werden können (ebd., S. 386).

Verhaltenspräventiv ausgerichtete Interventionen, die auf Verhaltensbeeinflussung bzw. Gesundheitserziehung abzielen (vgl. u. a. Zeeb et al. 2011, S. 270; Leppin 2018, S. 51 f.), setzen auf der individuellen Ebene ein Problembewusstsein bezüglich ungesunder Lebensweisen und die Motivation der Einzelnen zu gesundheitsförderlichen Veränderungen voraus (Zeeb et al. 2011). Gesundheitsförderliche Lebenskontexte können bewirken, dass sich ein entsprechendes Bewusstsein entwickeln kann und die gesundheitliche Lage innerhalb einzelner Zielgruppen bspw. durch persönliche Hygiene, regeneratives und bewegungsorientiertes Freizeitverhalten, die Verringerung von Alkohol- und Tabakkonsum oder durch Veränderungen bei der Ernährung deutlich verbessern können (Rosenbrock und Kümpers 2009, S. 386). Rosenbrock und Kümpers (ebd.) sprechen in diesem Zusammenhang von einer „*verhältnisgestützten Verhaltensmodifikation*“.

Angesichts des dargestellten, durchschnittlich schlechteren Gesundheitsstatus bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund stellen Gesundheitsförderung und Prävention für diese Bevölkerungsgruppe wichtige Handlungsfelder dar. Die Verbesserung der Lebensverhältnisse älterer Migrant*innen bzw. ihres Zugangs zu gesundheitsförderlichen und präventiven Angeboten wird aber als schwierig diskutiert. Brand et al. (2015) werteten Daten der Querschnittsbefragung „Gesundheit in Deutschland Aktuell (GEDA)“ des Robert Koch-Instituts von 2010 zur Inanspruchnahme medizinischer Präventionsangebote durch Migrant*innen unterschiedlicher Altersgruppen aus. Dabei zeigte sich, dass Männer und Frauen mit Migrationshintergrund in der Altersgruppe „60 Jahre alt und älter“ im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne Migrationshintergrund Präventionsangebote überwiegend seltener nutzten (vgl. Tab. 4). Insbesondere bei Männern mit Migrationshintergrund und bei Migrant*innen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status war die Inanspruchnahme der Angebote insgesamt am niedrigsten (Brand et al. 2015).

Präventionsmaßnahme	Mit MH		Ohne MH		Differenz nach MH	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Differenz Frauen	Differenz Männer
Gesundheits-Check-up in den letzten 24 Monaten	54,3	52,9	56	63,6	-1,7	-10,7
Zahn-Vorsorgeuntersuchung in den letzten 12 Monaten	73,4	59,4	72,6	69,6	0,8	-10,2
Krebsfrüherkennung in den letzten 12 Monaten	48,3	49	54,9	51,8	-6,6	-2,8
Gripeschutzimpfung in 2009/2010	37,8	38,8	43,8	45,8	-6	-7

Tab. 4: Teilnahme an Präventionsmaßnahmen nach Migrationshintergrund (MH) und Geschlecht in der Altersgruppe 60+, in % (Quelle: Brand et al. 2015, eigene Darstellung)

Kaum systematisch untersucht ist Brand et al. (2015, S. 587) zufolge die Teilnahme von Erwachsenen mit Migrationshintergrund an gesundheitlich orientierten Ernährungs-, Bewegungs- und Entspannungsangeboten. Die Autor*innen gehen aber mit Verweis auf andere Studien von einer geringeren Inanspruchnahme durch Migrant*innen aus. Olbermann (2010, S. 7) hebt in diesem Zusammenhang eine von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung beauftragte Studie hervor (Hollbach-Grömig und Seidel-Schulze 2007), wonach 75,6 % von bundesweit befragten Städten, Gemeinden und Landkreisen angaben, sie würden diese Zielgruppe mit altersgerechten gesundheitsförderlichen und präventiven Angeboten nicht erreichen.

Die schwere Erreichbarkeit von älteren Menschen mit Migrationshintergrund für gesundheitsbezogene Präventionsangebote wird auch bei der Evaluation von einzelnen Interventionen berichtet. Schattschneider et al. (2014) stellten bspw. für eine an ältere türkeistämmige Migrant*innen gerichtete ernährungs- und bewegungsorientierte Intervention fest, dass dabei trotz intensiver Bemühungen keine älteren Männer und ausschließlich ältere Frauen, die sich bereits im Vorfeld für gesundheitliche Fragen sensibilisiert zeigten bzw. zu denen über die Stadtteilarbeit schon ein Zugang bestand, erreicht wurden.

Als Ursache für die geringe Nutzung von gesundheitlichen Präventionsangeboten werden u. a. unübersichtliche Zuständigkeiten und die segmentierte Organisation im Gesundheitswesen, fehlende Sprachkompetenzen auf Seiten der älteren Migrant*innen und der relevanten Akteure sowie kulturelle Barrieren angesehen (Horn und Schaeffer 2013; Yilmaz-Aslan et al. 2013; Schenk 2011; Brzoska et al. 2010). Bermejo et al. (2012) kommen in einer Querschnittstudie mit Migrant*innen aus der Türkei, Spanien, Italien sowie Aussiedler*innen aus der ehemaligen Sowjetunion zu ihrer Teilnahme an Gesundheitsangeboten zu dem Ergebnis, dass aus subjektiver Sicht „*Sprachprobleme*“ (genannt von 48,4 % der Studienteilnehmer*innen) ein zentraler Grund für eine Nicht-Inanspruchnahme der Maßnahmen waren. Darüber hinaus werden „*fehlende Informationen über das Gesundheitssystem*“ (42,2 %), „*fehlende Kenntnisse bezüglich bestehender Angebote*“ (42,0 %) und die dafür benötigten Informationen nicht erhalten zu haben (40,2 %) als wesentliche Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme genannt. Das „*Gefühl einer Diskriminierung*“ (15,2%), „*Ängste vor*

aufenthaltsrechtlichen Folgen“ (15,3 %) bzw. *„ausgegrenzt zu werden“* (18,7 %) wurden dagegen deutlich seltener als Hindernis für die Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen angegeben. Für die türkeistämmigen Befragten war das Gefühl, die *„Fachkräfte wussten zu wenig über die türkische Kultur“* (59,2 %) der wichtigste Grund für die Nicht-Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Bermejo et al. 2012, S. 948). Aus diesen Ergebnissen schließen Bermejo et al. (2012), dass *„sprach- und informationsbezogene Hindernisse eher als negative Erfahrungen bzw. Einstellungen bezüglich des Gesundheitssystems als Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen genannt“* werden (Bermejo et al. 2012, S. 950). Eine besondere Barriere, die der Teilnahme an gesundheitsförderlichen Angeboten und Kursen im Weg steht, ist die von manchen Älteren praktizierte Pendelmigration (Tezcan-Güntekin et al. 2015; Schenk 2014; Strumpfen 2012). Insbesondere ältere Menschen türkischer Herkunft verbringen nach dem Eintritt in den Ruhestand oft regelmäßig mehrere Monate im Jahr in der Türkei (Strumpfen 2012) und können langfristig angelegt Präventionsangebote dadurch nicht kontinuierlich wahrnehmen.

Die unterschiedlichen Barrieren im Zugang zum System der Gesundheitsförderung und -versorgung unterscheiden Schwarz et al. (2015) – hier bezogen auf den Bereich der medizinischen Rehabilitation – nach vier *„Barrierekomplexen“*: (1) Sprache, d. h. eine fehlende Mehrsprachigkeit innerhalb des Systems und der Anbieter sowie auf Seiten der Zielgruppe, (2) Wissen, d. h. ein unzureichender Wissenstransfer zwischen Anbietern und Zielgruppe bezogen auf die Angebote und deren Inhalte, (3) Religion, Kultur, Milieu, d. h. eine geringe interkulturelle Offenheit vieler Anbieter und kulturell/religiös bedingte Anforderungen seitens der Zielgruppe und (4) Diskriminierung, d. h. systembezogene Ungleichbehandlungen und Benachteiligungen der Zielgruppe. Nicht berücksichtigt werden in dieser Systematik umweltbezogene oder sozialräumliche Barrieren, wie bspw. die fehlende Verankerung von Angeboten in den Lebenswelten der Zielgruppe.

Grundsätzlich wird in der Literatur davon ausgegangen, dass Zugangsbarrieren mit Hilfe langfristig angelegter, kultursensibel ausgerichteter und an geeigneten Standorten sowie unter akzeptierten Rahmenbedingungen umgesetzter Konzepte abgebaut und insbesondere die Gesundheitskompetenz (Mergenthal 2014) und das Gesundheitsverhalten von ethnischen Minderheiten verbessert werden können. Um gesundheitsbezogene Interventionen für ältere Migrant*innen zielgerichteter gestalten zu können, entwickelte Olbermann (2010, 2015) eine Typologie für das Präventionsverhalten älterer Migrant*innen. Die Grundlage hierfür lieferten leitfadengestützte Interviews mit Migrant*innen im Alter von 50 Jahren und älter aus unterschiedlichen Herkunftsländern sowie Experteninterviews im Rahmen einer Studie zu Zugängen und Barrieren im Bereich der Prävention. Olbermann nutzte die Dimensionen *„Sozialorientierung“* (umfasst in vier Stufen ein Spektrum von *„sehr individualistisch“* bis *„sehr gemeinschaftsorientiert“*) und *„Aktivitätsgrad“* (vier Stufen von *„sehr passiv“* bis *„sehr aktiv“*), um vier Grundtypen des Präventionsverhaltens älterer Migrant*innen gegeneinander abzugrenzen: (1) passive Individualisten, (2) passive Gemeinschaftsorientierte, (3) aktive Individualisten und (4) aktive Gemeinschaftsorientierte (s. Abb. 1).

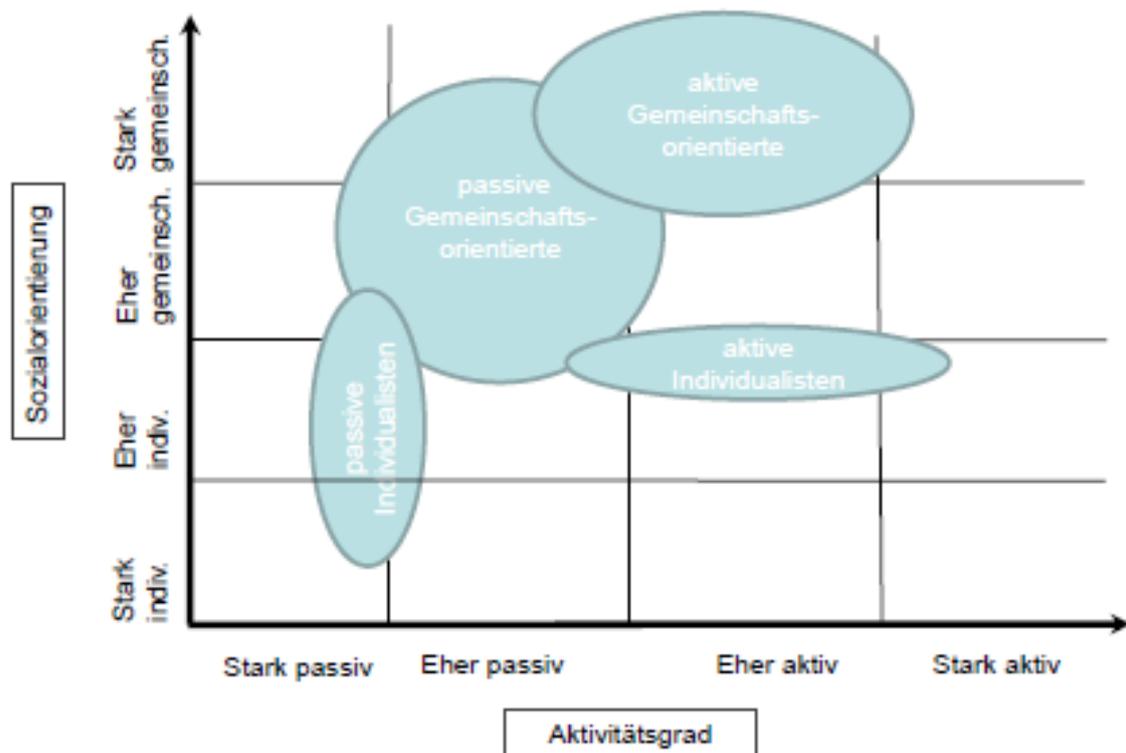


Abb. 1: Typologie zum Präventionsverhalten älterer Menschen mit Migrationshintergrund (Olbermann 2019, 2015, 2010).

Dem Typus der *Aktiven Gemeinschaftsorientierten* ordnet Olbermann Personen zu, die in Deutschland integriert bis assimiliert sind und eine positive Migrationsbilanz aufweisen. Sie sind sozial eingebunden, erleben sich als selbstwirksam, verfügen über eine positive Lebenseinstellung, obwohl sie teilweise durch strukturelle Benachteiligungen und migrationsbedingte Beziehungsverluste belastet sind. Die Angehörigen dieses Typus zeigen Olbermann zufolge ein vielfältiges, in den Alltag integriertes und eigeninitiatives Präventionsverhalten. Ihre Motivation für gesundheitsförderliches Verhalten folgt Nützlichkeitsabwägungen und dem Wunsch nach Sinnerleben. Auch die von Olbermann als *Aktive Individualisten* typisierten älteren Migrant*innen sind – mit Distanz zu ihrer eigenen Herkunftsgruppe – eher assimiliert. Sie verfügen über Bildung und Gesundheitskompetenz und erleben sich wie die *Aktiven Gemeinschaftsorientierten* als selbstwirksam. Ihre Migrationsbilanz ist positiv bis ambivalent, und sie sind durch Stress und drohende Statusverluste belastet. Ihre Vorstellung von Gesundheit ist funktionalistisch geprägt und entsprechend zielt ihre Motivation für gesundheitsförderliches Verhalten darauf ab, „*funktionsfähig*“ zu bleiben. Olbermann beschreibt ihr Präventionsverhalten als körperorientiert und eigeninitiativ.

Dem Typus der *Passiv Gemeinschaftsorientierten* gehören jene Migrant*innen an, die in der deutschen Gesellschaft eher segregiert leben und Vereinen oder Gruppen lediglich passiv angehören. Ihre Migrationsbilanz ist eher ambivalent und sie leiden häufig unter familiären oder beruflichen Stressoren, geringen finanziellen Spielräumen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Als Ressource dienen ihnen die Zugänge zu ihren ethnischen Netzwerken und zu sozialen Unterstützungseinrichtungen. Ihr Präventionsverhalten ist wenig eigeninitiativ und eher unspezifisch, und ihre Motivation für gesundheitsförderliches Verhalten basiert vornehmlich auf dem Wunsch nach

sozialen Kontakten. Die *Passiven Individualisten* leben zurückgezogen und in der deutschen Gesellschaft segregiert. Ihre zentrale Ressource ist ihr familiäres Netzwerk. Sie blicken auf eine ambivalente Migrationsbilanz und sind häufig durch gesundheitliche Beeinträchtigungen und eine geringe Mobilität belastet. Die Angehörigen dieser Gruppe zeigen ein stark eingeschränktes Präventionsverhalten, das durch fehlende Anreize und Antriebslosigkeit noch zusätzlich behindert wird.

Olbermann zufolge zeigen die Ergebnisse ihrer Untersuchung die hohe Relevanz von sozialem Austausch und Gemeinschaftserleben für die Wirkung und Inanspruchnahme von gesundheitsförderlichen und präventiven Angeboten durch ältere Migrant*innen: „*Gruppenbezug ist [der] Türöffner für Zugang zu und nachhaltige Wirkung von präventiven Maßnahmen*“ (Olbermann 2019). Die Zugehörigkeit zu einer Gruppe könne gesundheitsförderliche Aktivitäten, auch langfristig, tragen. Olbermann folgert, dass die Förderung „*sozialer Netzwerke und dauerhafter Gruppenzusammenhänge*“ (Olbermann 2019) ein stärkeres Gewicht innerhalb der Gesundheitsförderung für ältere Migrant*innen erhalten müsse. Offen bleibt hierbei allerdings, inwieweit damit individualistisch orientierte Personen erreicht werden können.

Für die Ausgestaltung von migrationssensiblen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung unterscheiden Brand et al. (2015, S. 587 ff.) mit Verweis auf Kreuter et al. (2003) periphere, evidenzbasierte, sprachliche, einbeziehende und soziokulturelle Strategien. *Periphere Strategien* beziehen sich hierbei auf das äußere Erscheinungsbild und die Angemessenheit von Programmen und eingesetzten Materialien. Bei der Konzeptentwicklung und bei der Gestaltung von Informationsmedien wird durch eine zielgerichtete Wahl von vertrauten Bilderwelten und Motiven, durch die Farbgebung und andere geeignete visuelle Elemente, genauso, wie durch eine anschauliche und verständliche Sprache die Empfänglichkeit der angesprochenen Zielgruppen für Präventionsbotschaften erhöht. *Evidenzbasierte Strategien* zielen Brand et al. (2015) zufolge darauf ab, die Wahrnehmung eines spezifischen Gesundheitsproblems durch eine bestimmte Bevölkerungsgruppe zu verbessern. Dafür werden gesundheitliche Auswirkungen auf Basis geeigneter evidenzbasierter epidemiologischer Studien kommuniziert. Auf diesem Weg sollen Impulse zur Auseinandersetzung mit einem bestimmten gesundheitlichen Problem gesetzt und das Bedürfnis nach vorbeugenden Maßnahmen geweckt werden. *Sprachliche Strategien* sehen Brand et al. (2015, S. 588) als besonders relevant an, wenn die Zielgruppe nur über geringe sprachliche Kenntnisse verfügt. *Einbeziehende Strategien* setzen auf die Erfahrungen der angesprochenen Zielgruppen und versuchen diese an der Entwicklung von Programmen und bei deren Durchführung zu beteiligen (ebd.). *Soziokulturelle Strategien* basieren auf dem Verständnis von „*normative[n] Praktiken und Überzeugungen in einzelnen Bevölkerungsgruppen*“ (Brand et al. 2015, S. 588) und nutzen diese produktiv für die Gestaltung von Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention.

In Hinblick auf eine Einbettung von gesundheitsförderlichen oder präventiven Angeboten in die kulturellen und sozialen Bezüge von Migrant*innen empfehlen verschiedene Autor*innen, Familien, soziale Netzwerke und Selbsthilfeorganisationen in die Gestaltung von Angeboten einzubinden (Mogar und Kutzleben 2015; Schäfer et al. 2015; Nguyen 2012). Familiäre oder nachbarschaftliche Netzwerke sind häufig die ersten „Anlaufstellen“ bei gesundheitsbezogenen Problemen, bevor professionelle Hilfe gesucht wird (Poser et al. 2017; Horn und Schaeffer 2013; Nguyen 2012; Brzoska et al. 2010). Obwohl Angehörige und Bekannte oft als erstes um Rat in Gesundheitsfragen gebeten werden, stellen dennoch Ärzt*innen für viele ältere Migrant*innen die entscheidende Instanz und Autorität bei gesundheitsbezogenen Themen dar (Horn und Schaeffer 2013; Yilmaz-Aslan et al. 2013; Ulusoy und

Gräbel 2010). Als Akademiker*innen genießen sie überwiegend höchstes Vertrauen. Anregungen zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten, die durch Ärzt*innen gegeben werden, können demnach eine stärkere Wirkung erzielen, als etwa schriftliche Informationen. In Gesprächen mit Ärzt*innen oder anderem Expert*innen können allerdings Sprachbarrieren dazu führen, dass die Gesprächsinhalte nicht oder nicht richtig verstanden werden. Häufig werden aus Scham oder Respekt keine Nachfragen gestellt oder Erläuterungen erbeten (Ulusoy und Gräbel 2010). In Bezug auf ältere Menschen vietnamesischer Herkunft weist Nguyen (2012) darauf hin, dass es nicht üblich sei, ein persönliches gesundheitliches Problem direkt anzusprechen. Stattdessen wird es über Umwege beschrieben, so dass es für Gesprächspartner*innen, die nicht mit der Kultur vertraut sind, unter Umständen unverständlich bleibt. Vergleichbar berichtet Yildirim-Fahlbusch (2003) von der Umschreibung gesundheitlicher Beschwerden mit Hilfe von Metaphern bei älteren Menschen türkischer Herkunft. Eine gelingende, kultursensible Kommunikation im Gesundheitsbereich ist daher nicht nur auf sprachliche Übersetzungen, sondern auch auf die Beachtung kultureller Konventionen angewiesen.

Über geeignete Formen der kultursensiblen Ausrichtung von Gesundheitsangeboten wird in der Literatur kontrovers diskutiert. Einerseits wird darauf hingewiesen, dass kulturspezifische Angebote idealerweise passgenau auf die Bedarfe der jeweiligen Zielgruppe eingehen, sprachliche Hürden überwinden und besondere kulturelle Anforderungen berücksichtigen sollten (Horn und Schaeffer 2013; Ulusoy und Gräbel 2010). Mit einer solchen Ausrichtung bietet sich die Möglichkeit, schwer erreichbare, in ihren ethnischen Gemeinschaften fest verankerte Zielgruppen zu erreichen. Gegen einen solchen Ansatz wird argumentiert, dass damit eine flächendeckende Versorgungsqualität nicht gesichert werden kann und einzelne Zielgruppen aus dem (Präventions-)Blick geraten können. Aus dieser Perspektive wird für eine Stärkung der Diversität von Angeboten plädiert (Poser et al. 2017; Broska und Razum 2012), d. h. eine stärkere Berücksichtigung individueller und gruppenbezogener Bedürfnisse insgesamt, ohne auf bestimmte Herkunftsgruppen zu fokussieren. Grundsätzlich zielen aber beide Ansätze auf ein sprach-, kultur- und geschlechtersensibles Vorgehen.

Vor dem Hintergrund solcher strategischen Überlegungen wurden in den letzten Jahren zahlreiche Interventionen im Bereich „Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Migrant*innen“ entwickelt. Eine Überblicksrecherche in der Praxisdatenbank des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit⁵ zu gesundheitsförderlichen Angeboten für ältere Migrant*innen (Altersgruppe 65 – 79 Jahre) erbrachte bundesweit 182 Treffer, die von Beratungen über Bewegungsangebote bis hin zu Quartiersinterventionen reichten. Nicht beurteilt werden kann im Rahmen dieser Expertise allerdings, ob und in welchem Umfang die Maßnahmen von der Zielgruppe angenommen werden.

In einer (altersübergreifenden) Bestandsaufnahme von Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Menschen mit Migrationshintergrund wertete Altgeld (2018) für den GKV-Spitzenverband 2.158 Maßnahmen im Hinblick auf ihre kultursensible Ausrichtung aus. Lediglich bei 152 Interventionen, d. h. bei 7 % der untersuchten Maßnahmen, konnte eine solche Ausgestaltung identifiziert werden, d. h. sie enthielten mehrsprachige Angebote oder nutzten zielgruppenspezifische Zugangswege. Unter den recherchierten Maßnahmen gab es jedoch kein Projekt, das auf Stadtteilebene gezielt mit Migrantenselbsthilfeorganisationen zusammenarbeitete. Auch fanden sich nur wenige Angebote, die kultursensible Ansätze verfolgten und vor allem umsetzten (Altgeld 2018, S.

⁵ Vgl. <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?id=suche#suchmaske1>, letzter Zugriff am 15.10.2020

97). Eine Ausnahme bildeten Ernährungsangebote, die auf kulturspezifische Ernährungsgewohnheiten bzw. -vorschriften Rücksicht nahmen, sowie nach Geschlechtern getrennte Bewegungsangebote. Altgeld folgert aus diesen Ergebnissen: „Im Bereich der kultursensiblen Ausrichtung der Angebote besteht deutlicher Verbesserungsbedarf“ (Altgeld 2018, S. 97).

3.2.4 Familie, Gender und das Setting „Kommune“ als Querschnittsthemen

Zusätzlich zu den bisher dargestellten Aspekten beeinflussen weitere Dimensionen die gesundheitliche Lage und die Gesundheitsförderung von älteren Migrant*innen in Deutschland. Im Folgenden werden die Facetten „Familie“, „Gender“ und das „Setting Kommune“ als Querschnittsthemen im Überblick dargestellt.

Querschnittsthema „Familie“

Die eigene Familie spielt für viele ältere Migrant*innen die zentrale Rolle in ihren sozialen Bezügen und ihrer Alltagsbewältigung (vgl. hier vor allem mit Bezug auf türkeistämmige Ältere Baykara-Krumme 2012). Ebenso, wie es in vielen Familien mit migrantischem Hintergrund als selbstverständlich gilt, die eigenen Eltern oder Großeltern im Alter durch jüngere Angehörige zu unterstützen, entlasten die Älteren, vor allem die älteren Frauen, die jüngeren Generationen beispielsweise in der Kinderbetreuung oder Haushaltsführung (ebd.). Die Familie bildet für viele Migrant*innen eine wichtige Ressource, über die sie Zuwendung, Anerkennung, praktische und teilweise auch finanzielle Unterstützung erhalten. Zimmermann weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass in Deutschland die finanzielle Unterstützung der älteren Menschen in muslimischen Familien häufiger stattfindet als in deutschen Familien (Zimmermann 2012).

Eine harmonische, unterstützende Familie bietet eine starke Ressource für ein gesundes Leben im Alter. Jüngere Generationen, die gut in die deutsche Gesellschaft integriert sind, die deutsche Sprache sprechen und mit den deutschen Systemen besser vertraut sind, können für die älteren Familienmitglieder wichtige Brücken zum Gesundheits- und Versorgungssystem schlagen. Die Einbindung von Familien zur Förderung der gesundheitlichen Prävention wird bisher aber eher als eine Strategie für den Kinder- und Jugendbereich angesehen (Geuter 2010, S. 46). Eine gezielte Einbeziehung von Ehepartner*innen, Kindern bzw. Enkeln in die Gesundheitsförderung von älteren Migrant*innen könnte in diesem Handlungsfeld neue Perspektiven eröffnen.

Querschnittsthema „Gender“

Die gesundheitliche Lage älterer Menschen wird von geschlechtsbezogenen Aspekten der Ungleichheit beeinflusst. Sie zeigen sich bspw. bei der Mortalität, den Häufigkeiten und Formen von Erkrankungen, beim Gesundheitsverhalten, bei der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten, bei der familiären Zuständigkeit für gesundheitsbezogene Fragen oder bei der Bereitschaft innerhalb von Familien und sozialen Netzwerken Hilfe und Unterstützung zu leisten (Spuling et al. 2017; Heusinger und Dummett 2016; Lampert et al. 2016; Lange und Kolip 2016). Rásky und Scheipl (2016) zufolge kommt der Dimension „Gender“ eine Schlüsselrolle beim Abbau gesundheitsbezogener Ungleichheit zu. Als Perspektive auf diesen Aspekt hat sich seit den 1990er Jahren in der deutschen Geschlechterforschung ein Verständnis durchgesetzt, bei dem zwischen sozialem und biologischem Geschlecht unterschieden wird und „Frauen wie Männer als kompetente Konstrukteure von Wirklichkeit“ (Behnke und Meuser 1999, S. 40) begriffen werden. Der theoretische Ansatz „Doing Gender“ (West und Zimmerman 1987) betont dabei die Konstruktion sozialer Wirklichkeit entlang von Alltagshandeln mit vielfältigen als spezifisch weiblich oder spezifisch männlich assoziierten Ausdrucksformen (z. B. äußeres Erscheinungsbild mit

Kleidung/Frisur), Verhaltensweisen (z. B. Körperhaltungen, Gesten, Mimik) und Einbindungen in je nach Geschlecht unterschiedliche soziale Verhältnisse.

Spallek und Razum (2016) verweisen darauf, dass auch der Migrationshintergrund und der Migrationsprozess die gesundheitliche Lage von Frauen und Männern in unterschiedlicher Art und Weise beeinflussen können. Abhängig von biologischen (sex) und sozialen Geschlecht (gender) bestehen unterschiedliche Voraussetzungen dabei, wer weshalb migriert, wie die Migration verläuft und welche sozialen und gesundheitlichen Risiken bestehen. Altersübergreifend sind beim gesundheitsbezogenen Alltagshandeln von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund mit dem „*Doing-Gender*“-Ansatz zahlreiche geschlechtsspezifische Unterschiede erkennbar. Diese sind zum Teil mit Traditionen, kulturellen Praktiken oder mit der Religionsausübung verknüpft. Ein Beispiel für eine geschlechtsspezifische Zuschreibung, die eng mit dem Alltagshandeln verbunden ist, bildet die Zimmermann (2012) zufolge im traditionellen Islam bestehende Vorstellung des Vaters, der für sein Wissen, seine Weisheit und seine Religiosität, und der Mutter, die für ihre Mutterschaft, die häusliche Sorge und die Liebe, die sie ihren Angehörigen entgegenbringt, geschätzt werden sollten.

Geschlechtsbezogene Unterschiede bei Migrant*innen wirken zusammen mit weiteren Kategorien wie etwa dem Alter, dem sozialen Status (Milieu/Klasse), der Ethnizität, der Nationalität oder einer Behinderung (Lutz und Amelina 2017). Diese Wechselwirkungen, aus denen diverse Prozesse der (Re-)Produktion sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit resultieren können, werden heute unter dem von Kimberlé Crenshaw (1989) erstmals zur Diskussion gestellten Stichwort „*Intersektionalität*“ zusammengefasst. Das Konzept lenkt den Blick darauf, wie das spezifische Ineinandergreifen von Kategorien wie Alter, Herkunft, sozioökonomischer Status und die auf diese spezifische Konstellation bezogene Ausgestaltung gesellschaftlicher Institutionen und sozialer Praktiken die gesundheitliche Lage von Individuen potenziell beeinflussen. So blickt bspw. die erste Generation der seit Mitte der 1950er Jahre nach Deutschland eingewanderten Arbeitsmigrantinnen häufig auf besonders prekäre Lebensbedingungen zurück, die sich bis ins Alter fortsetzen (Tucci und Yildiz 2012). Oftmals haben sie im Niedriglohnssektor zu noch schlechteren Konditionen gearbeitet als Männer (Nowossadeck et al. 2017, S. 22), oder sie waren ausschließlich für die Kindererziehung und den Haushalt zuständig (Mattes 2019) und verfügten damit über kein eigenes Einkommen. Durch ihre familiäre Beanspruchung wird Migrantinnen insbesondere in traditionellen Familien zugeschrieben, den eigenen gesundheitlichen Bedürfnissen wenig Raum geben zu können (Hausbacher et al. 2012). Ähnlich wie in vergleichbaren deutschen Familien sind diese Frauen nach einer Scheidung oder Verwitwung häufig finanziell vor problematische Lebenssituationen gestellt. Wenn sie zudem ursprünglich aus ländlichen Regionen kamen, haben sie in ihrer Jugend möglicherweise nicht oder nur kurz eine Schule besucht, so dass sie über unzureichende Lese- und Schreibkompetenzen verfügen und das Erlernen der deutschen Sprache sowie das Lesen deutschsprachiger Texte sie vor große Herausforderungen stellen kann. Gesundheitsbezogene Informationen und Angebote sind für sie dadurch schwerer zugänglich und Hilfe- und Unterstützungssysteme ohne geschlechts- und kultursensible Ausrichtung können von ihnen häufig nicht gut genutzt werden.

Querschnittsthema „Setting Kommune“

„Gesundheit“ meint nach dem Verständnis der World Health Organization (WHO)⁶ nicht (nur) die Abwesenheit von Krankheit, sondern ein umfassendes physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden (vgl. auch Abschnitt 3.2). In diesem Zusammenhang gewinnen die Nachbarschaft und

⁶ Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

das Quartier mit zunehmendem Alter und den damit häufig einhergehenden Gesundheitseinschränkungen erheblich an Bedeutung. Im Alter konzentrieren viele Menschen ihre Alltagsaktivitäten stärker auf ihre Wohnung und ihr Wohnumfeld (Oswald und Konopik 2015; Oswald et al. 2013; Saup 1999). Der Ausstieg aus der Erwerbstätigkeit oder gesundheitliche Einschränkungen führen dazu, dass das Wohnquartier oft zur zentralen räumlich-sozialen Bezugsebene wird. Ein großer Teil des Tages wird in der eigenen Wohnung verbracht und Erledigungen erfolgen häufig entweder innerhalb des Wohnquartiers oder auf vertrauten Routen zu ausgewählten Zielen außerhalb des Quartiers. Die außerhäusliche Mobilität nimmt insgesamt ab, es werden kürzere Strecken zurückgelegt und die bevorzugte Fortbewegungsart ist das Zufußgehen (infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH et al. 2018). Damit gewinnen die Qualität der Wohnung und des Wohnumfeldes sowie das soziale Gefüge der Nachbarschaft an Bedeutung für die eigenständige Bewältigung des Alltags und die individuelle Lebensqualität wie auch für soziale Teilhabemöglichkeiten und den Zugang zu gesundheitsbezogenen Angeboten (Wolter 2017).

Je nach Ausgestaltung kann ein Quartier *„entweder eine Ressource zur Lebensbewältigung für die dort wohnenden Menschen darstellen oder eben diese erschweren“* (Schnur et al. 2013, S. 9). Dies gilt auch für ältere Menschen mit Migrationshintergrund. Problematische Lebenswelten, die durch räumliche oder soziale Umweltbedingungen, wie etwa Barrieren im Wohnumfeld, unzureichende Wohnbedingungen, Lärm- oder Schadstoffemissionen, Nachbarschaftskonflikte oder soziale Ausgrenzung und Diskriminierung gekennzeichnet sind, können sich im Alter aufgrund der Angewiesenheit auf das unmittelbare Wohnumfeld besonders belastend auswirken. Dies trifft umso stärker zu, je weniger die Betroffenen kompensatorisch auf individuelle Ressourcen zurückgreifen können, um durch deren Einsatz die belastende Situation zu verändern oder zu verlassen. Insofern wird der räumlich-sozialen Wohnumwelt ein wesentlicher Einfluss auf die individuelle Gesundheit zugeschrieben (vgl. u. a. Weeber 2012).

Zugleich stellen Quartiere einen wichtigen Ort der gesellschaftlichen Teilhabe und des informellen Engagements dar, wodurch jenen Bewohner*innen, die gut in nachbarschaftliche Netzwerke integriert sind, der Zugriff auf zusätzliche Ressourcen möglich sein kann. Klatt (2013) weist auf Basis der Ergebnisse einer Quartiersstudie darauf hin, dass Migrant*innen sich in dem von ihr untersuchten Sozialraum eher informell, z. B. im Rahmen der Nachbarschaftshilfe, engagierten. Formelle Strukturen, z. B. Bürgerinitiativen, wurden hingegen teilweise nicht oder als zu kompliziert wahrgenommen. Klatt identifizierte in dem Quartier verschiedene, auf die jeweiligen Herkunftsmilieus ihrer Protagonist*innen bezogene und auf diese beschränkt bleibende Engagement-Strukturen. Als Barrieren für ein Zusammengehen dieser Strukturen machte sie unterschiedliche Gepflogenheiten und kulturelle Selbstverständlichkeiten aus (Klatt 2013, S. 142). In einer Sonderauswertung des Deutschen Freiwilligensurvey zeigen Vogel et al. (2019), dass sich für den Bereich des informellen Engagements, d. h. beispielsweise bei der Unterstützung von Freund*innen und innerhalb der Familien, kaum Unterschiede im Engagement von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund feststellen lassen.

Die Stärkung der Lebenswelten als *„abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“* (§ 20a SGB V) ist gesetzlich als eine wesentliche Aufgabe der Gesundheitsförderung und Prävention verankert. Die *„Lebenswelt Kommune“* wird im Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes, der die Ziele der Nationalen Präventionsstrategie umsetzt, ausdrücklich als wichtiges Handlungsfeld benannt (GKV-Spitzenverband 2018; Nationale Präventionskonferenz 2019). Beziehen muss sich die gesundheitsförderliche Entwicklung des Settings *„Kommune“* immer auf vor Ort bestehende Bedarfe und Zielgruppen. Erforderlich sind dafür

entsprechende quartiersbezogene Analysen und Planungen, die unterschiedliche Akteure und Zielgruppen, wie ältere Menschen mit Migrationshintergrund, mit einbeziehen.

4 Sport und Bewegung älterer Migrant*innen

Körperliche Aktivität und Bewegung stellen wichtige Ressourcen für die physische und psychische Gesundheit dar und können das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, Übergewicht und Beschwerden am Muskel- und Skelettsystem reduzieren und die Mortalität verringern (Krug et al. 2013, S. 765). Geuter und Holleder (2012) sehen insbesondere für das höhere Alter in einem körperlich aktiven Lebensstil einen wichtigen Faktor zur Sicherung einer selbstständigen Lebensführung, zum Erhalt der individuellen Mobilität und zur Verringerung des Sturzrisikos im Alter. Sie gehen auch davon aus, dass durch einen aktiven Lebensstil im Alter Behandlungs-, Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit vermieden bzw. hinausgezögert werden können. Darüber hinaus wird dem Sport in Bezug auf die Förderung von Integrationsprozessen eine wichtige Rolle zugeschrieben (Braun und Finke 2010; Zender 2017). Insofern können Bewegung, körperliche Aktivität und Sport auch für die Integration und Gesundheit älterer Menschen mit Migrationshintergrund eine zentrale Rolle einnehmen.

Grundsätzlich kann zwischen körperlicher Aktivität und Sport unterschieden werden. Krug et al. (2013) verweisen auf eine Definition, wonach beides sich auf durch das Muskel- und Skelettsystem ausgelöste Bewegungen bezieht, Sport allerdings eine geplante, strukturierte und wiederholt durchgeführte körperliche Aktivität darstellt, die mit dem Ziel einer Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit verbunden ist (ebd.). Die Möglichkeiten zur körperlichen Aktivität und zur Sportteilnahme sind für ältere Menschen durchaus vielfältig und unterscheiden sich nicht nur nach Bewegungsanlässen (bspw. Gartenarbeit, Spaziergehen) oder Sportarten, sondern auch hinsichtlich der sozialen und organisatorischen Settings (alleine, mit Freunden, Bekannten oder Nachbarn, im Sportverein oder bei kommerziellen Anbietern) (Zender 2017).

Allgemeine Hinweise zur körperlichen Aktivität und Bewegung im Alter liefert eine Auswertung der repräsentativen DEGS1-Studie⁷ von Krug et al. (2013), die allerdings keine gesonderten Ergebnisse zu älteren Migrant*innen ausweist. Danach achten rund 40,9 % der Frauen in der Altersgruppe 60 bis 69 Jahre und 41,8 % in der Altersgruppe 70 bis 79 Jahre stark bis sehr stark auf ihre körperliche Bewegung. Etwas höher liegt dieser Anteil bei älteren Männern: In der Altersgruppe der 60 bis 69-jährigen gaben 44,8 % und in der Altersgruppe der 70 bis 79-jährigen 52,3 % an, stark bis sehr stark auf ihre körperliche Bewegung zu achten (ebd.). Leicht abweichende Ergebnisse zeigen sich in Bezug auf die Frage nach der sportlichen Aktivität. Dazu gaben in der Altersgruppe von 60 bis 69 Jahren 23,6 % der Frauen und 25,5 % der Männer an, regelmäßig mindestens 2 Stunden pro Woche sportlich aktiv zu sein. In der Altersgruppe der 70 bis 79-jährigen waren dies noch 15 % der Frauen und 22,6 % der Männer.

Den Befunden des Deutschen Alterssurvey (DEAS) von 2014 zufolge sind in der Altersgruppe der 55- bis 69-Jährigen 38 % mehrmals wöchentlich und knapp 18 % einmal in der Woche sportlich aktiv, der Anteil in der Altersgruppe 70 bis 85 Jahre sinkt auf knapp 30 % bzw. gut 16 % (Spuling et al. 2017). Auf die gesamte, im Alterssurvey betrachtete Altersgruppe der 40- bis 85-Jährigen bezogen sind Frauen etwas häufiger sportlich aktiv als Männer. 36,4 % der Frauen gaben an, mehrmals wöchentlich Sport zu treiben, im Gegensatz zu 33,9 % der Männer. Ein deutlicher Unterschied bei der sportlichen Aktivität zeigt sich in Abhängigkeit vom Bildungsstatus. 44,7 % der 40- bis 85-Jährigen mit einem hohen Bildungsstatus sind mehrmals in der Woche sportlich aktiv. Im Vergleich dazu ist der Anteil in der gleichen Altersgruppe bei Menschen mit niedrigem Bildungsstatus mit 21,5 % nur knapp halb so groß

⁷ Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland – Welle 1, durchgeführt vom Robert Koch-Institut (RKI) 2008-2011 im Rahmen des Gesundheitsmonitorings

(Spuling et al. 2017). Insgesamt verzeichnen Krug et al. (2013) für die Altersgruppen ab 60 Jahren über einen Zeitraum von etwa 10 Jahren einen deutlichen Anstieg beim Anteil derjenigen, die regelmäßig Sport treiben. Die Autor*innen führen diese Entwicklung auf ein gesteigertes Gesundheitsbewusstsein älterer Menschen und die Erweiterung von Sportangeboten wie Herz-, Rehabilitationssport oder Walkinggruppen zurück.

Klaus und Baykara-Krumme (2017) vergleichen Daten des Deutschen Alterssurvey (DEAS) von 2008 und 2014 zur sportlichen Aktivität von Menschen mit bzw. ohne Migrationshintergrund. Danach sind 26,8 % der 40- bis 85-jährigen Migrant*innen und 33 % der Menschen ohne Migrationshintergrund mehrmals in der Woche sportlich aktiv. Besonders gering ist die sportliche Aktivität mit 16,3 % bei den Arbeitsmigrant*innen, während Migrant*innen aus westlichen oder EU-Ländern mit 32 % nahezu den gleichen Wert wie Personen ohne Migrationshintergrund aufweisen.

Im Folgenden werden Befunde aus der Literatur zum Themenfeld „Sport als Freizeitbeschäftigung von älteren Migrant*innen“ sowie zur „Integration älterer Migrant*innen durch Sport und Bewegung“ berichtet.

4.1 Sport als Freizeitbeschäftigung älterer Menschen mit Migrationshintergrund

Vorstellungen über „Freizeit“ sind kulturell und durch den jeweiligen Kontext von Arbeit und Beschäftigung geprägt. Anderson (2014) zufolge wurde in traditionellen und ländlichen Herkunftskulturen mancher Migrant*innen ursprünglich häufig nicht zwischen Arbeit und Freizeit unterschieden oder ein modernes, westliches Freizeitkonzept verfolgt. Freizeit, d. h. die Zeit, die nicht mit Arbeit verbracht wurde, diente nach diesen traditionellen Konzepten dem sozialen Zusammensein mit der Familie, Nachbar*innen oder Freund*innen und nicht der Durchführung individueller kultureller, sportlicher oder sonstiger Aktivitäten. Dementsprechend seien Zugewanderten aus den entsprechenden Herkunftsregionen organisierte Freizeitaktivitäten oder das deutsche Vereinsleben teilweise zunächst nicht vertraut gewesen. „Freizeit“ sei in Abhängigkeit von den jeweiligen Rahmenbedingungen der Einwanderung erst allmählich, im Zuge des Integrationsprozesses als *„eigenständiges Gut im Sinne der Postmoderne“* (Anderson 2014, S. 232) und der „westlichen“ Kultur wahrgenommen worden. Die Aneignung des deutschen bzw. westlichen Freizeitbegriffes und -verhaltens sei häufig dynamisch erfolgt. Für ältere Menschen mit Migrationshintergrund tritt mitunter eine Ambivalenz gegenüber *„Sport als moderne[r] Freizeitbeschäftigung“* hinzu, die insbesondere für Migrant*innen aus ländlichen Herkunftsregionen im Kontrast zu tradierten Werten und Lebensstilen und damit auch zu tradierten Altersbildern stehen kann (Schwarzenböck 2016, S. 88). Auch Bildung, Alter, Geschlecht und der sozio-ökonomische Status beeinflussen das Freizeitverhalten. Frahsa et al. führen aus, dass Menschen mit geringen formalen Bildungsabschlüssen, einem unterdurchschnittlichen Haushaltseinkommen und Angehörige ethnischer Minderheiten in ihrer Freizeit weniger aktiv seien als Menschen mit einem höheren sozio-ökonomischen Status (Frahsa et al. 2012, S. 182).

Die Potenziale des Sports als Freizeitbeschäftigung müssen vor diesem Hintergrund differenziert betrachtet und diskutiert werden. So gelinge jenen Migrant*innen, deren Kontakte zu Deutschen ausschließlich arbeitsgebunden waren und die sich außerhalb der Arbeit bevorzugt in ihren eigenen ethnischen Gemeinschaften und Familien aufhalten, der Zugang zu organisierten deutschen Freizeit- und Sportangeboten nur schwer (Anderson 2014, S. 238). Im Gegensatz dazu nutzten, nach der

Einschätzung von Anderson, bspw. jüdische Kontingentflüchtlinge und Aussiedler*innen aus der ehemaligen Sowjetunion entsprechende Kurse und Angebote gezielt, um bspw. die deutsche Sprache zu lernen. Hilfreich sei ihnen hierbei ihr oft höherer Bildungsstatus gewesen. Arbeitsmigrant*innen hätten hingegen, wenn überhaupt, eher an Freizeitangeboten oder geselligen Aktivitäten in ethnischen Vereinen und Gemeinschaften teilgenommen, die ihnen Geborgenheit und „*sprachliche Beheimatung*“ boten (Anderson 2014, S. 239). Eine Sonderstellung nähmen dem Autor zufolge jene, oft weiblichen Arbeitsmigrant*innen ein, die einen „*beruflich-sozial emanzipatorischen Weg in der Migration*“ (ebd.) wählten und damit nicht selten einen Bruch mit traditionellen Vorstellungen der Herkunftskultur oder -familie herbeiführten. Sie suchten, auch über Freizeitaktivitäten, den Weg in die moderne westliche Gemeinschaft und soziale Kontakte jenseits ihrer ethnischen Gemeinschaften und gingen dabei teilweise einen „*einsamen Weg*“ (ebd.).

4.2 Integration von Migrant*innen durch Sport und Bewegung

Politisch werden dem organisierten Breitensport und insbesondere den Sportvereinen große Potenziale zugeschrieben, die Begegnung von Menschen unterschiedlicher sozialer, kultureller oder ethnischer Herkunft und damit gesellschaftliche Integration zu fördern. Auch der 14. Sportbericht der Bundesregierung betont die Chance, durch Sport- und Vereinsangebote integrierend zu wirken: „*Der organisierte Sport hat großes Integrationspotential*“ (Deutscher Bundestag 2019, S. 125). Integration in Sportvereinen ist allerdings nicht voraussetzungslos, sondern „*Sport kann auch zur Verfestigung separierender Strukturen und Vorteile beitragen. (...) Daher muss die Integration in und durch Sport gezielt gefördert werden.*“ (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2019, S. 273).

Sportvereine eröffnen aus verschiedenen Gründen gute Möglichkeiten zur Integration unterschiedlicher gesellschaftlicher Gruppen. Die (Sport-)Vereinslandschaft in Deutschland ist sehr vielfältig, so dass in den meisten Regionen unterschiedliche Sport- und Bewegungsbedarfe je nach Geschlecht, Alter, Beweglichkeit oder Ehrgeiz gedeckt werden können. Viele Vereine präsentieren sich mit ihren Angeboten in der Öffentlichkeit und sind auch für Außenstehende relativ gut zugänglich. Bei der Teilnahme an Sportangeboten sind oft keine umfassenden Sprachkenntnisse erforderlich, so lange die sportlichen Regeln und Anleitungen verstanden werden. Daher wird der Sport, da er sowohl in der Freizeit als auch in Gruppen ausgeübt werden kann, in der Literatur als ein „*optimales Umfeld zur Erhöhung der Sprachkompetenz*“ bezeichnet (Schwarzenböck 2016, S. 77).

Modelle zur Beschreibung von unterschiedlichen Dimensionen der Integration von Migrant*innen in Sportvereinen finden sich bei Braun und Finke (2010) und Kleindienst-Cachay et al. (2012). Braun und Finke greifen dabei auf die in Abschnitt 3.1 beschriebenen Grundprozesse der *Kulturation*, *Platzierung*, *Interaktion* und *Identifikation* zur sozialen Integration zurück (Braun und Finke 2010, S. 21 ff.). Sportvereine werden von ihnen mit den dort stattfindenden informellen Prozessen des Wissens- und Kompetenzerwerbs etwa in Bezug auf Sprache, Normen, Werte, Regeln, Symbole oder Umgangsformen als Orte zur *Kulturation* angesehen. Allerdings sei eine Voraussetzung für die Integration in Sportvereinen häufig, dass bereits Sprachkompetenzen und Kenntnisse wesentlicher Normen und Werte vorlägen: „*Ein Mangel an Wissen und Kompetenzen [kann] dazu beitragen, dass wesentliche Voraussetzungen für eine gelingende soziale Integration nicht vorhanden sind*“ (Braun und Finke 2010, S. 23).

Darüber hinaus sei die soziale Integration im Sportverein mit einer *Platzierung* verbunden, aus der damit verbundene Rechte und Pflichten resultierten. So kann im Sportverein beispielsweise eine ehren- oder hauptamtliche Aufgabe, etwa als Kassenwärt*in oder Übungsleiter*in übernommen werden. Auch die Sportpartizipation insgesamt sowie die Stellung als Leistungsträger*in, etwa als hervorragender Sportler*in oder Mannschaftsführer*in, ist dieser Dimension zuzuordnen (Braun und Finke 2010). Soziale Integration kann im Sportverein über die *Interaktion* mit anderen Menschen erfolgen. Der regelmäßige Kontakt zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund beim Sport könne den Aufbau von sozialen Beziehungen und Netzwerken fördern und dazu beitragen, wechselseitige Berührungängste und Vorurteile abzubauen. Kleindienst-Cachay et al. sprechen in diesem Zusammenhang davon, dass sich in Sportorganisationen in besonderem Maße eine Gelegenheitsstruktur für den Aufbau informeller Kontakte abzeichnet (Kleindienst-Cachay et al. 2012, S. 88).

Als bedeutsam für die soziale Integration heben Braun und Finke (2010, S. 26 ff.) auch die Potenziale zur *Identifikation* hervor, die Sportvereine böten. Hierbei könne eine emotionale Bindung entstehen, die sich u. a. in Stolz, dem Gefühl der Zugehörigkeit oder Solidarität äußere. Eine langjährige Mitgliedschaft oder die Beteiligung am Aufbau eines Vereins, einer Vereinssparte oder von Vereinsaktivitäten wirkten sich förderlich auf die Identifikation aus. Positive Erfahrungen, die beim Engagement für die „*Wahlgemeinschaft*“ Sportverein gemacht würden, könnten das Engagement auch in anderen zivilgesellschaftlichen Zusammenhängen begünstigen.

Ein anderes Modell zur Integration im Sportverein wird von Kleindienst-Cachay et al. (2012, S. 49 ff.) im Kontext einer Studie zur Sportbeteiligung älterer Migrant*innen in Nordrhein-Westfalen vorgestellt. Die Autor*innen unterscheiden hierbei drei Bedeutungsebenen des Vereinssports, die für die Integration von Migrant*innen relevant erscheinen: (1) Ebene der Persönlichkeitsentwicklung, (2) Ebene der Interaktion und (3) Ebene der Organisation. Auf der *Ebene der Persönlichkeitsentwicklung* werden integrationsförderliche Kompetenzen aufgebaut, wie z. B. der Spracherwerb, die Aneignung kultureller Gepflogenheiten, Überzeugungen oder Einstellungen. Ähnlich wie Braun und Finke (2010) verweisen auch diese Autor*innen darauf, dass das Vorhandensein integrationsförderlicher Kompetenzen möglicherweise bereits Voraussetzung für die Teilnahme am Vereinssport „*durch vorherige sprachliche Assimilation wahrscheinlicher*“ (Frogner 1984, S. 357, zit. nach Kleindienst-Cachay et al. 2012, S. 51).

Auf der *Ebene der Interaktion* werden integrierende Wirkungen durch den Aufbau sozialer Bindungen und Netzwerke erzielt. Zugleich können auf dieser Ebene aber auch Fremdheitserfahrungen und Diskriminierungen erlebt werden, die wiederum der Integration entgegenwirken und Konflikte provozieren können. Konflikte können danach beispielsweise durch ein unterschiedliches Verständnis der Ausübung einer Sportart, aber auch durch Statusungleichheiten, unterschiedliche kulturelle Normen oder kulturelle Missverständnisse hervorgerufen werden. Statusgleichheit gilt, Kleindienst-Cachay et al. zufolge, als förderlicher Faktor für die Integration (Kleindienst-Cachay et al. 2012, 54).

Integration findet auf der *Ebene der Organisation* statt, indem Migrant*innen in Vereine aufgenommen werden, ihre Vereinsaktivitäten durch die Strukturen in den Vereinen unterstützt werden und sie Ämter bekleiden. Bei der Übernahme von Ämtern in deutschen Sportvereinen waren Migrant*innen zum Zeitpunkt der Untersuchung (2008) von Kleindienst-Cachay et al. noch „*in ganz erheblichem Maße unterrepräsentiert.*“ (Kleindienst-Cachay et al. 2012, S. 58). Nach Einschätzung der

Vereinsvertreter*innen engagierten sich ältere Migrant*innen zu wenig in den Vereinen (Kleindienst-Cachay et al. 2012, S. 177). Vogel et al. (2019, S. 6, mit Verweis auf Braun und Finke 2010) zufolge nähmen Vereine allerdings ältere Migrant*innen seltener als Gruppe mit „*Engagementpotenzial*“ wahr oder erreichten sie nicht mit ihren Angeboten.

Der Zweite Engagementbericht der Bundesregierung (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2017, S. 232 ff.) hebt hervor, dass ehrenamtliches Engagement ein wesentlicher Katalysator für die Integration und Partizipation von Menschen mit Migrationshintergrund sein kann. Einer Sonderauswertung des Vierten Freiwilligensurveys von 2014 zufolge engagierten sich mit 31,5 % Menschen mit Migrationshintergrund (übergreifend über unterschiedliche Engagementbereiche) deutlich seltener ehrenamtlich als Personen ohne Migrationshintergrund (46,8 %) (Vogel et al. 2017). Dabei ist im Vergleich der Altersgruppen die Engagementquote der 65-jährigen und älteren Migrant*innen am niedrigsten (26,2 %). Frauen mit Migrationshintergrund waren anteilig insgesamt weniger engagiert als Männer. Im Engagementbereich „Sport und Bewegung“ ist der Anteil der Engagierten bei jenen Personen am niedrigsten, die nicht über die deutsche Staatsangehörigkeit verfügen und nicht in Deutschland geboren sind (ebd.). Gründe hierfür vermuten die Autorinnen in einer geringeren Bildung, geringeren Alterseinkommen und einer schlechteren gesundheitlichen Verfassung im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung (Vogel et al. 2017, S. 25).

Mit Verweis auf die Bedeutung des ehrenamtlichen Engagements in Sportvereinen für den Integrationsprozess fordert die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, dass dieser Bereich mehr gefördert werden müsse (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2019, S. 273).

4.3 Ältere Migrant*innen im organisierten Sport

Der Anteil von älteren Menschen mit Migrationshintergrund im Vereinssport ist im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen gering (Schwarzenböck 2016; Marschke und Brinkmann 2014; Kleindienst-Cachay et al. 2012). Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration verweist auf den Sportentwicklungsbericht 2015/16, demzufolge ein Viertel der deutschen Sportvereine keine Mitglieder mit Migrationshintergrund verzeichnete (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2019, S. 274-275). Vereine, die einen höheren Anteil an Mitgliedern mit Migrationshintergrund zählten, befanden sich vor allem in Großstädten und den Stadtstaaten. Deutlich wird zudem ein Ost-West-Gefälle: In den ostdeutschen Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen gaben über die Hälfte der Sportvereine an, keine Mitglieder mit Migrationshintergrund zu haben. Dieser Befund ordnet sich in die zu Beginn in Kapitel 3 berichtete Datenlage zur Bevölkerung ein, wonach in den ostdeutschen Bundesländern Migrant*innen einen wesentlich geringeren Anteil an der Gesamtbevölkerung stellen als in westdeutschen Bundesländern und den Stadtstaaten.

Als Reaktion auf diese geringe Repräsentanz von Migrant*innen im Vereinssport und auch vor dem Hintergrund des gesellschaftlichen Auftrags, einen Beitrag zur Integration zu leisten, engagieren sich zahlreiche Vereine für die Teilnahme von Migrant*innen am Vereinssport. Das Engagement in diesem Bereich wird in den zweijährigen Sportentwicklungsberichten unter unterschiedlichen Schwerpunkten erfragt. Im Sportentwicklungsbericht 2017/18 wurde beispielsweise nach dem Engagement für ausgewählte Zielgruppen gefragt. 17 % der Sportvereine gaben an, sich *nicht* für Migrant*innen und

25 % sich *nicht* für Flüchtlinge zu engagieren (Breuer und Feiler 2019, S. 13). Nahezu ein Viertel der Vereine bekundete, *kein* Engagement im Seniorensport zu entwickeln. Ältere Menschen mit Migrationshintergrund bilden damit mutmaßlich für einen Teil der Vereine aus zweifacher Perspektive keine relevante Zielgruppe. Im Sportentwicklungsbericht 2015/16 wurde nach der Förderung von Toleranz und Fairplay in den Vereinen gefragt. 91 % der Sportvereine gaben an, Toleranz und Fairplay fördern zu wollen und 73 % stimmten dem Ziel, Menschen mit Migrationshintergrund Sport zu ermöglichen, „*voll und ganz*“ zu (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2019, S. 274). Der Sportentwicklungsbericht 2013/2014 wertete Daten zum Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund an den Mitgliedern der Sportvereine aus. Angegeben wurde ein Anteil von 6,2 % Migrant*innen an allen Mitgliedern in Sportvereinen, wobei nicht weiter nach Alter differenziert wurde (Breuer und Feiler 2015, nach Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2019, S. 274).

Aktuellere, deutschlandweite oder altersdifferenzierte Daten liegen gegenwärtig nicht vor, da die Vereine die Anzahl ihrer Mitglieder mit Migrationshintergrund nicht mehr erheben (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2019, S. 274). Es ist davon auszugehen, dass die Befunde aus Studien, die 2012 und 2013 publiziert wurden, wonach der Anteil von älteren Migrant*innen und insbesondere von älteren Muslimas in Sportvereinen ausgesprochen niedrig ist (Mutz 2013; Kleindienst-Cachay et al. 2012), im Wesentlichen weiterhin Gültigkeit haben. In einer Expertise zur Partizipation von Migrant*innen am vereinsorganisierten Sport für den DOSB, die allerdings nur Personen unter 55 Jahren einbezieht, weist der Autor darauf hin, dass bei Frauen mit Migrationshintergrund eine größere Schichtabhängigkeit bei der Teilnahme am Vereinssport festzustellen ist als bei Männern mit Migrationshintergrund (Mutz 2013). Migrantinnen, die einer „*hohen Sozialschicht*“ angehören, weisen eine ähnliche Sportbeteiligung auf wie Migranten, aber eine fast dreimal höhere Sportbeteiligung als Migrantinnen, die einer „*niedrigen Sozialschicht*“ angehören (Mutz 2013, S. 19). Die Sportaffinität und Teilhabe in Sportvereinen ist, Mutz (2013, S. 26) zufolge, bei Männern „*aus südeuropäischen Anwerbestaaten*“ relativ hoch, bei den Frauen jedoch gering. Diese geschlechtsbezogenen Unterschiede lassen sich nach Mutz bei Migrant*innen aus der ehemaligen Sowjetunion seltener nachweisen, weil hier die Männer insgesamt eine geringere Beteiligung am Vereinssport zeigen. Allgemein unterscheidet sich die Sportbeteiligung nach sozialer Schicht kaum zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. Angehörige niedriger sozialer Schichten sind seltener sportlich aktiv oder Mitglied in Sportvereinen (Mutz 2013, S. 18). Marschke und Brinkmann (2014, S. 73) fassen zusammen, dass die Mitgliedschaft in einem deutschen Verein (hier: nicht nur Sportvereine) bei Migrant*innen durch deren Aufenthaltsdauer in Deutschland, Berufsposition und Schulbildung beeinflusst wird.

Nach den von Kleindienst-Cachay et al. (2012, S. 167) in Nordrhein-Westfalen erhobenen Daten waren 2008, zum Zeitpunkt der Studie, 3,5 % der über 60-jährigen Migrant*innen in einem deutschen Sportverein organisiert, 4,5 % waren Mitglied in einem ethnischen Verein, 2,1 % in kommerziellen Sportschulen und 3,9 % in Fitnessstudios. Ihrer Einschätzung nach nehmen Migrant*innen relativ gesehen eher an Angeboten von Fitness- und Gesundheitsstudios teil, weil diese sich nicht an bestimmte Zielgruppen richteten, nur geringe oder kursbezogene Beiträge geleistet werden müssten, und die Angebote oft unverbindlich, zeitlich flexibel und ohne feste Gruppenstrukturen organisiert seien. Der Zugang sei daher insbesondere für jene Migrant*innen, die im Alter Pflichten innerhalb ihrer Familien übernehmen müssten oder denen die deutsche Vereinsstruktur unbekannt sei, im Vergleich zu Vereinsangeboten einfacher. Kleindienst-Cachay (2012, S. 85) weisen außerdem auf das „*besondere*

Inklusionspotential“ von Betriebssportgruppen, die vor allem älteren oder eher sportfernen Migrant*innen einen niedrighschwelligigen Zugang zu Sportangeboten bieten könnten, hin.

Den – relativ gesehen – größten Zuspruch erfahren, der Studie von Kleindienst-Cachay zufolge, die Sportangebote von ethnischen Vereinen. Abgesehen davon, dass ältere Migrant*innen meist ohne Verständigungsprobleme die Angebote wahrnehmen können, erfüllen ethnische Vereine oft noch zusätzliche Funktionen, was ihre Attraktivität steigert. So können sie als Bindungsglied in die Herkunftskultur dienen (Marschke 2014, S. 74) und werden als „*Heimat*“ wahrgenommen (Kleindienst-Cachay et al. 2012, S. 43). Ethnische Vereine unterstützen ihre Mitglieder häufig auch bei Alltagsproblemen. In der Untersuchung von Kleindienst-Cachay (2012, S. 181) gaben 83,3 % der ethnischen Vereine an, ihre Mitglieder bei der Arbeitsplatzsuche, bei Behördengängen (66,7 %) und bei der Wohnungssuche (42,9 %) zu unterstützen. Braun (2010, S. 30-31) verweist allerdings darauf, dass in fachlichen Diskursen zur Gemeinwohlorientierung von Vereinen ethnischen Vereinen bzw. „*Migrantensportvereinen*“ teilweise zugeschrieben wird, die Bildung von „*Parallelgesellschaften*“ zu fördern. Die Sicht auf und das Selbstverständnis von Sportvereinen als „*gemeinwohlorientierte Institutionen der 'Sozialkapitalproduktion'*“ werde ethnischen Vereinen seiner Einschätzung nach oft abgesprochen (ebd.).

4.4 Programme und Angebote von DOSB und LSB

Die Förderung der Sportbeteiligung von Migrant*innen ist eine Aufgabe, der sich sowohl der Deutsche Olympische Sportbund als auch die Landessportbünde mit gezielten Programmen und Projekten stellen. Das zentrale Programm des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB), das auf die Integration von Menschen mit Migrationshintergrund in den organisierten Sport abzielt, ist das 2001 aufgelegte, durch das damalige Bundesministerium des Inneren und das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge geförderte Programm „Integration durch Sport“ (Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) 2010). Das Programm dient dem Ziel, den Dialog zwischen Migrant*innen und der nicht-migrantischen Bevölkerung in Deutschland zu unterstützen. Der hierauf abzielende Integrationsprozess wird als dauerhafte Aufgabe beschrieben, die sich „*grundsätzlich nicht nur auf die Zugewanderten bezieht, sondern ebenso die Einheimischen betrifft.*“ (Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) 2010, S. 5). Die strategischen Ziele des Programms sind dem 14. Sportbericht der Bundesregierung zufolge (Deutscher Bundestag 2019, S. 125 ff.):

- Integration in den Sport
- Integration durch den Sport
- Förderung/Unterstützung der Sportorganisationen bei der Integrationsarbeit
- Förderung und Anerkennung des freiwilligen Engagements
- Förderung der interkulturellen Öffnung des Sports
- Stärkung der gesellschaftspolitischen Wahrnehmung und Anerkennung der Integrationsarbeit im Sport

Damit werden unterschiedliche Dimensionen und Adressaten der Integration von Migrant*innen im Bereich des Sports definiert. Migrant*innen sollen sowohl verstärkt an Sportaktivitäten teilnehmen („Integration in den Sport“), als auch durch die Teilnahme an den Sportaktivitäten in die Gesellschaft integriert werden („Integration durch den Sport“). Sportorganisationen, bspw. Vereine und Verbände, sollen ihre Aktivitäten im Bereich der Integration verstärken („Förderung/Unterstützung der

Sportorganisationen bei der Integrationsarbeit“) und zur kulturellen Vielfalt beitragen („Förderung der interkulturellen Öffnung des Sports“). Das freiwillige Engagement von Migrant*innen im organisierten Sport soll sowohl im Bereich der sporadischen Mitarbeit als auch bei der Übernahme von Ämtern gefördert werden („Förderung und Anerkennung des freiwilligen Engagements“). Das Thema „Integration“ soll im Sportbereich strukturell gestärkt werden, etwa durch Integrationsbeauftragte („Stärkung der gesellschaftspolitischen Wahrnehmung und Anerkennung der Integrationsarbeit im Sport“). Das Programm dient somit der Strukturentwicklung in Sportvereinen und richtet sich zugleich an Individuen, die für Sport und ehrenamtliches Engagement in diesem Bereich gewonnen werden sollen.

Das Programm „Integration durch Sport“ adressiert insbesondere ältere Menschen, Mädchen und Frauen sowie sozial Benachteiligte (Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) 2010, überarbeitet 2019) und ist vernetzt mit dem Ressort „Präventionspolitik und Gesundheitsmanagement“ /Arbeitsfeld „Sport der Generationen“ des Deutschen Olympischen Sportbundes. Innerhalb des Programms richtete sich das Projekt „Zugewandert und geblieben“, das von 2013 bis 2016 gefördert wurde, explizit an ältere Menschen mit Migrationshintergrund (Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) 2017a). Das Projekt „Zugewandert und geblieben“ verfolgte die Ziele, Zugangswege zur Zielgruppe zu erproben, zielgruppenspezifische Angebote partizipativ zu entwickeln und Sportorganisationen für die Belange der Zielgruppe zu sensibilisieren. An dem Projekt nahmen fünf Mitgliedsorganisationen des DOSB mit jeweils drei bzw. vier Vereinen teil: Der Deutsche Tischtennisbund DTTB, der Katholische Sportverbund (DJK), die Sportjugend Brandenburg (SJ BBG), der Landessportverbund Nordrhein-Westfalen und der Landessportverband Schleswig-Holstein. Vier der sechzehn Vereine befinden sich in einem ostdeutschen Bundesland (Brandenburg), ein Verein liegt in einem Stadtstaat (Berlin) und elf Vereine sind in westdeutschen Bundesländern angesiedelt. Die meisten Vereine (n = 12) bedienen als Mehrspartenvereine verschiedene Sportarten. Fünf Vereine waren zugleich Stützpunktvereine des Programms „Integration durch Sport“. Diese Vereine sind Teil der Struktur im Programm „Integration durch Sport“ und haben die Aufgabe, eine *„regelmäßige, langfristige und kontinuierliche Arbeit vor Ort“* zu gewährleisten (Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) 2010, S. 10).

Die am Projekt „Zugewandert und geblieben“ teilnehmenden Vereine boten im Rahmen des Projektes sowohl Sportkurse, die nach Geschlechtern getrennt waren, als auch gemischtgeschlechtliche Kurse an. Im Einzelnen wurden Angebote für Tischtennis, Gymnastik, Pilates, Fußball, Zumba, Badminton, Volleyball, Qi-Gong, Fitness, Schwimmen/Wassergymnastik, Gesundheitssport, Bauchtanz und Nordic Walking durchgeführt. Die Auswertung des Projektes zeigte, dass die Nachfrage nach gesundheitsorientierten Angeboten bei den Frauen größer war, als bei Männern (Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) 2017a, S. 35). Nach Geschlecht getrennte Angebote, die zudem längere Abwesenheiten (Pendelmigration) berücksichtigten, richteten sich vor allem an türkeistämmige muslimische Ältere.

In der Evaluation des Projektes wurden folgende Erfolgsfaktoren für die Durchführung der Kurse identifiziert (Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) 2017a, S. 32 ff.):

- Die Vereinsleitung nahm eine Schlüsselrolle bei der interkulturellen Öffnung des Vereins ein.
- Die Haltung des gesamten Vereins zum Umgang Vielfalt.
- Interkulturelle Öffnung eines Vereines als Teil der Vereinskultur.
- Die Zielgruppen wurden in die Entwicklungsprozesse einbezogen.

- Hilfreich war die Mehrsprachigkeit zentraler Akteure.
- Spaß sollte bei der Kursgestaltung im Vordergrund stehen.

Zur Förderung der Sportbeteiligung älterer Menschen führte der DOSB zwischen 2010 und 2011 das Modellprojekt „Bewegungsnetzwerk 50 plus“ durch. In dem Projekt wurden bundesweit mit 10 Mitgliedsorganisationen des DOSB modellhaft Maßnahmen zur Bewegungsförderung im Alter durchgeführt. Der Badische Sportbund beteiligte sich mit dem Projekt „Gewinnung neuer Zielgruppen“ an dem Modellvorhaben. Ziel in diesem Projekt war es, ältere Menschen mit Migrationshintergrund für „*Bewegung, Spiel und Sport*“ zu gewinnen (Badischer Sportbund o. D.). Im Zentrum des Projektes stand der Aufbau von „*Vereinstandems*“ durch den Einsatz von „*Kurspaten*“, die als „*Brückenbauer*“ und „*Motivatoren*“ ältere Migrant*innen an Sportvereine heranführen sollten (ebd.). Hierbei wurde mit externen Partnern, wie Migrantenorganisationen oder Stadtteilvereinen zusammengearbeitet. An dem Projekt waren mehrere Sportvereine aus Baden-Württemberg beteiligt.

Insgesamt bemühen sich zahlreiche Sportvereine vor dem Hintergrund ihres gesellschaftlichen Auftrags um eine Öffnung ihrer Angebote für Migrant*innen. Insbesondere die ca. 3.500 Stützpunktvereine bekennen sich ausdrücklich zur Förderung der Integration von Menschen mit Migrationshintergrund durch Angebote im Sport⁸. Stützpunktvereine können an Fortbildungsveranstaltungen im Programm „Integration durch Sport“ teilnehmen und werden bei der Gestaltung ihrer Angebote konzeptionell beraten.

Ob diese Aktivitäten zu einer stärkeren Sportbeteiligung von älteren Migrant*innen führen, kann im Rahmen der Expertise nicht beurteilt werden, da keine aktuellen Daten zur Anzahl von (älteren) Migrant*innen in Sportvereinen vorliegen. Die Ergebnisse der Literaturübersicht bestätigen den verbreiteten Eindruck, dass ältere Migrant*innen häufig nur schwer Zugang zu Bewegungs- und Sportangeboten sowie zu Sportvereinen finden. Die in den vorangegangenen Kapiteln ausgewerteten Quellen deuten zugleich darauf hin, dass es sich hierbei nicht um ein sportspezifisches Phänomen handelt. Insgesamt scheint die Inanspruchnahme von organisierten Freizeit- und Gesundheitsaktivitäten außerhalb der eigenen ethnischen Gemeinschaften bei jenen älteren Migrant*innen gering, die sich nicht aus eigener Initiative und gezielt, bspw. zum Spracherwerb, um soziale Beziehungen aufzubauen oder um ihre Gesundheit zu fördern, um die Teilnahme an allgemeinen, nicht spezifisch kultursensibel ausgerichteten Angeboten bemühen.

⁸ Zur Anzahl der Stützpunktvereine s. DOSB-Homepage: <https://integration.dosb.de/> [letzter Zugriff: 26.11.2020]

5 Förderliche und hinderliche Einflussfaktoren auf die Zugänge zum und die Teilnahme am Vereinssport bei älteren Migrant*innen

Das folgende Kapitel stellt Barrieren und Zugangswege älterer Menschen mit Migrationshintergrund zu Sport und Bewegung und zu Sportvereinen vor. Basis der Ausführungen sind zum einen die Ergebnisse der Literaturrecherche, Studien und Evaluationen (u. a. von DOSB-Projekten), die teilweise auch den vorangegangenen Kapiteln zugrunde lagen, sowie zum anderen die Ergebnisse aus den fünf im Rahmen der Expertise geführten Hintergrundgesprächen mit Expert*innen (zur Methode vgl. Kap. 3).

Barrieren im Zugang zu gesundheitsbezogenen Angeboten und zum Sport werden in der Literatur unter der Verwendung unterschiedlicher Systematisierungen ausführlich thematisiert (vgl. auch Kapitel 3.2.3). Frahsa et al. (2012) unterscheiden beispielsweise beim Zugang von sozial Benachteiligten zu Bewegungsangeboten grundlegend drei Kategorien von Barrieren: (1) „*Persönliche Barrieren*“, die auf Seiten des Individuums bestehen, (2) „*Soziokulturelle Barrieren*“, die im sozialen Umfeld des Individuums, bspw. in den Familien, Nachbarschaften, eigenen oder fremden ethnischen Gruppen, wirksam werden und (3) „*Umweltbezogene Barrieren*“, zum Beispiel im Wohnumfeld oder dem Quartier. Diese Systematik wird im Folgenden genutzt, um die Zugangsproblematik älterer Migrant*innen zu Bewegungsangeboten und dem Vereinssport darzustellen. Übertragen auf diese Zielgruppe und um migrationsspezifische Aspekte ergänzt, werden in den unterschiedlichen Dimensionen („Individuum“, „Soziokulturelles Umfeld“ und „Umwelt“) neben Barrieren jeweils auch Zugangswege dargestellt. Vereine als Organisationen sowie das System „Verein“ sind der Dimension „Umwelt“ zugeordnet.

5.1 Dimension „Individuum“: Persönliche Zugangsbarrieren und Zugangswege

5.1.1 Sprache und Bildung

Eine zentrale Barriere beim Zugang älterer Migrant*innen zu deutschsprachigen Angeboten (unabhängig vom Inhalt der Angebote) ist eine geringe Sprachkompetenz (vgl. Abschnitt 3.2.3). Razum weist, bezogen auf den Gesundheitsbereich, darauf hin, dass „*angemessene Sprachkenntnisse bzw. -fähigkeiten*“ eine „*grundlegende Voraussetzung zur Teilhabe am Versorgungssystem sind*“ (Razum 2010, S. 17). Darüber hinaus sind „*auch Ausdrucksvermögen und der Alphabetisierungsgrad sowie die formale Schulbildung [...] eine wichtige Basis für eine gelungene Kommunikation im Gesundheitsbereich [...]*“ (ebd.). Den Betroffenen sind mangelnde Kenntnisse der deutschen Sprache oft unangenehm. Aus Scham verschweigen sie teilweise, dass sie die Inhalte in einem Gespräch kaum verstehen (vgl. hierzu beispielhaft Yilmaz-Aslan et al. 2013). Während zu Gesundheitssport- oder Rehakursen die älteren Migrant*innen teilweise von Angehörigen begleitet werden, die ihnen die Anleitungen übersetzen, ist das im Vereinssport kaum möglich. Auf Seiten der Vereine braucht es bei Sprachproblemen und Übersetzungen aus der Sicht eines Experten „*brutal viel Engagement, Motivation und Knowhow*“ (IV5_20200909_43-43). Die Verwendung von eher knapp gehaltenen Fachbegriffen, bspw. bei der Anleitung sportlicher Aktivitäten und im Training, kann für Teilnehmende mit Migrationshintergrund sowohl schwer zu verstehen als auch schwer zu interpretieren sein. Eine Expertin äußert dazu: „*Im alltäglichen Trainingsbereich kann es dann aber schnell ein bisschen schwieriger werden*“ (IV2_20200820_56-56). Der gezielte Einsatz von Muttersprachler*innen in Vereinen bzw. als

Übungsleiter*innen in Angeboten und Kursen kann Sprachbarrieren überwinden helfen. Der Auswertung des Projektes „Zugewandert und geblieben“ zufolge war die Mehrsprachigkeit der zentralen Akteure in den Vereinen „*besonders hilfreich*“ (Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) 2017a, S. 33). Altgeld weist in Bezug auf den Einsatz von muttersprachlichen Multiplikator*innen in Präventionsprojekten allerdings darauf hin, dass Übereinstimmungen in Herkunftsland oder -kultur nicht unbedingt eine Kommunikation auf Augenhöhe sicherstellen (Altgeld 2018, S. 100). Statusunterschiede, politische Überzeugungen, religiöse Auseinandersetzungen oder geschlechtsbezogene Haltungen können den Einsatz von muttersprachlichen Kräften kompliziert gestalten (ebd.).

Erkenntnisse aus der Literatur zur Milieu- und Bildungsabhängigkeit bei sportlichen Aktivitäten wurden durch die befragten Expert*innen bestätigt. So wurde in einzelnen Hintergrundgesprächen von Praxiserfahrungen berichtet, wonach Migrant*innen mit hohen formalen Bildungsabschlüssen oder jene, die aus städtischen Regionen migriert sind, dem Sport teilweise aufgeschlossener gegenüberstünden als in ländlichen Regionen aufgewachsene Migrant*innen mit geringeren formalen Bildungsabschlüssen. Diese Erfahrungen entsprechen der Aussage im Deutschen Alterssurvey, wonach ein Zusammenhang zwischen dem Bildungsstatus und der sportlichen Aktivität besteht (vgl. Kap. 4).

5.1.2 Informiertheit

Eine wichtige Voraussetzung zur Teilnahme an sportlichen Aktivitäten ist die Bekanntheit solcher Angebote. Die Suche nach Informationen zu Sport- und Bewegungsangeboten gestaltet sich bei fehlenden Deutschkenntnissen schwierig. Geringe Sprach-, Lese- und Schreibkompetenzen können dazu führen, dass sowohl geschriebene als auch gesprochene Informationen nicht richtig verstanden und eingeordnet werden können. Aufgrund fehlender bzw. für ältere Migrant*innen unverständlicher Informationen besteht daher die Gefahr, dass vorhandene Sportangebote nicht wahrgenommen, seriöse nicht von unseriösen Angeboten unterschieden oder jene Aktivitäten nicht identifiziert werden können, die den eigenen gesundheitlichen oder sportlichen Bedarfen und Interessen entsprechen.

Gerade für diejenigen älteren Migrant*innen, die schriftliche Informationen nicht gut erfassen können oder Broschüren und Flyern nicht trauen, wäre das persönliche Gespräch für die Weitergabe und das Erläutern von Informationen von großer Bedeutung. Der direkte Kontakt mit (mehrsprachigen) Vertreter*innen von Sportangeboten kann es ihnen ermöglichen, Fragen zu stellen und gemeinsam geeignete Angebote für die individuellen Bedürfnisse zu suchen. Anlässe für die Vorstellung von Vereinsangeboten bieten Sprach- oder Gesundheitskurse, Straßenfeste, Wochen- oder Flohmärkte (vgl. IV4_20200826 und Altgeld 2018, S. 100).

Die parallele Nutzung verschiedener Informationsstrategien, Formate und Medien dient angesichts der unterschiedlichen Kompetenzen und Bedürfnisse von älteren Migrant*innen dazu, die Zielgruppe und gegebenenfalls auch die Angehörigen auf mehreren (Informations-)Ebenen anzusprechen. Blümel empfiehlt, bezogen auf die gesundheitliche Aufklärung von Migrant*innen, längerfristig angelegte, crossmediale Kampagnen, die auf einen Medienmix aus Printmedien, audiovisuellen und internetbasierten Einzelmedien setzen, und verweist auf die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und ihre Kriterien für die Mediengestaltung (Blümel 2015, S. 596). Empfohlen werden hierbei die Nutzung einfacher Sprache und soziokulturell akzeptabler Bilderwelten, das Anbieten von Identifikationsmöglichkeiten, beispielsweise durch Darstellende mit Migrationshintergrund, und die Prüfung von Botschaften auf ihre Migrationssensibilität. Hierzu gehört auch, Metaphern auf ihre Verständlichkeit für Migrant*innen hin zu hinterfragen (Blümel 2015, S. 597).

Dabei sollte berücksichtigt werden, dass die gleiche Herkunftssprache nicht ein gleiches Bildungsniveau bedeutet. Einfach geschriebene Informationen können gebildete Vertreter*innen des jeweiligen Sprachhintergrundes irritieren oder vor den Kopf stoßen, ebenso wie kompliziert gestaltete Texte Migrant*innen mit geringer formaler Bildung überfordern können (vgl. auch Abschnitt 3.2.3.).

Eine multidimensional angelegte Informationsstrategie kann auf das Internet nicht verzichten. Allerdings ist die Internetnutzung in höheren Altersgruppen (unabhängig vom Migrationshintergrund) deutlich stärker vom Bildungsstatus abhängig als in jüngeren Altersgruppen. Personen mit hoher Bildung hatten im Jahr 2014, dem deutschen Alterssurvey von 2017 zufolge, in der Altersgruppe „67 Jahre alt und älter“ etwa doppelt so oft einen Zugang zum Internet wie Personen mit niedriger Bildung (Endter et al. 2020). Ehlers et al. (2016) weisen zudem darauf hin, dass Migrant*innen beim Zugang zum Internet zusätzlich benachteiligt sind, da sie überdurchschnittlich oft einen niedrigen sozioökonomischen Status haben und daher seltener über einen Zugang zu einem Computer verfügen. Die Information über ihre Sportangebote mit Hilfe des Internets sollte für Vereine daher nur eine von mehreren Informationsstrategien sein, wenn sich Angebote an ältere Menschen mit Migrationshintergrund richten.

5.1.3 *Finanzielle Ressourcen*

Materielle Armut kann den Zugang zu Sport- oder Gesundheitsaktivitäten erschweren oder verhindern (Tesky et al. 2014; Frahsa et al. 2012; Kleindienst-Cachay et al. 2012). Mitgliedsbeiträge oder erforderliche Anschaffungen, bspw. Hallenschuhe oder Sportbekleidung, können finanzielle Belastungen darstellen, die das Individuum nicht bewältigen kann: *„Manche kommen dann eben doch mit den Schuhen, die sie auch auf der Straße benutzen“* (IV4_20200826_59-59). Auch die Teilnahme an Vereinsaktivitäten, wie geselligen Treffen, Ausflügen oder ähnlichem, kann mit Kosten verbunden sein, die zum Ausschluss von Personen mit geringen finanziellen Ressourcen führen. Niedrigschwellige Aktivitäten für ältere Migrant*innen sollten daher möglichst geringe Zusatzkosten erfordern. Der kostenfreie Verleih von Sportgeräten oder eine Tauschbörse für gut erhaltene Sportkleidung können älteren Migrant*innen mit geringen Einkommen die Teilnahme an den Angeboten erleichtern.

Eine zentrale Hürde für eine Mitgliedschaft in einem Sportverein stellt, den Expert*innen in den Hintergrundgesprächen zufolge, die Zahlung von Mitgliedsbeiträgen dar. Die Ablehnung, die (oft geringen) Mitgliedsbeiträge zu zahlen, führen sie auf unterschiedliche Gründe zurück. Eine zentrale Ursache besteht in den oft geringen Haushaltseinkommen oder Renten der älteren Migrant*innen, für die bereits kleine zusätzliche Beträge eine finanzielle Überforderung darstellen können. Ein anderer Aspekt ist, dass sich für jene älteren Migrant*innen, die als Pendelmigrant*innen regelmäßig mehrere Wochen oder Monate im Jahr in ihrem Herkunftsland verbringen, eine Jahresmitgliedschaft oft nicht lohnt. Darüber hinaus entsteht durch die Teilnahme an kostenfreien oder bezuschussten Gesundheitskursen teilweise die Erwartung, auch andere Sportangebote sollten unentgeltlich sein. Schließlich können Vergleiche mit dem System des organisierten Sports im Herkunftsland (falls vorhanden) eine entsprechende Erwartungshaltung erzeugen. Ein Experte berichtet von seinen Erfahrungen mit Migrant*innen aus der ehemaligen Sowjetunion, die es gewohnt seien, dass Sportangebote staatlich organisiert und finanziert wurden. Sie verstünden Selbstfürsorge und Sportteilhabe nicht als ein individuelles Anliegen und hielten die unentgeltliche Bereitstellung von Sportangeboten für eine staatliche Aufgabe (IV5_2020909_30-30).

Da die finanziellen Ressourcen älterer Migrant*innen häufig begrenzt und die Strukturen und Angebote von Vereinen für manche von ihnen nicht auf Anhieb verständlich sind, fällt die

Einschätzung, ob sich die „Investition“ einer langfristigen Mitgliedschaft lohnt, teilweise schwer. Die Teilnahme an Sportangeboten sollte daher nicht mit zu hohen Kosten verbunden (Geuter und Holleder 2012, S. 169) oder gestaffelt sein. In der Auswertung des Programms „Zugewandert und geblieben (ZuG)“ werden als eine Möglichkeit kursbezogene Gebühren angeregt, die eine Teilnahme an Angeboten ermöglichen können, ohne dass die Teilnehmenden sofort in den Verein eintreten müssen (Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) 2017b). Ein Experte weist im Hintergrundgespräch zudem darauf hin, dass die bei vielen Vereinen üblichen Jahresmitgliedschaften möglicherweise grundsätzlich nicht den Bedarfen älterer Menschen entsprechen, die nicht einschätzen können, wie lange sie noch Sport treiben können (IV5_20200909_55-55). Altersabhängige Regelungen für die Mitgliedschaft müssten allerdings in den Vereinen gut kommuniziert werden, damit sich andere Mitglieder nicht benachteiligt fühlen.

Insgesamt wurde die Zahlung von Mitgliedsbeiträgen in den Expertengesprächen ambivalent bewertet. Einerseits stellen Mitgliedsbeiträge eine Barriere für den Zugang zum Sport für jene Personen dar, die (mit oder ohne Migrationshintergrund) über ein geringes Einkommen oder eine geringe Rente verfügen. Andererseits würden kostenlose Angebote teilweise als weniger wertvoll angesehen bzw. sei die Motivation höher, an Angeboten teilzunehmen, die man bezahlt habe (IV1_20200819_53-53). Zudem sind Mitgliedsbeiträge als Ergänzung von und in Kombination mit öffentlichen (Förder)Geldern erforderlich, um das selbstorganisierte System „Verein“ zu unterhalten, Übungsleiter*innen zu finanzieren und Kurse anbieten zu können.

5.1.4 Körper und Gesundheit

Altersbedingte körperliche Beschwerden und gesundheitliche Einschränkungen führen dazu, dass Bewegung und Sport beschwerlich und förderliche Effekte des Sports auf die Gesundheit nur selten unmittelbar sichtbar werden. Der Gesundheitszustand älterer Migrant*innen ist, wie in Kapitel 3 beschrieben, oft deutlich schlechter als jener der gleichaltrigen deutschen Durchschnittsbevölkerung, solange der sozioökonomische Status nicht berücksichtigt wird. Dieser Umstand wird auch von den Expert*innen in den Hintergrundgesprächen bestätigt: *„Die Leute sind gesundheitlich nicht in Form“* und *„deswegen empfinden sie es als Belastung sich zu bewegen und vermeiden es“* (IV1_20200819_41). Aus Sicht einer Expertin sind ältere Migrant*innen *„viel gebrechlicher“* als gleichaltrige Deutsche, oft als Folge eines *„harten Lebens“* in ihren Herkunftsländern (IV4_20200826_55-71).

Der Zusammenhang zwischen Bewegung bzw. Sport und Gesundheit wird einerseits regelmäßig im Zuge von Informationskampagnen zu Gesundheit und Prävention betont, er muss aber im sportlichen Tun auch erlebbar sein. Ein fehlendes Bewusstsein der *„Effekte sportlicher Betätigung“* (Kleindienst-Cachay et al. 2012, S. 82) ebenso wie eine geringe Selbstwirksamkeit (Frahsa et al. 2012, S. 181) können dazu führen, dass förderliche Wirkungen von sportlichen Aktivitäten auf die eigene Gesundheit als unwahrscheinlich und die damit verbundene Anstrengung als unnötig angesehen werden. Die gesundheitsförderlichen Effekte des Sports sind insbesondere, wenn man ein wenig bewegungsorientiertes Leben führte, teilweise erst langfristig zu erkennen. Damit ist der Sinn der zunächst erlebten Anstrengung oft nicht gleich sichtbar. Eine Expertin schlägt daher vor, dass eine Annäherung an Sport schrittweise über Gesundheitskurse erfolgen könnte, beispielsweise zunächst mit dem Thema *„Ernährung“* (IV4_20200826_83-83). Präventionskurse der Krankenkasse könnten das Gesundheitsbewusstsein stärken und zu einem gesunden Lebensstil motivieren. Eine Verschränkung

von Gesundheitsinformationen und deren Anwendung in Sport- und Bewegungsangeboten könnte hierbei zielführend sein.

Angebote des Gesundheits- oder Rehasports bieten grundsätzlich die Möglichkeit, dass ältere Menschen den Zugang zu einer weiteren Sportbeteiligung finden. Sie sind zeitlich begrenzt, meist kostenfrei oder erfordern nur geringe Zuzahlungen und werden, wenn es sich um Rehabilitationsmaßnahmen handelt, durch Ärzte als anerkannte Respektspersonen „von oben verordnet“ (IV4_20200826_84-84). Die Teilnahme am Gesundheitssport erfolgt nach Einschätzung eines Experten weniger aus eigenem Antrieb, als vielmehr auf Grund von Verordnungen und „das ist dann aber auch wie ein Befehl“ (IV1_20200819_90-90). Auch wenn die Teilnehmenden merken, dass ihnen die Bewegung guttut, würden sie nach Erfahrung einer Expertin aber nur selten zu einer langfristigen Sportbeteiligung finden (IV2_20200820). Die Angebote würden „abgearbeitet“ (ebd.), weil es so vorgeschrieben sei, aber an weiteren Vereinsangeboten oder gar einer Vereinsmitgliedschaft bestehe oft wenig Interesse. Ein wesentlicher Hinderungsgrund seien aus ihrer Erfahrung hierbei die Kosten für eine Mitgliedschaft.

Allgemein spricht das Thema „Gesundheit“ der Literatur zufolge eher Frauen als Männer an. Frauen scheinen sich stärker für gesundheitsbezogene Angebote begeistern zu können. Diese Erkenntnis wurde unter anderem in der Auswertung des Projektes „Zugewandert und geblieben (ZuG)“ gewonnen (Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) 2017b). Die in Abschnitt 3.2.3 bereits zitierte Studie zu Gesundheitskursen für ältere türkeistämmige Frauen (Schattschneider et al. 2014) bestätigt diese Erfahrung. Unklar ist, welche Themen der Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Sportangebote für Männer „anschlussfähig“ sind.

Eine Studie aus Österreich, in der Erwachsene ab 18 Jahren zu ihren Sportaktivitäten befragt wurden, unterstützt die Befunde zu unterschiedlichen Motivlagen von Männern und Frauen hinsichtlich ihrer sportlichen Aktivitäten, ohne allerdings hierbei nach Altersgruppen oder Migrationshintergrund zu unterscheiden (Weiß 2017, S. 29 ff.)⁹. Frauen gaben in der Befragung häufiger an, aus gesundheits- oder körperbezogenen Gründen Sport zu treiben. Für Männer standen hingegen der Wettkampf und die Leistungsmessung mit anderen bzw. die Überwindung eigener Leistungsgrenzen im Vordergrund. Die „Motivstruktur“ der Frauen entspreche, so der Autor, „dem neuen Typus des Nichtvereinssportlers, der lieber selbstorganisiert oder bei einem Privatanbieter Sport treibt“ (Weiß 2017, S. 29). Die „Sportorte“ der Männer siedelt der Autor hingegen eher in einem Sportverein oder der Natur an (ebd.). Nach der Einschätzung von Weiß wären Frauen damit eine bevorzugte Zielgruppe für Sportstudios oder Fitnessstudios. Solche kommerziellen Angebote wurden auch in einigen Hintergrundgesprächen als attraktiv für ältere Migrant*innen eingeschätzt. Eine Expertin vermutet, dass die Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio für manche älteren Migrant*innen einem Statussymbol gleichkomme. Außerdem seien Fitnessstudios auch in einigen Herkunftsländern der Migrant*innen verbreitet – im Gegensatz zu Sportvereinen (IV2_20200820). Für eine andere Expertin, selbst eine ältere Migrantin, die auch in einem Fitnessstudio Sport treibt, bietet ein Fitnessstudio mehr Komfort und Flexibilität als ein Sportverein, und sie trifft, nach eigener Aussage, dort mit größerer Wahrscheinlichkeit gleichaltrige Migrant*innen (IV3_20200824).

Die Körperbezogenheit der Angebote zahlreicher Fitnessstudios wird hierbei nicht problematisiert. Kleindienst-Cachay et al. zufolge kann der enge Zusammenhang zwischen Körper und Sport jedoch ein

⁹ In der 2016 online durchgeführten Befragung wurden 1.000 Österreicher*innen erreicht. Die Repräsentativität kann wegen der selektierenden Wahl des Mediums (Internet) nicht eingeschätzt werden.

bedeutsamer Anlass für ältere Migrant*innen sein, sportlichen Aktivitäten mit Distanz oder Ablehnung zu begegnen: *„Kulturelle Differenzen im Sport [bestehen] nun allerdings vor allem deshalb sehr häufig, weil sich das Erbringen sportlicher Leistungen zentral auf den Sinnkontext "Körper" bezieht und dieser sich zumeist in besonderer Weise von den überlieferten Wert- und Normvorstellungen der jeweiligen Herkunftsgesellschaft geprägt zeigt.“* (Kleindienst-Cachay et al. 2012, S. 78). Unterschiedliche Körperbilder und Körperideale können die Teilhabe an Sportangeboten erschweren, ebenso wie verschiedene Einstellungen zu und Interpretationen von Körperkontakten, Körpersprachen oder Körpersymbolik (Schwarzenböck 2016, S. 88).

Ein anderer Aspekt, der die Sportbeteiligung beeinflusst, ist die Sportaffinität bzw. sind die Erfahrungen, die ein älterer Mensch in seinem Leben mit dem Sport gesammelt hat (vgl. Zender 2017). Eine *„fehlende Freude an Bewegung“* (Frahsa et al. 2012, S. 181) und ein *„Mindestmaß an Leistungsfähigkeit, mithin ein gewisses sportliches Talent“* (Kleindienst-Cachay et al. 2012, S. 86) sind zentrale Voraussetzungen, um sportlich aktiv zu werden. Geringe oder negative Erfahrungen mit Sport und Bewegung (bspw. im Sportunterricht oder durch fehlende Angebote im Herkunftsland), vermeintliche *„Unsportlichkeit“* oder selbst empfundene körperliche Ungeschicklichkeit können dazu führen, dass das eigene Bewegungsvermögen als gering eingeschätzt wird, die Teilnahme an sportlichen Aktivitäten Scham erzeugt oder man sich als (sportliche) Last für eine Gruppe wahrnimmt.

Ein Experte beschreibt in einem Hintergrundgespräch, dass für manche älteren Migrant*innen sportliche Aktivitäten mit Kindheit und Jugend verbunden seien und wenn diese Lebensphase vorbei sei, *„dann wird Sport zu treiben oder sich so die Zeit zu vertreiben auch als eine Art Leichtsinn angesehen“* (IV1_20200819_40-40). Eine Expertin weist mit Blick auf die Lebensgeschichte mancher Migrant*innen darauf hin, dass Bewegung mit einem harten Leben in ihren Herkunftsländern verknüpft sein könne (bspw. lange Fußmärsche, harte körperliche Arbeit) und nicht mit freiwillig durchgeführten Sportaktivitäten.

In den Hintergrundgesprächen führen mehrere Expert*innen aus, dass jene Migrant*innen, die früher Sport getrieben haben, auch im Alter leichter für sportliche Angebote zu begeistern seien: *„Das ist ähnlich wie bei Menschen ohne Migrationshintergrund“* (IV5_20200909_28-28). Jene Menschen, die zeitlebens sportlich aktiv gewesen seien, integrierten auch im Alter und in der Migration häufig Bewegung in ihren Alltag. Diese Personen, so die Einschätzung, könnten leichter für den Vereinssport zu gewinnen sein, als Menschen, denen Sport immer fremd gewesen sei. Eine Expertin unterscheidet, mit Verweis auf ihre Erfahrungen mit älteren Migrant*innen im Sportbereich, die frühere Sportbeteiligung nach Herkunft: Während bspw. jüdische Kontingentflüchtlinge häufig in ihrer Jugend an organisierten Sportangeboten teilgenommen hätten, hätten sich Flüchtlingen, bspw. aus dem Irak, Syrien oder dem Libanon, in ihrer Jugend hierzu kaum entsprechende Gelegenheiten geboten (IV4_20200826).

5.1.5 Werte und Einstellungen

Werte und Einstellungen formen Altersbilder, Geschlechterrollen oder Alltagsrituale. Angebote, die den kulturellen oder religiösen Erwartungen nicht entsprechen oder *„Fremdheitserwartungen“* können dazu führen, dass die Mitgliedschaft in einem Sportverein *„erst gar nicht in Betracht gezogen wird“* (Kleindienst-Cachay et al. 2012, S. 83). Insbesondere für orthodoxe Gläubige gelten Empfehlungen für ein angemessenes Verhalten in Familie und Öffentlichkeit, etwa in Hinblick auf die Kleidung, den Kontakt mit dem jeweils anderen Geschlecht, die Einhaltung von Speiseregeln oder Fastenzeiten, wie dem Ramadan. Sie können nur eingeschränkt für Sportangebote gewonnen werden,

an denen Männer und Frauen gemeinsam teilnehmen oder für die eine körperbetonte Kleidung bzw. der Verzicht auf eine Kopfbedeckung erforderlich sind oder auch von den Organisator*innen der Angebote verlangt werden. Ältere Migrant*innen, die eine Trennung der Geschlechter im Alltag gewöhnt sind oder diese für erforderlich halten, werden kaum in gemischtgeschlechtlichen Gruppen Sport treiben, sondern sich getrenntgeschlechtliche Sportgruppen wünschen. Eine fehlende Berücksichtigung der Fastenzeit und von Feiertagen oder die Verbindung von Sport und Alkohol, die bei manchen Sportarten oder Vereinen nahezu selbstverständlich erscheint, können manchen älteren Migrant*innen die Teilnahme an Sportangeboten erschweren. Das Bier nach dem Training konterkariert nicht nur gesundheitsförderliche Eigenschaften des Sports, sondern ist auch mit traditionellen muslimischen Werten und Lebensstilen unvereinbar (Schwarzenböck 2016, S. 88).

Im Zusammenhang mit spezifischen Werten und Einstellungen von Menschen mit Migrationshintergrund spielt auch eine Rolle, dass diese oftmals auch auf Zuschreibungen und Vorurteilen basieren und nicht immer auf einen realen Hintergrund zurückführbar sind. Aus solchen Zuschreibungen kann dann wiederum eine Diskriminierungspraxis resultieren, die erhebliche Auswirkungen auf die soziostrukturellen Teilhabechancen von Migrant*innen haben kann (Schramkowski 2018). Vereine, die vorurteilsfrei auf kulturelle oder religiöse Gepflogenheiten ihrer jeweiligen Zielgruppen Rücksicht nehmen, weisen einen höheren Anteil an Mitgliedern mit Migrationshintergrund auf, wie Kleindienst-Cachay et al. in ihrer Studie zeigen. An erster Stelle steht hierbei die Berücksichtigung von Ess- und Trinkgewohnheiten, religiösen Feiertagen oder Fastenzeiten (Kleindienst-Cachay et al. 2012, S. 174-175). Im Projekt „Zugewandert und geblieben“ bewährte es sich teilweise, wenn nicht nur die Sportangebote nach Geschlechtern getrennt angeboten wurden, sondern auch die Übungsleitungen das gleiche Geschlecht wie die Gruppenmitglieder hatten (Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) 2017a, S. 35).

5.2 Dimension „Soziokulturelles Umfeld“: soziale Barrieren und Zugangswege

5.2.1 Familie

Die Familie stellt für viele ältere Menschen, auch für ältere Migrant*innen, ein wichtiges soziales Netz dar, innerhalb dessen wechselseitig Zuneigung vermittelt und Unterstützung und Hilfe organisiert werden kann. Die eigene Familie kann für ältere Migrant*innen eine wichtige Ressource sein, sich jedoch auch als Barriere erweisen, bspw. wenn sich eine eigenständige Freizeitgestaltung nicht in familiäre Abläufe oder Erwartungen einfügen lässt. Die regelmäßige Teilnahme an sportlichen Aktivitäten kann für jene älteren Migrant*innen schwer zu organisieren sein, die auch im Alter familiäre Verpflichtungen übernehmen, etwa bei der Unterstützung ihrer Kinder und Enkelkinder. Insbesondere die älteren Frauen sind in vielen (traditionell orientierten) Familien stark in die Alltagsorganisation eingebunden und verfügen nur im begrenzten Umfang über freie Zeit für eigene Aktivitäten. Ein Experte beschreibt die Situation dieser Frauen: *„Viele von den Frauen sind aber auch ein bisschen unterdrückt. (...) Die Frauen sitzen dann auch gerne zusammen ohne ihre Kinder. Die wollen auch mal atmen ohne ihre Kinder.“* (IV 1_20200819_59-59). Zudem verfügen manche Migrantinnen, nach den Erfahrungen mehrerer Expert*innen, nicht über ein eigenes finanzielles Budget in ihren Familien und müssen sich ihre Ausgaben für den Sport von ihren (männlichen) Haushaltsvorständen genehmigen lassen.

Eine weitere Hürde für die Beteiligung älterer Migrant*innen an organisierten sportlichen Aktivitäten kann in kulturell oder religiös bedingten Einstellungen in Familien oder ethnischen Gemeinschaften zu sportlichen Aktivitäten im Alter oder als ältere Frau bestehen. Auch wenn Bewegung und Sport älterer Migrant*innen in der jeweiligen Herkunftskultur oder dem Milieu grundsätzlich akzeptiert sind, können die Familienangehörigen, z. B. Ehepartner*innen oder Kinder, ein aus ihrer Sicht unangemessenes Verhalten ablehnen. Für die Teilnahme an deutschen Vereinssportangeboten gilt für manche Migrantinnen: *„Männer erlauben es nicht, am Sport teilzunehmen“* (IV2_20200920_50-50). In den Hintergrundgesprächen wurde in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass die Stellung der Frauen in den Familien je nach Herkunft, Milieu oder kulturellem Hintergrund sehr unterschiedlich sei und die Herkunftskulturen keine pauschalisierenden Rückschlüsse auf die Autonomie und die Handlungsspielräume der älteren Menschen zuließen.

Auch Kleindienst-Cachay et al. (2012, S. 51 ff.) verweisen auf die Bedeutung der Familie für die Sportbeteiligung und nennen als eine wesentliche Voraussetzung für den Zugang zu Sport eine *„höhere Ausstattung mit ökonomischen und kulturellem Kapital“* und Deutsch als Erstsprache innerhalb der Familie. Die Sprach- und Bildungsbarrieren, auf die manche ältere Migrant*innen stoßen, können teilweise mit Hilfe ihrer Kinder oder Enkel überwunden werden, die sie beispielsweise bei Behördengängen begleiten und dolmetschen. Bessere Kenntnisse der deutschen Sprache und ein höheres Bildungsniveau der jüngeren Generationen könnten dazu genutzt werden, um die Gesundheitskompetenz der Älteren zu stärken und ihnen gesundheitsförderliche Aspekte von Bewegung zu verdeutlichen. Hierzu könnten Informationskampagnen hilfreich sein, die sich gezielt an Angehörige richten.

Die Familien sind auch die zentralen Ansprechpartner, wenn es darum geht, ältere Migrant*innen von ihren Pflichten in den Familien zu entlasten, um Zeit für eigene gesundheitsförderliche oder sportliche Aktivitäten zu finden. Bestärkung und Unterstützung durch Angehörige könnten dazu beitragen, dass ältere Migrant*innen sich entsprechende Aktivitäten zutrauen und Zeit für sie nehmen. In diesem Zusammenhang wurde mit den Expert*innen in den Hintergrundgesprächen erörtert, ob generationenübergreifende Sportangebote eine Kombination von Familienpflichten (Enkelbetreuung) und sportlicher Aktivität begünstigen könnten. Die Haltung der Expert*innen hierzu war eher kritisch: Die Bewegungsbedarfe von älteren Menschen und Kindern werden als zu unterschiedlich bewertet, um ihnen innerhalb eines Kurses gerecht werden zu können. Denkbar sei aber, Angebote für Kinder und Großeltern parallel anzubieten, so dass *„die Älteren nicht im Auto auf die Kinder warten, die sie zum Sport begleitet haben“* (IV5_20200909_67-67). Allerdings äußert eine Expertin Skepsis: *„Die Eltern und Großeltern stehen während der Sportangebote der Kinder lieber zusammen, reden und rauchen“* (IV3_20200824_78-79).

5.2.2 Ethnische Gemeinschaften und Nachbarschaften

Ältere Migrant*innen sind häufig fest verankert in ihren ethnischen Gemeinschaften und Nachbarschaften. Die Integration in nachbarschaftliche Netzwerke ermöglicht den Zugang zu sozialem Kapital und zusätzlichen Ressourcen. Eine Konzentration der sozialen Kontakte auf die ethnischen Gemeinschaften und Milieus kann dazu führen, dass *„man [oft] auch niemanden [kennt], der einen zu einem Verein mitnehmen würde“* (IV1_20200819_77-77). Migrant*innen, die das System „Verein“ aus eigener Erfahrung nicht kennen, sollten aus Sicht der Expert*innen in kleinen Schritten mit Sportvereinen vertraut gemacht werden. Mit Hilfe von Lots*innen oder Brückenbauer*innen können Wissen und Erfahrungen im Sinne eines *„capacity buildings“* über Angehörige der migrantischen

Communities weitergegeben werden (Liebing 2019). Mehrere Expert*innen betonen in den Hintergrundgesprächen, dass die älteren Migrant*innen begleitet und „*an die Hand genommen werden müssen*“, um den Zugang zum Vereinssport zu finden (IV2_20200820_54-54). Allerdings weisen sie in diesem Zusammenhang darauf hin, dass weder die Vereine noch die Migrantenorganisationen hierfür die personellen Ressourcen hätten und Multiplikator*innen, die „*soziale Schnittstellen*“ bilden könnten (IV5_20200909_79-79), schwer zu finden seien. Eine Beteiligung älterer Migrant*innen an der Gestaltung von Angeboten kann dafür sorgen, dass deren Einstellungen und Bedürfnisse überhaupt sichtbar werden und Angebote daran angepasst werden können. Eine Zusammenarbeit mit religiösen Akteuren, etwa den Imamen, bei der Information zu und der Gestaltung von Angeboten kann den Zugang zur Zielgruppe konservativer Migrant*innen erleichtern.

Im Rahmen zielgruppenorientierter Zugangsstrategien sollten die im jeweiligen Quartier lebenden oder mit den Angeboten adressierten Milieus und ethnischen Gruppen identifiziert und niedrigschwellig angesprochen werden. Die Beteiligung der jeweiligen Zielgruppe bei der Gestaltung von Angeboten bietet die Möglichkeit, zielgerichtet zu planen und interessierte Akteure von Beginn an einzubeziehen. Hierfür sind ausreichende Ressourcen und „*ein langer Atem*“ (IV4_20200826_104-104) vonnöten. Die Expertin betont außerdem, dass es ihrer Erfahrung nach wichtig sei den Teilnehmenden eines Sportkurses zu Beginn Sicherheit zu vermitteln (IV4_20200826_72-72). Das könnte beispielsweise durch zunächst ethnisch homogene Sportgruppen geschehen, die erst in einem zweiten Schritt in die Vereine integriert werden. Zielgruppenspezifische Angebote ersparen es den einzelnen älteren Menschen, als „Pioniere“ für ihr jeweiliges Herkunftsmilieu aktiv zu werden und sich alleine mit gegebenenfalls bestehenden Barrieren zu konfrontieren.

5.3 Dimension „Umwelt“: Barrieren und Zugangswege auf Quartiers- und Vereinsebene

5.3.1 Quartier

Die Verfügbarkeit von Aktivitäts- und Freiflächen im Quartier ist eine „*signifikante Voraussetzung*“ (Geuter und Holleder 2012, S. 169) für körperliche Aktivitäten im Alter. Empirische Befunde aus den USA zeigen, dass die „*Walkability*“ eines Quartiers, d. h. dessen bewegungsförderliche Qualität bezogen auf den nicht motorisierten Verkehr, die körperliche Aktivität von älteren Menschen positiv beeinflusst (Bödeker und Reyer 2014). Enge Fußwege, unübersichtliche Wegeführungen, unsichere Straßenkreuzungen, fehlende Bänke oder Grünflächen schränken die Bewegungsmöglichkeiten älterer Menschen ein und können ihre Alltagsmobilität erheblich beeinträchtigen. Spaziergänge als eine sehr niedrigschwellige Form der sportlichen Aktivität erscheinen in ungeeigneten Quartieren eher gesundheits*riskant* als gesundheits*förderlich*. Öffentliche Räume hingegen, die eine nicht motorisierte Alltagsmobilität von älteren Menschen begünstigen, ermöglichen ihnen nicht nur die gewünschten Orte im Quartier aus eigener Kraft aufzusuchen, sondern schaffen auch die Bedingungen für soziale Teilhabe und Aktivität. Für die Integration von Sport und Bewegung in den Alltag sind zudem leicht zugängliche Sportanlagen im Quartier förderlich (vgl. Frahsa et al. 2012).

Umweltbezogene Barrieren im Zugang zu Sportangeboten können u. a. in dem räumlich-strukturellen Kontext bestehen, in dem Sportaktivitäten angeboten oder durchgeführt werden. Die räumliche Lage eines Sportvereins oder seiner Sportflächen kann ältere Menschen von einer Teilnahme an Sportangeboten abhalten (Kleindienst-Cachay et al. 2012, S. 82). Ungünstig ist es beispielsweise, wenn

die Sportstätte mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder zu Fuß schlecht erreichbar ist. Auch eine geringe Sichtbarkeit eines Sportvereins im Quartier, beispielsweise durch eine Lage in einem Hinterhof oder einem Gewerbegebiet, sowie unattraktive, ungepflegte oder unsicher wirkende Sportflächen stellen Zugangsbarrieren dar.

Eine Öffnung von Vereinen in die Quartiere kann zum einen räumlich, zum anderen aber auch über die Platzierung von Angeboten im Quartier und die Zusammenarbeit mit Akteuren aus den Quartieren erfolgen. Eine Expertin beschrieb die Komm-Struktur von Vereinen: Vereine müsse man finden, sie seien eher etwas für Menschen, die bereits aktiv sind (IV3_20200824_33-33). Daher mahnte ein anderer Experte: *„Man muss dort hingehen, wo die Leute sind und sie dort abholen.“* (IV1_20200820_83-83). Eine Öffnung der Vereine in die Quartiere und eine Ansprache der Zielgruppen in ihren Lebenswelten wird in verschiedenen Publikationen vorgeschlagen (Altgeld 2018; Alisch 2014; Schwarzenböck 2016). Altgeld empfiehlt, den Zugang zu Zielgruppen an den von ihnen genutzten Orten zu suchen, beispielsweise in den Räumlichkeiten von Selbsthilfeorganisationen und Religionsgemeinschaften, in Arztpraxen, Läden der ethnischen Gemeinschaften, Cafés oder auf Märkten (Altgeld 2018, S. 96). Eine wohnortnahe Ansiedelung der Angebote verankert diese im vertrauten Quartier und ermöglicht es den älteren Menschen zugleich, sie ohne lange Anfahrtswege zu erreichen (Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) 2017a; Geuter und Holleder 2012, S. 169).

Die Anbindung von Kursen und Angeboten an stadtteilbezogene Einrichtungen, wie Nachbarschaftsheime oder Seniorenfreizeitstätten, kann zudem einen niedrigschwelligen und zielgruppenbezogenen Zugang erleichtern (Schattschneider et al. 2014). Die Kooperation mit Quartierseinrichtungen und ihre Beteiligung an der Entwicklung der Kursinhalte kann dazu beitragen Angebote bedarfsgerecht zu gestalten. Durch die Zusammenarbeit mit Akteuren in den Quartieren, insbesondere von Migrantenorganisationen, können vertrauensbildende Zugänge zu älteren Migrant*innen aufgebaut werden. Eine Expertin berichtet beispielhaft von der erfolgreichen Zusammenarbeit ihres Vereins mit Migrantenorganisationen, Gemeinschaftsunterkünften, Trägern der freien Wohlfahrtspflege und dem Quartiersmanagement (IV2_20200920_79-79). Die Mehrsprachigkeit und kultursensible Fachlichkeit (Altgeld 2018, S. 96) von kooperierenden Akteuren kann einerseits die Vermittlung von Inhalten erleichtern und andererseits den Vereinen kulturspezifische Besonderheiten erläutern. Eine Mitarbeit der Vereine in bestehenden Quartiersnetzwerken kann gezielte Kooperationen mit anderen Akteuren im Quartier ermöglichen. Unabhängig von den Sportvereinen und übergreifend für die kommunale Ebene mahnen Frahsa et al. (2012) zudem eine intersektorale Zusammenarbeit der Bereiche Sport, Sozialarbeit und Stadtplanung als unabdingbar für die erfolgreiche und nachhaltige Bewegungsförderung von sozial benachteiligten Gruppen an.

5.3.2 Verein

Das System „Sportverein“ und die deutsche Vereinskultur sind in zahlreichen Herkunftsländern der älteren Migrant*innen nicht bekannt bzw. waren nicht bekannt, als diese dort aufwuchsen (Schwarzenböck 2016, S. 88). Ziele, Strukturen und Inhalte von Vereinen erschließen sich Außenstehenden häufig nur schwer, und das umso mehr, wenn das Vereinsprinzip unbekannt ist. Unübersichtliche Strukturen oder fehlende Ansprechpersonen in den Vereinen erschweren den Zugang und die Integration von Migrant*innen zusätzlich. Eine Expertin vermutet, dass Vereine teilweise als etwas Besonderes, als Angebote für *„Profi-Leute“* (IV3_20200824_34-34) oder *„eher als eine Sache für die Jüngeren“* (IV1_20200819_48-48) wahrgenommen würden. Zudem stellt sich die

Frage, ob sich ältere Migrant*innen überhaupt als Zielgruppe von (deutschen) Sportvereinen sehen oder ob es aus ihrer Sicht ein „Angebot von Deutschen für Deutsche“ ist. Ausschließlich deutschsprachige Informationen, überwiegend deutsche Mitglieder und Werbematerial, das wenig divers ist, dienen nicht dazu, einem solchen Eindruck entgegenzuwirken. Insbesondere wenn die Vereinsstruktur und die mit der Mitgliedschaft verbundenen Verbindlichkeiten unverständlich erscheinen, stellt die (von den Vereinen oft erwartete) langfristige Bindung an einen Verein ein zunächst unkalkulierbares Risiko dar.

Das Prinzip eines Sportvereins besteht darin, dass die Mitglieder miteinander Sport treiben und sich hierbei auf gemeinsame Regeln einigen. Die Akzeptanz und das Befolgen von Vereinsregeln gestaltet sich schwierig, wenn die Struktur eines Vereins, bestimmte Sportarten oder Sportregeln nicht bekannt sind und auch nicht ohne Weiteres durchdrungen werden können. Kulturell- oder milieubedingte Einstellungen, etwa zu Pünktlichkeit oder Verbindlichkeit, sprachliche Besonderheiten, z. B. spezifische Redewendungen, Analogien oder Synonyme, und eine unterschiedliche Interpretation von Sportarten oder sportlichen Regeln können innerhalb von Vereinen zu Konflikten führen (Kleindienst-Cachay et al. 2012, S. 53). Sowohl die älteren Migrant*innen, die an Sportangeboten teilnehmen möchten, als auch die alteingesessenen Mitglieder, die ältere Migrant*innen in ihren Angeboten begrüßen möchten, können mit der Lösung von interkulturellen Konflikten überfordert sein. Eine Expertin thematisiert, dass die Integration älterer Migrant*innen und die Moderation von Gruppenprozessen auch eine große Herausforderung für die Übungsleiter*innen darstelle: *„Wie reagiert die Gruppe auf neue Mitglieder (...)? Werden bei den Einheimischen Vorbehalte ausgelöst?“* (IV4_20200826_65-65). Mit ähnlichen Worten beschreibt sie Ängste von älteren Migrant*innen, die sich darauf beziehen *„in welche Gruppen man kommt, wie die bestehenden Gruppen reagieren werden, ob man in die Gruppe passt“* (IV4_20200826_54-54). Einer anderen Expertin zufolge sei *„eine bestimmte Kraft“* nötig, wenn sich ältere Migrant*innen in einem Verein *„durchsetzen“* wollen (IV3_20200824_57-57).

Viele Vereine sind gewachsene Vereinigungen bzw. nach Braun (2010, S. 40): *„freiwillige Vereinigungen“*, die auf eine langjährige Vereinsgeschichte zurückblicken und durch verflochtene, teils komplizierte Strukturen charakterisiert sind. Eine Öffnung für neue Mitgliedergruppen oder Angebote stellt für sie zum Teil einen herausfordernden Prozess dar. Potentielle Mitglieder müssen *„spezifische Zugangsregelungen überwinden und bestimmte Zugangsvoraussetzungen erfüllen“* und in vielen freiwilligen Vereinigungen, obwohl sie formal als sozial offen gelten, werden *„soziale Schließungen über subtilere, hinter dem Rücken der Individuen ablaufende Mechanismen“* vollzogen (Braun 2010, S. 38). Braun (2010, S. 39) geht davon aus, dass gerade bei frei gewählten Zusammenschlüssen die *„ausgeprägte Tendenz“* bestehen dürfte, sozialstrukturell homogene Gruppen zu bilden, weil sich die Mitglieder in diesen *„wohler“* und *„sozial aufgehobener“* fühlten.

Rulofs (2010, S. 84) bezeichnet Sportvereine als *„träge“* bei der Umsetzung von Veränderungen. Diese Trägheit schütze Vereine vor zu schnellen Anpassungen an sich verändernde Umwelten und behüte u. a. die in einer Satzung festgelegten Ziele und Aufgaben (ebd.). Sie kann aber auch dazu führen, dass die Öffnung für neue Zielgruppen, Sportarten oder Sportkonzepte erschwert wird. Auf die Schwierigkeit der Vereine, sich neuen Entwicklungen zu öffnen, zielt auch der Verweis in einem Hintergrundgespräch auf das Prinzip der Selbstorganisation von Vereinen und die damit verbundenen Aushandlungsprozesse. Eine Öffnung in das Quartier, für neue Zielgruppen oder Themen müsse daher in einem Entwicklungsprozess, *„organisch“* erfolgen (IV5_20200909_43-43). Dies sei leichter, wenn der Verein in einem Quartier ansässig sei, in dem unterschiedliche ethnische Gemeinschaften leben und bereits der Alltag von Diversität geprägt sei.

Wenn Vereine sich verändern, müssen vertraute Routinen überprüft werden (Rulofs 2010, S. 94). Rulofs schlägt daher ein Diversity Management vor, dass bei Trainer*innen und Übungsleiter*innen ansetzt und Vielfalt als Chance kommuniziert. Eine kultursensible Ausrichtung von Sportvereinen kann dazu dienen, Zugangsbarrieren besser zu identifizieren und abzubauen und Integrationsmechanismen dauerhaft in Vereinen zu verankern. Kleindienst-Cachay et al. empfehlen eine aktive „*Inklusionspolitik*“ der Vereine, d. h. eine Öffnung auf Sach- und Sozialebene (Kleindienst-Cachay et al. 2012, S. 261 ff.). Die Autor*innen weisen allerdings auch auf die Begrenzungen hin, die unter anderem im Organisationstyp Verein und in der Personalstruktur von Vereinen liegen.

Sportvereine können durch die Gestaltung ihrer Angebote auf die Bedarfe älterer Migrant*innen reagieren und damit zugleich auch attraktive Angebote für alle älteren Menschen schaffen. Nach den Erfahrungen aus dem Projekt „Zugewandert und geblieben“ wurden Angebote zu Ausdauer und Fitness, Tanzen, Gesundheitsangebote, Ernährungskurse und Denksport von den dort adressierten Zielgruppen gut angenommen. Entscheidend war nach Einschätzung eines beteiligten Vereins zudem, dass „*man von 'gut gelaunten Menschen' empfangen wurde.*“ (Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) 2017a, S. 23). Ein Experte berichtet über die sehr positive Reaktion sowohl deutscher Mitglieder als auch von Teilnehmenden mit Migrationshintergrund auf die Integration von Sportarten aus anderen Kulturkreisen in das herkömmliche Vereinsangebot: „*Das war interessant*“ (IV5_20200909_19-19). Als eine Möglichkeit für kulturübergreifende Aktivitäten wurde in den Hintergrundgesprächen das gemeinsame Tanzen erwähnt, auch wenn die Expert*innen hierzu bislang keine Erfahrungen gemacht haben. Die Begleitung von sportlichen Aktivitäten durch Musik führt auch jenseits des gemeinsamen Tanzens aus Sicht eines Experten dazu, dass der Sport mehr Spaß mache und Energie erzeuge. Grundsätzlich gehe es beim Sport um „*Beweglichkeit und Freude und Lachen miteinander*“ (IV1_20200819_75-75). Insgesamt halten die Expert*innen den Austausch, die Geselligkeit und die Unterhaltung für wichtige Komponenten von Sportangeboten für ältere Migrant*innen. Der Aufbau von Kontakten und Vertrauen, die „*Überzeugungsarbeit im Kleinen*“ können dazu dienen „*Mauern*“ aufzubrechen (IV1_20200819_88-88).

In den Gesprächen mit den Expert*innen wurden aus deren eigener Erfahrung verschiedene Angebote genannt, die in der Vergangenheit von älteren Migrant*innen gut angenommen wurden. Dabei handelt es sich zum einen um „klassische“ Angebote, wie Rückengymnastik oder einfache Bewegungsübungen. Auch Angebote wie Fahrrad- oder Schwimmkurse wurden, den Expert*innen zufolge, von Migrant*innen gut nachgefragt. In diesen Kursen konnten die Teilnehmenden neue Kompetenzen erlernen, die sie im Alltag unabhängiger machten und ihre Mobilität erhöhten. Für ältere Muslimas seien insbesondere Schwimmkurse jedoch nur dann attraktiv gewesen, wenn die Angebote unter Ausschluss von männlichen Blicken stattfinden konnten. Ein Interviewpartner weist in diesem Kontext darauf hin, dass auch manche älteren deutschen Kursteilnehmerinnen getrenntgeschlechtliche Schwimmkurse bevorzugten. Fahrradkurse stellten ein Angebot dar, dass sich eher an jüngere Migrant*innen, gegebenenfalls an „Junge Alte“ richte. Eine Expertin berichtete, alternativ gute Erfahrungen mit Tretroller-Kursen für ältere Migrant*innen gesammelt zu haben (IV2_20200820).

Unterschiedliche Einschätzungen bestanden in den Hintergrundgesprächen dazu, ob Sportangebote für ältere Migrant*innen im öffentlichen Raum, etwa in Parks oder auf Plätzen, angeboten werden sollten. Eine Expertin berichtet von ihrer Erfahrung, dass „outdoor-Aktivitäten“, wie Wandern, Spaziergehen oder Nordic-Walking, unter älteren Migrant*innen sehr beliebt seien (IV4_20200826). Diese Aktivitäten knüpften ihrer Einschätzung nach an Alltagsbedürfnissen an, man benötige keine

besondere Kleidung und keine Geräte, müsse nicht unbekannte Gebäude und Räume betreten, sich nicht umziehen und vor allem nicht gemeinsam duschen, was bspw. für ältere Frauen aus Ländern des arabischen Sprachraums undenkbar sei (IV4_20200826_58-58). Zudem könnten Aktivitäten im Außenraum zeitlich flexibler durchgeführt werden, da keine Räume belegt werden müssten. Im Gegensatz dazu verwies eine andere Expertin auf ihre Erfahrung, dass Sportangebote an öffentlichen Plätzen von (muslimischen) Frauen nicht gut angenommen würden, da sie befürchteten von männlichen Angehörigen oder Bekannten beim Sport beobachtet zu werden (IV2_20200820). Hingewiesen wurde zudem auf die Bedeutung der Uhrzeit, zu der Angebote durchgeführt werden. Angebote für ältere Migrant*innen sollten, wie Angebote für ältere Menschen insgesamt, tagsüber und nicht abends stattfinden (IV4_20200826).

Sowohl in der Literatur als auch in den Hintergrundgesprächen wurde deutlich, dass es bislang offenbar nur selten gelingt, ältere Migrant*innen langfristig an einen Verein zu binden und sie zu aktiver Mitgliedschaft zu motivieren. Niedrigschwellige Einstiegskurse könnten eine temporäre Alternative sein, um eine schrittweise Heranführung an die Sportvereine zu erreichen. Einer Untersuchung von Walter et al. (2015) zufolge werden „Schnupperkurse“ von den befragten Migrant*innen als hilfreiche Möglichkeit angesehen, die Teilnahme an bewegungsorientierten Maßnahmen zu steigern. Auch eine Expertin empfiehlt im Hintergrundgespräch Probetrainings oder „Schnupperstunden“, um den Einstieg in den Sport niedrigschwellig zu gestalten (IV4_20200826). Ein Stufenmodell, das von Schnupperkursen über Testmitgliedschaften hin zu regulären Mitgliedschaften führt, könnte den Zugang zum Vereinssport vereinfachen. Prinzipiell sei das System „Mitgliedschaft“ auch deshalb wichtig, weil eine Mitgliedschaft signalisiert: „*ich bekenne mich zur Gemeinschaft*“ (IV5_20200909_57-57).

6 Ableitung von Handlungsempfehlungen für Zugangswege, Kooperationspartner und Angebote im Vereinssport für ältere Migrant*innen

In den vorangegangenen Kapiteln wurden statistische Daten, Ergebnisse aus Studien und die Erfahrungen von Expert*innen aus unterschiedlichen Bereichen der Bewegungsförderung vorgestellt, die einen Überblick über die gesundheitsbezogene Lebenslage von älteren Migrant*innen in Deutschland, ihre bewegungs- und gesundheitsbezogenen Aktivitäten, ihr Engagement in Sportvereinen sowie Zugangsbarrieren und -wege im Vereinssport bieten. In diesem Kapitel werden daraus Empfehlungen abgeleitet. Diese zielen darauf ab, die Beteiligung älterer Migrant*innen an sportlichen Aktivitäten zu erhöhen, ihnen einen Zugang zu Sportvereinen zu ebnen und den Vereinen mögliche Strategien und Partner für eine kultursensible Öffnung aufzuzeigen. Anknüpfend an das letzte Kapitel und dessen Systematik aufgreifend beziehen sich auch die Handlungsempfehlungen auf die Dimensionen „Individuum“, „Soziokulturelles Umfeld“ und „Umwelt“. Strategien zur Förderung sportlicher Aktivität von älteren Migrant*innen sind günstigenfalls komplex angelegt und streben danach, Barrieren auf unterschiedlichen Ebenen abzubauen.

6.1 Handlungsempfehlungen auf der individuellen Ebene

Mit Blick auf eine mögliche Teilnahme an Sport- und Bewegungsangeboten stoßen ältere Migrant*innen auf vielfältige Barrieren. Sofern diese nicht durch die Angebote selbst abgebaut oder gemindert werden, sind Migrant*innen zu deren Überwindung auf individuelle Ressourcen angewiesen, über die sie in unterschiedlichem Maße – häufig in geringerem als der Durchschnitt der Bevölkerung – verfügen, wie z. B. Bildung, deutsche Sprachkompetenz, Geld, Zeit oder Gesundheit. Der Mangel an Ressourcen kann gemindert werden, indem den älteren Migrant*innen zusätzliche Ressourcen zur Verfügung gestellt werden oder weniger Ressourcen für eine Sportbeteiligung erforderlich sind. Darüber hinaus können mit Informationen und durch zielgruppengerechte und positive Vorbilder der Zusammenhang zwischen Bewegung und Gesundheit im Alter kommuniziert werden.

6.1.1 Sprachbarrieren überwinden

Viele ältere Migrant*innen sind gebildet, verfügen über akademische Abschlüsse oder sprechen mehrere Sprachen. Gleichzeitig besitzen aber zahlreiche ältere Migrant*innen nur geringe Kenntnisse der deutschen Sprache und einen niedrigen formalen Bildungsabschluss. Ihnen sollten Informationen zu Bewegungs- und Sportangeboten niedrigschwellig zugänglich gemacht werden. Hiervon können auch Personen ohne Migrationshintergrund profitieren, die nur über eingeschränkte Fähigkeiten des Lesens und Schreibens verfügen.

- ✓ Schriftliche Informationen mehrsprachig gestalten, in großer Schrift und einfachen Worten.
- ✓ Informationsmaterialien bebildern, dabei vertrautes Bildmaterial verwenden.
- ✓ Informationen in persönlichen Gesprächen erläutern, möglichst in Muttersprache, z. B. bei Veranstaltungen, Kursen oder mit einem Stand auf dem Wochenmarkt.

Fehlende Deutschkenntnisse schränken nicht nur den Zugang zu Informationen über Sportangebote ein, sie erschweren auch die gleichberechtigte Teilnahme an Sport- und Bewegungsangeboten. Die Integration in Sportaktivitäten kann mit Hilfe von Sprachmittler*innen, als „Peer-to-Peer“-Tandems oder mit mehrsprachigen Anleiter*innen, unterstützt werden. Eine stufenweise Heranführung an

Vereinsangebote und das System „Verein“ kann über muttersprachliche Angebote erfolgen, die sich sukzessive und strukturiert in den Verein öffnen.

- ✓ Sprachtandems unter den Kursteilnehmenden bilden.
- ✓ Muttersprachliche oder mehrsprachige Übungsleiter*innen einsetzen.
- ✓ Muttersprachliche Angebote/Kurse als Übergangsformat anbieten (Öffnung in Regelangebot des Vereins mitplanen).

6.1.2 *Sport als Element eines gesunden Alterns kommunizieren*

Die Bedeutung von Sport und Bewegung für ein gesundes Leben im Alter ist vielen älteren Menschen, auch älteren Migrant*innen, theoretisch bewusst. Während Bewegung, d. h. Spazierengehen oder einfache gymnastische Übungen am Morgen, häufig in den Alltag integriert werden, werden Angebote von Sportvereinen nur in geringem Umfang in Anspruch genommen. Die hiermit verbundenen Assoziationen von Anstrengung, Wettbewerb und Leistung entsprechen häufig nicht der Vorstellung eines würdigen Alters und erscheinen bei eingeschränkter Gesundheit als eine Überforderung. Kampagnen, die auf eine größere Sportbeteiligung älterer Migrant*innen abzielen, sollten daher einerseits den Zusammenhang zwischen (moderater) sportlicher Aktivität und Gesundheit verdeutlichen und andererseits nicht-kompetitive Aspekte, wie Geselligkeit oder Spaß, als wesentliche Merkmale des Vereinssports in den Vordergrund stellen.

- ✓ Informationskampagnen für den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Sport im Alter in unterschiedlichen Sprachen und über unterschiedliche Medien (print, Internet, TV) durchführen.
- ✓ Sport im Alter für ältere Migrant*innen durch (Vor)Bilder positiv besetzen, z. B. mit Sportbotschafter-Kampagne, Werbe-Videos oder Influencern.
- ✓ Einstieg in gesundheitsbezogene Sportkurse über andere Gesundheitsthemen wählen, bspw. Ernährung.
- ✓ Gesundheitsbezogene Sportangebote genderspezifisch gestalten, z. B. Entspannung und Stressabbau für Frauen, Krafterhalt und Ausdauer für Männer.
- ✓ Ärzt*innen als Kooperationspartner gewinnen, um nicht nur Reha-Kurse zu verordnen, sondern auch für regulären Vereins(gesundheits)sport zu werben.
- ✓ Spaß und Freude an Bewegung in das Zentrum von Angeboten stellen.

6.1.3 *Sportbeteiligung auch mit geringem Einkommen ermöglichen*

Vereine benötigen Mitgliedsbeiträge, um ihre Infrastruktur und ihren Trainingsbetrieb zu finanzieren. Kostenfreie Angebote werden unter Umständen von den Teilnehmenden als unverbindlich oder wenig wertvoll wahrgenommen. Die Zahlung von Mitgliedsbeiträgen stellt zudem eine Form von Bekenntnis zu einem Verein dar und ist ein Beleg für eine längerfristige Bindung. Allerdings bilden regelmäßige Mitgliedsbeiträge ebenso wie Ausgaben für die individuelle Ausstattung mit Sportkleidung oder Sportgeräten für Menschen mit geringem Einkommen eine möglicherweise (zu) große Hürde. Wenn eine kontinuierliche Teilnahme an Sportkursen unsicher ist, zum Beispiel auf Grund gesundheitlicher Probleme, familiärer Verpflichtungen oder von Pendelmigration, kann ein regelmäßiger Vereinsbeitrag zudem als unkluge Investition erscheinen. Die erforderlichen Ausgaben für die Sportbeteiligung sollten daher gering und flexibel gestaltet werden.

- ✓ Mitgliedsbeiträge staffeln, bspw. nach Alter des Mitglieds, oder zeitlich begrenzte Mitgliedschaften (Saisonmitgliedschaften) anbieten.
- ✓ Zusatzkosten für Ausstattung und Aktivitäten gering halten, z. B. durch Tauschbörsen für Sportgeräte/-kleidung oder selbstgemachte Buffets bei Veranstaltungen.

- ✓ Teilhabegutscheine für Grundsicherungsempfänger*innen für Sportkurse als kommunales Angebot.

6.2 Handlungsempfehlungen auf der soziokulturellen Ebene

Die Familien und die jeweilige ethnische Gemeinschaft sind wichtige und bedeutungsvolle soziale Systeme, die vielen älteren Migrant*innen Halt und Unterstützung geben und ihre wesentlichen sozialen Bezüge im Alter bilden. Eine positive Haltung zum Sport im Alter innerhalb des sozialen Umfeldes kann ältere Migrant*innen darin bestärken, selbst Sport zu treiben, und erleichtert die Mund-zu-Mund-Verbreitung von Informationen, etwa zu Gesundheitsthemen oder den Angeboten von Vereinen. Die Familien sollten ihre älteren Angehörigen nicht nur darin bestärken, sportlich aktiv zu werden, sie sollten sie auch praktisch unterstützen und von familiären Pflichten entlasten, um Sportangebote wahrnehmen zu können. Die Familien und ethnischen Gemeinschaften sollten daher von den Vereinen „ins Boot geholt werden“, um kultursensible Angebote zu gestalten und die Akzeptanz von sportlichen Aktivitäten im Alter zu fördern. Von entscheidender Bedeutung ist hierbei, im Vorfeld der Entwicklung von Angeboten zu prüfen, welche Zielgruppe adressiert werden soll.

6.2.1 Kultursensible, zielgruppengerechte Angebote entwickeln

Es ist eine große Herausforderung für ältere Migrant*innen sportlich aktiv zu werden oder einem deutschen Sportverein beizutreten, wenn das in der eigenen Familie oder ethnischen Gemeinschaft als falsch oder unangemessen bewertet wird. In der Literatur und den Expertengesprächen finden sich Hinweise, dass eine Teilnahme an Sportangeboten in traditionellen Milieus auch als eine bewusste Hinwendung zu westlichen Lebensstilen und eine Abkehr von kulturellen Werten interpretiert werden kann. Im Umkehrschluss muss daher berücksichtigt werden, dass aus Sicht vieler älterer Migrant*innen vermutlich genau dieser Eindruck vermieden werden sollte. Bei der Konzeption von Angeboten sollten daher kulturspezifische Anforderungen und Besonderheiten berücksichtigt werden, um nicht gegen wesentliche Normen der jeweils adressierten ethnischen Gemeinschaften zu verstoßen. Die partizipative Entwicklung und Gestaltung von Angeboten gemeinsam mit Vertreter*innen der jeweiligen Zielgruppe und mit Multiplikator*innen kann dazu beitragen, kultursensibel und bedarfsgerecht vorzugehen.

- ✓ Zielgruppe für Angebote identifizieren.
- ✓ Angebote kultursensibel (mit Blick auf die jeweilige Zielgruppe) ausrichten und wichtige Anforderungen berücksichtigen, z. B. bestimmte Angebote nach Geschlechtern getrennt anbieten, auf Alkohol und Schweinefleisch bei geselligen Anlässen verzichten, Feiertage und Fastenzeiten bei der Gestaltung der Angebote berücksichtigen.
- ✓ Abhängig von den jeweiligen Zielgruppen mit geistlichen Vertreter*innen (z. B. Imamen) und Multiplikator*innen der Zielgruppe (z. B. von Migrantenorganisationen) zusammenarbeiten.
- ✓ Zielgruppe beteiligen.

6.2.2 Familien und ethnische Gemeinschaften „ins Boot holen“

Eine aktive Unterstützung und Befürwortung des Sports im Alter durch die Angehörigen und Nachbar*innen kann der Förderung einer größeren Sportbeteiligung älterer Migrant*innen erheblichen Rückenwind verschaffen. Jüngere Angehörige und Nachbar*innen sprechen häufig besser die deutsche Sprache als die älteren Migrant*innen selbst und sind daher gute Adressat*innen für Informationskampagnen zum gesundheitsbezogenen Sport im Alter. Denkbar ist auch, in den Nachbarschaften sportaffine Personen der jeweiligen ethnischen Gemeinschaft als Sportlots*innen zu

gewinnen oder Sporttandems unter Nachbar*innen zu initiieren. Die familienfreundliche Organisation von Sportangeboten, etwa die zeitliche und räumliche Nähe von Angeboten für Enkel und Großeltern, kann die Teilnahme jener Älteren erleichtern, die regelmäßig ihre Enkel betreuen. In diesem Kontext könnten Angebote auch im öffentlichen Raum, bspw. auf Spielplätzen, angesiedelt werden. Schließlich könnten die Vereine Partner-Mitgliedschaften für Enkel und Großeltern anbieten, um über die Sportaktivitäten der Kinder den Älteren einen einfachen Zugang zu den Vereinen zu ebneten.

- ✓ Informationskampagnen für den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Sport im Alter durchführen, die sich an Familien (zweite und dritte Generation) und Multiplikator*innen aus ethnischen Gemeinschaften richten.
- ✓ Sport-Lots*innen und -tandems in Nachbarschaften initiieren.
- ✓ Angebote für Enkel- und Großelterneneration zeitlich und räumlich parallel durchführen.
- ✓ Partner-Mitgliedschaften für Enkel und Großeltern.

6.3 Handlungsempfehlungen auf der Umweltebene

Sport und Bewegung erfolgen in einer räumlichen Umwelt, die hierfür geeignet sein sollte oder im besten Fall sogar zu sportlichen Aktivitäten animiert. Eine bewegungsförderliche Umwelt ist unter anderem durch Anlässe für Bewegung und niedragschwellige Zugänge zu Bewegungs- und Sportangeboten gekennzeichnet. Neben der Wohnung und dem Wohnquartier tragen auch die Einrichtungen in den Quartieren, beispielsweise die Sportvereine, zur Bewegungsfreundlichkeit der Umwelt älterer Migrant*innen bei. Gleichwohl ist die Wohnumwelt vieler älterer Migrant*innen wenig gesundheitsförderlich, sondern stattdessen von Verkehr, Emissionen, engen Wohnverhältnissen oder fehlenden Grünanlagen geprägt. Ein Engagement der Vereine für die Quartiere und eine Öffnung der Vereine für ältere Migrant*innen können die Quartiere stärken und Zugänge zu Sport und Bewegung verbessern. Zugleich entwickeln sich die Vereine weiter und können auf neue Bedarfe einer zunehmend heterogeneren und älter werdenden Gesellschaft antworten.

6.3.1 *Öffnung in die Quartiere*

Die Aktionsräume älterer Menschen sind meist nicht groß und gerade ältere Menschen mit geringen Ressourcen organisieren ihren Alltag überwiegend in einem relativ engen Radius um ihre Wohnung. Auch ältere Migrant*innen bewegen sich häufig bevorzugt im vertrauten Quartier. Eine Öffnung der Vereine in die Quartiere, z. B. durch die Präsenz bei Veranstaltungen, durch Angebote in anderen Quartierseinrichtungen, durch das Überlassen eigener Räume an weitere Akteure im Quartier oder durch Sportaktivitäten im öffentlichen Raum kann dazu beitragen, dass ein Verein und seine Angebote von der Zielgruppe besser wahrgenommen und der Zugang zu den Angeboten niedragschwellig gestaltet werden kann. Die Mitarbeit in quartiersbezogenen Netzwerken und die Kooperation mit anderen Einrichtungen, Unternehmen und mit Multiplikator*innen ermöglicht es den Vereinen, die Angebote für ältere Migrant*innen bedarfsbezogen zu entwickeln und im Quartier zu bekannt zu machen. Außerdem können sport- und bewegungsbezogene Themen und Projekte bei der Quartiersentwicklung platziert und die Bewegungsfreundlichkeit der Quartiere so verbessert werden.

- ✓ Angebote und Mitmachaktionen für ältere Migrant*innen bei Veranstaltungen im Quartier, bspw. von Migrantenorganisationen, Schul- oder Straßenfesten vorstellen.
- ✓ Sportangebote an öffentlichen Orten (Plätzen, Parks) anbieten.
- ✓ Sportstätten und Vereine im Quartier sichtbar machen, kombiniert mit geschützten Räumen für ausgewählte Sportangebote und Zielgruppen (Muslimas).

- ✓ Mit relevanten Einrichtungen im Quartier kooperieren, z. B. Nachbarschaftshäusern, Seniorentreffpunkten, Kirchen oder Gesundheitsakteuren (Ärzt*innen, Physiotherapeut*innen, Polikliniken/Medizinischen Versorgungszentren).
- ✓ Mit Betrieben/Betriebssportgruppen oder (migrantischen) Unternehmen kooperieren, bspw. zur Gestaltung von Übergängen vom Betriebssport zum Vereinssport, durch die Übernahme von Sportpatenschaften oder durch Sponsoring von Sportaktivitäten älterer Migrant*innen.
- ✓ In Quartiersnetzwerken mitarbeiten.

6.3.2 Weiterentwicklung der Vereine

Die Öffnung für neue Zielgruppen, wie ältere Migrant*innen, oder neue Handlungsfelder, wie den Gesundheits- oder Seniorensport, kann für Sportvereine eine Herausforderung darstellen. Die Struktur der Vereine als selbstorganisierte, gewachsene und vom Engagement ihrer Mitglieder abhängige Gemeinschaften lässt ein schrittweises Vorgehen bei der Anpassung an gesellschaftliche Veränderungen als notwendig erscheinen. Die Öffnung für neue Zielgruppen, bspw. ältere Migrant*innen, eine Integration neuer Sportarten in das Vereinsrepertoire, die kultursensible Ausrichtung der Vereinsaktivitäten und die Gestaltung niedrigschwelliger Zugänge zum Verein für potentielle neue Mitglieder sollten innerhalb der Vereine gut abgestimmt und unter Beteiligung der bestehenden Mitglieder umgesetzt werden. Die Erkundung neuer Wege im Vereinsgeschehen ist mit Niederlagen und Sackgassen verbunden. Daher sollte eine Fehlerkultur gepflegt werden, die Misserfolge akzeptiert und offen diskutiert.

- ✓ Neue Angebote erproben, z. B. alltagstaugliche Angebote für den Kompetenzerwerb (Schwimmen, Fahrradfahren, Mobilität mit gesundheitlichen Einschränkungen, Sturzprophylaxe, Rollatortraining etc.), gesellige Angebote (z. B. Tanzen), Kurse mit Sportarten aus anderen Kulturen.
- ✓ Abgestufte Angebotsformate/Mitgliedschaften anbieten, z. B. Schnupperstunden, Probekurse, Staffel- oder Saisonmitgliedschaften.
- ✓ Kultursensible Öffnung der Vereine beginnen, hierbei Knowhow von Multiplikator*innen aus den Quartieren nutzen.
- ✓ Die Öffnung der Vereine schrittweise umsetzen, z. B. zunächst jene älteren Migrant*innen ansprechen, die mit Sportangeboten vertraut sind und eine positive Einstellung zum Sport haben, und erst in einem zweiten Schritt Angebote für schwer erreichbare, sportferne ältere Migrant*innen initiieren.
- ✓ Vereinsmitglieder bei der Öffnung der Vereine für neue Zielgruppen beteiligen, z. B. durch Patenschaften/Tandems.
- ✓ Misserfolge und Irrwege bei der Gestaltung neuer Angebote akzeptieren.

7 Gesundheitsförderung älterer Migrant*innen durch Angebote im Sportverein – Zusammenfassung und Fazit

Der Auftrag an die Expertise bestand darin, mit Hilfe einer Literaturrecherche und von Experteninterviews Erkenntnisse zum Zusammenhang von Gesundheitsförderung bei älteren Migrant*innen und ihrer Integration in Sportvereinen zu gewinnen und hieraus Handlungsempfehlungen für den Vereinssport abzuleiten. Als übergeordnete Ziele waren hierbei einerseits eine stärkere Beteiligung von älteren Migrant*innen am Vereinssport und andererseits eine verbesserte Gesundheitsförderung für diese Zielgruppe im Handlungsfeld der Bewegungsförderung zugrunde zu legen.

Der wachsende Anteil älterer Migrant*innen in der deutschen Bevölkerung führt dazu, dass diese zunehmend zu einer relevanten Zielgruppe für Sportvereine werden. Gegenwärtig dominieren in der Bevölkerungsgruppe der älteren Migrant*innen noch die „Jungen Alten“. Unter den 55- bis unter 75-Jährigen verfügt bereits durchschnittlich jede sechste Person über einen Migrationshintergrund, während der Anteil hochaltriger Menschen mit Migrationshintergrund noch relativ gering ist. Es ist davon auszugehen, dass in den nächsten Jahren der Anteil sowohl der älteren als auch der hochaltrigen Migrant*innen an der Gesamtbevölkerung deutlich steigen wird. Die meisten älteren Migrant*innen wanderten als Gast- oder Vertragsarbeiter*innen vor 1980 aus Südosteuropa und Südostasien nach Deutschland ein, flüchteten in den 1980er und 1990er Jahren vor politischer Verfolgung und Bürgerkrieg aus arabischen oder Balkanstaaten oder siedelten im Rahmen von Aus- und Umsiedlungsprogrammen bzw. als Kontingentflüchtlinge seit den 1950er Jahren aus osteuropäischen oder ehemals sowjetischen Staaten um. Die Zuwanderung erfolgte überwiegend in die alte Bundesrepublik. Auch wenn in der ehemaligen DDR ebenfalls in großer Zahl Vertragsarbeiter*innen aus sozialistischen Partnerstaaten wie Nordvietnam oder Mozambique angeworben wurden, bildet sich im Vergleich der Bundesländer ein starkes West-Ost-Gefälle bei der räumlichen Verteilung älterer Migrant*innen ab. Während in den westdeutschen, hochindustrialisierten Bundesländern und den Stadtstaaten der Anteil älterer Migrant*innen zwischen ca. 13 und 18 % in der Altersgruppe 65+ liegt, ist ihr Anteil in den ostdeutschen Bundesländern kleiner als 3,5 %. Eine Implementierung von Sportangeboten für ältere Migrant*innen sollte diese Rahmenbedingungen beachten und sowohl regional- als auch bedarfsspezifisch agieren. Von zentraler Bedeutung ist hierbei, die große Heterogenität innerhalb der Bevölkerungsgruppe „Ältere Migrant*innen“ zu beachten. Unterschiedliche Herkunftsländer, kulturelle Hintergründe, Migrationsbiografien, Bildungsverläufe oder Integrationschancen beeinflussen ihre Lebenslage und Teilhabemöglichkeiten, aber auch ihre Bedarfe im Bereich der Gesundheitsförderung und Sportbeteiligung auf je spezifische Weise.

Die gesundheitliche Lage älterer Migrant*innen stellt sich ungünstiger dar als im bundesdeutschen Durchschnitt, sie sind im Vergleich früher mit gesundheitlichen Einschränkungen konfrontiert, leiden früher an chronischen Erkrankungen und sind früher pflegebedürftig als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund. Allerdings sind ihre Gesundheitsdaten mit jenen sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen vergleichbar. Die frühere (und höhere) Morbidität wird daher auf ihre ungünstige soziale Lage und die hiermit verbundenen gesundheitlichen Risikofaktoren zurückgeführt, die, bezogen auf Arbeitsmigrant*innen, den sogenannten „*Healthy-Migrant-Effekt*“ über die Lebensspanne relativieren. Es besteht daher ein großer Bedarf an Strategien zur Förderung der Gesundheit dieser in sich heterogenen Zielgruppe. Dabei sollten Risikofaktoren, wie Armut, ungesunde Wohnverhältnisse, geringe Bildung und fehlende Zugänge zu Angeboten der Regelversorgung, mit adressiert und genderspezifische Gesundheitsbedarfe berücksichtigt werden.

Die Inanspruchnahme von (meist verhaltenspräventiv angelegten) Angeboten der Gesundheitsförderung durch ältere Migrant*innen ist nur wenig untersucht. Zumeist gelten sie als „schwer erreichbar“ für die Gesundheitsförderung. Präventionsangebote, wie Gesundheits-Check-Up oder Krebsfrüherkennung, werden von ihnen durchgängig weniger in Anspruch genommen als von älteren Menschen ohne Migrationshintergrund. Auch für gesundheitsförderliche Angebote, wie Bewegungs- oder Ernährungskurse, wird von geringeren Teilnahmezahlen ausgegangen. Die Ursachen hierfür werden in unterschiedlichen Bereichen vermutet. Vor allem Sprach- und Bildungsbarrieren werden für ein geringes Gesundheitswissen und Hürden im Zugang zu Angeboten verantwortlich gemacht. Kulturelle, religiöse und lebensstilbezogene Faktoren, wie geschlechtsspezifische Verhaltensregeln, Kleidungs- und Speisevorschriften oder Pendelmigration, werden als weitere Hinderungsgründe für die Inanspruchnahme von oder die regelmäßige Teilnahme an Angeboten beschrieben. Die Literatur betont die Bedeutung der ethnischen Gemeinschaften, der Familien und Quartiere für die Lebenslage und Alltagsbewältigung älterer Migrant*innen. Gesundheitsförderliche Angebote sollten daher kleinräumlich ausgerichtet sein und sich in die bestehenden Strukturen einbetten bzw. hier Risikofaktoren identifizieren und reduzieren.

Die Befunde in den Sportentwicklungsberichten deuten darauf hin, dass die Sportbeteiligung älterer Migrant*innen und ihr Mitgliederanteil in den Sportvereinen gegenwärtig noch sehr gering ist, auch wenn hierzu keine aktuellen Zahlen vorgelegt werden können. Vor dem Hintergrund des politischen Auftrags, die Integration in und durch den Sport zu stärken, führten die Landessportbünde und der DOSB in den letzten Jahren unterschiedliche Programme und Projekte zur Integration von Migrant*innen in den Vereinssport durch, die sich teilweise auch an ältere Migrant*innen richteten. Die Evaluationen und Berichte zu diesen Maßnahmen weisen auf die gleichen Zugangsbarrieren hin, die die Literatur in Bezug auf Angebote zur Gesundheitsförderung benennt. Auch hier stehen Sprachbarrieren im Zentrum, die sowohl den Zugang zu Vereinen als auch die Teilnahme an Kursen erschweren. In der Literatur und in den Hintergrundgesprächen mit Expert*innen, die im Rahmen dieser Expertise geführt wurden, werden weitere Barrieren genannt, u. a. mangelnde finanzielle Ressourcen, gesundheitliche Einschränkungen, kulturelle Werte, eine geringe Sportaffinität, fehlende Unterstützung in den Familien oder ethnischen Gemeinschaften, geringe Kenntnisse über das System „Verein“ und eine fehlende Öffnung der Vereine für neue Zielgruppen oder Angebote.

Anknüpfend an die beschriebenen Zugangsbarrieren werden Handlungsempfehlungen abgeleitet, die auf die Ebene des Individuums, die soziokulturelle Ebene und die Umweltebene abzielen. Zentral erscheint ein zielgruppenspezifisches Vorgehen bei der Gestaltung von neuen Angeboten, d. h. die Identifikation der Zielgruppe und eine Erhebung ihrer Bedarfe und Ausgangslagen in einem möglichst partizipativen Verfahren. Ein niedrigschwelliger Zugang zu den Vereinen, der durch die Öffnung der Vereine in die Quartiere, die direkte und persönliche Ansprache der Zielgruppe oder abgestufte Mitgliedschaften erreicht werden kann, kann dazu beitragen, bestehende Zugangsbarrieren zu verringern. Das spezifische Problem der Sprachbarrieren kann mit Hilfe von mehrsprachigen Informationen und Übungsleiter*innen, Sprachtandems oder einem Wissenstransfer über die Familien und ethnischen Gemeinschaften gemildert werden. Eine Mitarbeit in Quartiersnetzwerken und die Kooperation mit Quartierseinrichtungen, Migrant*innenorganisationen und Vertreter*innen des Gesundheitsbereiches erzeugt Synergien und kann die Platzierung von sportbezogenen Themen bei der Quartiersentwicklung ermöglichen. Grundsätzlich wird ein schrittweises Vorgehen bei der Öffnung der Vereine für neue Zielgruppen und Angebote empfohlen, das die bestehenden Mitglieder „mitnimmt“ und die Integration von älteren Migrant*innen als „organischen“ Prozess begreift.

Angesichts der hier gewonnenen Erkenntnisse erscheint es begründet, die Bereiche „Gesundheitsförderung“ und „Sport“ zusammenzudenken und den Sportvereinen zu empfehlen,

entsprechende Angebote zu entwickeln, die sich an ältere Migrant*innen richten. Sowohl die Literatur als auch die Hintergrundgespräche deuten darauf hin, dass mit gesundheitsbezogenen Sportangeboten nicht alle Zielgruppen gleichermaßen gut angesprochen werden können. Frauen und höher Gebildete können eher für entsprechende Angeboten gewonnen werden als Männer oder Personen mit geringer Bildung. Gleichwohl besteht bei älteren Migrant*innen angesichts ihrer gesundheitlichen Lage und ihrer Konfrontation mit diversen gesundheitlichen Risikofaktoren theoretisch ein hoher Bedarf an gesundheitsfördernden Angeboten. Gesundheitsbezogene Sportangebote sollten daher zielgruppengerecht konzipiert und kommuniziert werden, etwa indem für Männer der Erhalt von Kraft und Vitalität ins Zentrum gestellt wird oder indem im Bereich der Stressbewältigung Aspekte wie Freude und Spaß betont werden. Die Bedeutung der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter könnte zudem mit Hilfe der jüngerer Generationen thematisiert werden und um ihre Unterstützung bei Gestaltung von Zugängen für ältere Migrant*innen in den Sport geworben werden. Schließlich ist für die Sportvereine grundsätzlich zu klären, inwieweit gesundheits- und seniorenbezogene Angebote ein Segment in ihrem Angebotsrepertoire bilden sollen. Der Stand der Wissenschaft und die Erfahrungen aus der Praxis lassen den Schluss zu, dass die Verknüpfung der Bereiche „Gesundheitsförderung“ und „Vereinssport“ zur Gestaltung von Angeboten für ältere Migrant*innen theoretisch gut begründet werden kann. Um hier nachhaltig positive Entwicklungen anzustoßen erscheint eine schrittweise, niedrigrschwellige und quartiersbezogene Vorgehensweise empfehlenswert.

8 Literaturverzeichnis

- Alisch, Monika (Hg.) (2014): *Älter werden im Quartier. Soziale Nachhaltigkeit durch Selbstorganisation und Teilhabe*. Kassel, Germany: kassel university press (Gesellschaft und Nachhaltigkeit, Band 3), zuletzt geprüft am 05.06.2020.
- Altgeld, Thomas (2018): *Ergebnisbericht – Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Menschen mit Migrationshintergrund*. Ergebnisbericht. Unter Mitarbeit von Sandra Pape, Tatjana Paeck, Elena Reuschel und Marcus Wächter-Raquet. Hg. v. GKV-Spitzenverband. Berlin, zuletzt geprüft am 15.04.2020.
- Amrhein, Ludwig; Heusinger, Josefine; Ottovay, Kathrin; Wolter, Birgit (2015): *Die Hochaltrigen. Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter über 80 Jahren*. Auflage: 3.3.11.15. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 47).
- Anderson, Philip (2014): *MigrantInnen und die Freizeit*. In: Britta Marschke und Heinz Ulrich Brinkmann (Hg.): *Handbuch Migrationsarbeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 231–240.
- Bade, Klaus J. (2007): *Versäumte Integrationschancen und nachholende Integrationspolitik*. In: Klaus J. Bade und Hans-Georg Hiesserich (Hg.): *Nachholende Integrationspolitik und Gestaltungsperspektiven der Integrationspraxis*. 1. Auflage. Göttingen: V & R Unipress (Beiträge der Akademie für Migration und Integration, 11), S. 21–95.
- Badischer Sportbund (o. D.): *Im Tandem verein(t). auf dem Weg zur Integration. Leitfaden zur Initiierung von Sport- und Bewegungsangeboten für ältere Menschen mit Migrationshintergrund*. Hg. v. Badischer Sportbund Nord e. V. Karlsruhe, zuletzt geprüft am 09.06.2020.
- Barth, Bertram; Flaig, Berthold Bodo; Schäuble, Norbert; Tautscher, Manfred (Hg.) (2017): *Praxis der Sinus-Milieus®. Gegenwart und Zukunft eines modernen Gesellschafts- und Zielgruppenmodells*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Bayer, Oliver; Cascant Ortolano, Lorena; Hoffmann, Dorle; Schweizer, Stefanus (2019): *Praxisleitfaden Systematische Literaturrecherche der Universitätsmedizin Mainz*. Hg. v. Universität Mainz. Universitätsmedizin Mainz; Universitätsbibliothek Mainz. Online verfügbar unter <https://teamweb.uni-mainz.de/sites/bbum/downloads/Praxisleitfaden-Systematische-Literaturrecherche.pdf>, zuletzt geprüft am 12.05.2020.
- Baykara-Krumme, Helen (2012): *Die Bedeutung der Migrationserfahrung für die soziale Einbindung im Alter. Konzeptionelle Überlegungen und empirische Befunde*. In: Helen Baykara-Krumme, Andreas Motel-Klingebiel und Peter Schimany (Hg.): *Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland*. Wiesbaden: Springer VS (Alter(n) und Gesellschaft, 22), S. 255–287.
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2019): *Deutschland kann Integration: Potenziale fördern, Integration fordern, Zusammenhalt stärken*. 12. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Berlin, zuletzt geprüft am 06.08.2020.
- Behnke, Cornelia; Meuser, Michael (1999): *Geschlechterforschung und qualitative Methoden*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bermejo, I.; Hölzel, L. P.; Kriston, L.; Härter, M. (2012): *Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen*. In:

Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 55 (8), S. 944–953, zuletzt geprüft am 20.07.2020.

Blümel, Stephan (2015): Gesundheitliche Aufklärung für Menschen mit Migrationshintergrund : Konzeption und Interventionen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 58 (6), S. 593–600, zuletzt geprüft am 30.10.2020.

Bödeker, Malte; Reyer, Maren (2014): Auswirkungen der Walkability auf Senioren. In: Jens Buksch und Sven Schneider (Hg.): *Walkability. Das Handbuch zur Bewegungsförderung in der Kommune*. Bern: Verlag Hans Huber, S. 229–239.

Bourdieu, Pierre (1997): *Die verborgenen Mechanismen der Macht*. Hamburg: VSA Verlag.

Brand, T.; Kleer, D.; Samkange-Zeeb, F.; Zeeb, Hajo (2015): Prävention bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: *Bundesgesundheitsbl.* 58 (6), S. 584–592.

Braun, Sebastian (2010): Assoziative Lebenswelt, bindendes Sozialkapital und Migrantenvereine in Sport und Gesellschaft. In: Sebastian Braun und Tina Nobis (Hg.): *Migration, Integration und Sport. Zivilgesellschaft vor Ort*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 29–43.

Braun, Sebastian; Finke, Sebastian (2010): Integrationsmotor Sportverein. Ergebnisse zum Modellprojekt "spin - sport interkulturell". Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Breuer, Christoph; Feiler, Svenja (2019): Sportvereine in Deutschland: Organisationen und Personen. Sportentwicklungsbericht für Deutschland 2017/2018. Teil 1. Bundesinstitut für Sportwissenschaft. Bonn, zuletzt geprüft am 03.09.2020.

Broska, Patrick; Razum, Oliver (2012): Zur gesundheitlichen Lage und Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Gleich gesund und gut versorgt? In: *MDKforum*, 2012 (2), S. 5–6, zuletzt geprüft am 14.11.2018.

Brzoska, Patrick; Voigtländer, Sven; Reutin, Barbara; Yilmaz-Aslan, Yüce; Barz, Irina; Starikow, Klara et al. (2010): Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Abschlussbericht. Hg. v. Universität Bielefeld. Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Bielefeld, zuletzt geprüft am 14.11.2018.

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2015): *Lebenslagen und Einkommenssituation älterer Menschen. Implikationen für Wohnungsversorgung und Wohnungsmärkte*. Stand August 2015. Bonn: BBSR. Online verfügbar unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-201602167434>.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2010): *Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland - Altersbilder in der Gesellschaft*. Berlin, zuletzt geprüft am 18.11.2020.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2016): *Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune - Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinden*. Berlin, zuletzt geprüft am 15.01.2020.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2017): *Zweiter Bericht über die Entwicklung des bürgerschaftlichen Engagements in der Bundesrepublik Deutschland*. Schwerpunktthema: „Demografischer Wandel und bürgerschaftliches Engagement: Der Beitrag des Engagements zur lokalen Entwicklung“. Berlin.

CDU; CSU; SPD (2018): Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag. 19. Legislaturperiode. Berlin, zuletzt geprüft am 12.11.2020.

Clasen, Julia; Busch, Christine; Vowinkel, Julia; Winkler, Eva (2013): Arbeitssituation und Gesundheit von geringqualifizierten Beschäftigten in kulturell diversen Belegschaften. In: *Gruppendyn Organisationsberat* 44, 2013 (2), S. 91–110, zuletzt geprüft am 14.11.2018.

Crenshaw, Kimberle (1989): Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. In: *University of Chicago Legal Forum* 1989 (1). Online verfügbar unter <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>, zuletzt geprüft am 21.01.2020.

Dapp, Ulrike; Minder, Christoph; Neumann, Lilli; Golgert, Stefan; Klugmann, Björn; Renteln-Kruse, Wolfgang von (2018): Wirksamkeit der „Aktiven Gesundheitsförderung im Alter“ : Zielgruppenspezifische Ergebnisse bezüglich einer Kompression von Morbidität über 13,8 Jahre LUCAS Verlauf. In: *Z Gerontol Geriatr* 51 (4), S. 379–387, zuletzt geprüft am 27.11.2020.

Deutscher Bundestag (2019): 14. Sportbericht der Bundesregierung. Unterrichtung durch die Bundesregierung. Drucksache 19/9150. Bundesministerium des Inneren, für Bau und Heimat, zuletzt geprüft am 29.06.2020.

Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) (2010): Integration durch Sport. Programmkonzeption. Frankfurt a. M., zuletzt geprüft am 06.10.2020.

Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) (2010, überarbeitet 2019): Zielgruppen des Bundesprogramms "Integration durch Sport". Frankfurt a. M., zuletzt geprüft am 06.10.2020.

Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) (2017a): Projekt "Zugewandert und geblieben". Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung mit dem besonderen Fokus auf ältere Frauen und Männer mit Migrationshintergrund. Abschlussbericht zum Verwendungsnachweis, zuletzt geprüft am 29.06.2020.

Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) (2017b): Zugewandert und geblieben. Sport für ältere Menschen aus aller Welt. Abschlussbericht. Hg. v. Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB). Frankfurt am Main, zuletzt geprüft am 09.06.2020.

Duscha, Annemarie (2019): Die Entdeckung von MigrantInnenorganisationen durch die Soziale Arbeit in Deutschland: vom Integrationshindernis zur (semi-)professionellen (Selbst-)Hilfeinstanz. In: Annemarie Duscha (Hg.): *Selbsthilfe von Migrantinnen in transnationalen Räumen. Eine brasilianische Migrantinnenorganisation in Deutschland*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 45–72, zuletzt geprüft am 14.11.2019.

Ehlers, Anja; Bauknecht, Jürgen; Nägele, Gerhard (2016): Abschlussbericht zur Vorstudie „Weiterbildung zur Stärkung digitaler Kompetenz älterer Menschen“. Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V.; Institut für Gerontologie an der TU Dortmund, zuletzt geprüft am 26.10.2020.

Endter, Cordula; Hagen, Christine; Berner, Frank (2020): Ältere Menschen und ihre Nutzung des Internets. Folgerungen für die Corona-Krise. Arbeitspapier. Deutsches Zentrum für Altersfragen. Berlin, zuletzt geprüft am 26.10.2020.

Falk, Katrin; Heusinger, Josefine; Kammerer, Kerstin; Wolter, Birgit (2019): *Alte Menschen II. Aktualisierte Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter von 65 bis unter 80 Jahren*. 2. Aufl. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 51).

Flaig, Berthold Bodo; Barth, Bertram (2017): Hoher Nutzwert und vielfältige Anwendung: Entstehung und Entfaltung des Informationssystems Sinus-Milieus®. In: Bertram Barth, Berthold Bodo Flaig, Norbert Schäuble und Manfred Tautscher (Hg.): Praxis der Sinus-Milieus®. Gegenwart und Zukunft eines modernen Gesellschafts- und Zielgruppenmodells. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 3–22.

Foster, Charlie; Baker, Philip (2012): Bewegungsförderung und Gesundheit - Evidenz und Perspektiven. In: Gunnar Geuter und Alfons Hollederer (Hg.): Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit. 1. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber, S. 95–114.

Frahsa, Annika; Abu-Omar, Karim; Rütten, Alfred (2012): Bewegungsförderung bei sozial Benachteiligten. In: Gunnar Geuter und Alfons Hollederer (Hg.): Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit. 1. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber, S. 181–194.

Frank, Laura; Rommel, Alexander; Lampert, Thomas (2017): Die gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. In: *GGW* 17 (2), S. 7–14, zuletzt geprüft am 14.11.2018.

Fröba, Stefan (2014): Die "Unerreichbaren" erreichen: Methodische Zugänge zu älteren Zuwanderern. In: Monika Alisch (Hg.): Älter werden im Quartier. Soziale Nachhaltigkeit durch Selbstorganisation und Teilhabe. Kassel, Germany: kassel university press (Gesellschaft und Nachhaltigkeit, Band 3), S. 127–136.

Geuter, Gunnar (2010): Bewegungsförderung 60+. Ein Leitfaden zur Förderung aktiver Lebensstile im Alter. Düsseldorf: LIGA.NRW (Liga.Praxis, 6).

Geuter, Gunnar; Hollederer, Alfons (2012): Bewegungsförderung für ältere und hochaltrige Menschen. In: Gunnar Geuter und Alfons Hollederer (Hg.): Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit. 1. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber, S. 165–177.

GKV-Spitzenverband (Hg.) (2018): Leitfaden Prävention nach § 20 Abs. 2 SGB V und Leitfaden Prävention nach § 5 SGB XI. Berlin, zuletzt geprüft am 12.11.2020.

Granacher, U.; Muehlbauer, T.; Gschwind, Y. J.; Pfenninger, B.; Kressig, R. W. (2014): Diagnostik und Training von Kraft und Gleichgewicht zur Sturzprävention im Alter: Empfehlungen eines interdisziplinären Expertengremiums. In: *Z Gerontol Geriatr* 47 (6), S. 513–526, zuletzt geprüft am 27.11.2020.

Habermann, Monika; Stagge, M. (2015): Indikatoren für ein Integrationsmonitoring der kommunalen Altenhilfe. In: *Bundesgesundheitsbl.* 58 (6), S. 601–608.

Hahn, Kathrin (2018): Die gesellschaftliche Teilhabe älterer Migrantinnen und Migranten sozialräumlich gestalten. In: Christian Bleck, Anne van Rießen und Reinhold Knopp (Hg.): Alter und Pflege im Sozialraum. Theoretische Erwartungen und empirische Bewertungen. Wiesbaden: Springer VS, S. 85–99.

Hausbacher, Eva; Klaus, Elisabeth; Poole, Ralph J.; Brandl, Ulrike; Schmutzhart, Ingrid (Hg.) (2012): Migration und Geschlechterverhältnisse. Kann die Migrantin sprechen? Wiesbaden: Springer-VS (Research).

Heckmann, Friedrich (2015): Integration von Migranten. Einwanderung und neue Nationenbildung. Wiesbaden: Springer VS.

Heusinger, J.; Dummert, S. (2016): „Genderspezifische Bedürfnisse von Pflegeheimbewohner_innen“. In: *Z Gerontol Geriatr* 49 (8), S. 685–691. DOI: 10.1007/s00391-016-1146-6.

Hollbach-Grömig, Beate; Seidel-Schulze, Antje (2007): Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene - eine Bestandsaufnahme. Köln: BzGA (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 33).

Horn, Annett; Schaeffer, Doris (2013): Evaluation der Patienteninformation und -beratung für türkisch- und russischsprachige Migrantinnen und Migranten. Hg. v. Universität Bielefeld. Institut für Pflegewissenschaft. Bielefeld (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft), zuletzt geprüft am 14.11.2018.

Hornberg, Claudia; Pauli, Andrea (2012): Soziale Ungleichheit in der umweltbezogenen Gesundheit als Herausforderung in der Stadtplanung. In: Christa Böhme, Christa Kliemke, Bettina Reimann und Waldemar Süß (Hg.): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern: Verlag Hans Huber, S. 129–138.

Hurrelmann, Klaus; Richter, Matthias; Klotz, Theodor; Stock, Stephanie (2018): Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Klaus Hurrelmann, Matthias Richter, Theodor Klotz und Stephanie Stock (Hg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. 5. vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Hogrefe, S. 23–33.

Huxhold, Oliver; Engstler, Heribert (2019): Soziale Isolation und Einsamkeit bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In: Claudia Vogel, Markus Wettstein und Clemens Tesch-Römer (Hg.): Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte. Älterwerden im sozialen Wandel. Wiesbaden: Springer VS (OPEN), S. 71–88.

infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH; Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt e. V.; IVT Research GmbH; infas 360 GmbH (Hg.) (2018): Mobilität in Deutschland 2017 - Ergebnisbericht. Bonn, zuletzt geprüft am 11.11.2020.

Klatt, Johanna (2013): "Sachen für Deutsche"? - Zur Perspektive von Migrantinnen und Migranten auf soziales Engagement und Bürgergesellschaft. In: Olaf Schnur, Philipp Zakrzewski und Matthias Drilling (Hg.): Migrationsort Quartier. Wiesbaden: Springer VS, S. 135–149.

Klaus, Daniela; Baykara-Krumme, Helen (2017): Die Lebenssituation von Personen in der zweiten Lebenshälfte mit und ohne Migrationshintergrund. In: Katharina Mahne, Clemens Tesch-Römer, Julia Katharina Wolff und Julia Simonson (Hg.): Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Wiesbaden: Springer, S. 359–379.

Kleindienst-Cachay, Christa; Cachay, Klaus; Bahlke, Stefan (2012): Inklusion und Integration. Eine empirische Studie zur Integration von Migrantinnen und Migranten im organisierten Sport. Unter Mitarbeit von Hilke Teubert. Schorndorf: Hofmann-Verlag (Reihe Sportsoziologie), zuletzt geprüft am 05.06.2020.

Kluge, Ulrike; Rapp, Michael A.; Mehran, Nassim; Jumaa, Jinan; Aichberger, Marion Christina (2019): Armut, Migration und psychische Gesundheit. In: *Nervenarzt* 90 (11), S. 1103–1108.

Knipper, Michael; Bilgin, Yasar (2009): Migration und Gesundheit. Hg. v. Konrad-Adenauer-Stiftung und Türkisch Deutsche Gesundheitsstiftung e. V. Sankt Augustin, Berlin. Online verfügbar unter http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf?100422141713.

Kofahl, Christopher; Mnich, Eva; Dogan, Mustafa; Dogan, Gülsün (2012): Die Lebensqualität von Türkinnen und Türken mit Diabetes mellitus 2. In: Helen Baykara-Krumme, Andreas Motel-Klingebiel und Peter Schimany (Hg.): Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland. Wiesbaden: Springer VS (Alter(n) und Gesellschaft, 22), S. 232–251.

- Kökgiran, Gürcan; Kökgiran, Anna-Lena (2014): Altwerden in der Migration. In: Britta Marschke und Heinz Ulrich Brinkmann (Hg.): Handbuch Migrationsarbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 283–293.
- Kreuter, Matthew W.; Lukwago, Susan N.; Bucholtz, R. D. Dawn C.; Clark, Eddie M.; Sanders-Thompson, Vetta (2003): Achieving cultural appropriateness in health promotion programs: targeted and tailored approaches. In: *Health education & behavior : the official publication of the Society for Public Health Education* 30 (2), S. 133–146.
- Krug, S.; Jordan, S.; Mensink, G. B. M.; Müters, S.; Finger, J.; Lampert, T. (2013): Körperliche Aktivität: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 56 (5-6), S. 765–771.
- Kruse, Andreas (2018): Prävention und Gesundheitsförderung im hohen Alter. In: Klaus Hurrelmann, Matthias Richter, Theodor Klotz und Stephanie Stock (Hg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. 5. vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Hogrefe, S. 113–124.
- Lampert, Thomas; Hoebel, Jens; Kroll, Lars Eric (2019): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland. Aktuelle Situation und Trends. Hg. v. Robert Koch Institut (RKI). Berlin, zuletzt geprüft am 20.03.2019.
- Lampert, Thomas; Hoebel, Jens; Kuntz, Benjamin; Fuchs, Judith; Scheidt-Nave, Christa; Nowossadeck, Enno (2016): Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. Hg. v. Robert Koch Institut (RKI). Berlin (GBE kompakt, 7 (1)).
- Lange, Cornelia; Kolip, Petra (2016): Geschlechtsunterschiede in der Lebenserwartung, Mortalität und Morbidität. In: Petra Kolip und Klaus Hurrelmann (Hg.): Handbuch Geschlecht und Gesundheit. 2. Aufl. Bern: Hogrefe, S. 136–151.
- Leppin, Anja (2018): Konzepte und Strategien der Prävention. In: Klaus Hurrelmann, Matthias Richter, Theodor Klotz und Stephanie Stock (Hg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. 5. vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Hogrefe, S. 47–55.
- Liebing, Ursula (2019): Was können Gesundheitslotsen und -lotsinnen leisten? In: *Paediatr. Paedolog.* 54 (S1), S. 26–30, zuletzt geprüft am 09.09.2020.
- Lutz, Helma; Amelina, Anna (Hg.) (2017): Gender, Migration, Transnationalisierung. Eine intersektionelle Einführung. Bielefeld: transcript-Verlag (Sozialtheorie).
- Marschke, Britta (2014): Gesellschaftliche Teilhabe und Chancengleichheit als Indikatoren für Integration. In: Britta Marschke und Heinz Ulrich Brinkmann (Hg.): Handbuch Migrationsarbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 61–78.
- Marschke, Britta; Brinkmann, Heinz Ulrich (Hg.) (2014): Handbuch Migrationsarbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, zuletzt geprüft am 08.06.2020.
- Mattes, Monika (2019): "Gastarbeiterinnen" in der Bundesrepublik Deutschland. Hg. v. Bundeszentrale für politische Bildung (bpb). Online verfügbar unter http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurz dossiers/289051/gastarbeiterinnen-in-der-bundesrepublik-deutschland?pk_campaign=nl2019-04-24&pk_kwd=289051, zuletzt geprüft am 24.04.2019.

Mayring, Philipp (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. Aufl. Weinheim [u.a.]: Beltz (Beltz Pädagogik).

Mergenthal, Karola (2014): Migrantinnen empowern! In: *Präv Gesundheitsf* 9 (1), S. 52–59.

Mogar, M.; Kutzleben, M. von (2015): Demenz in Familien mit türkischem Migrationshintergrund. Organisation und Merkmale häuslicher Versorgungsarrangements. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 48 (5), S. 465–472, zuletzt geprüft am 14.11.2018.

Mutz, Michael (2013): Die Partizipation von Migrantinnen und Migranten am vereinsorganisierten Sport. Expertise. Hg. v. Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB). Frankfurt a. M. Online verfügbar unter <https://integration.dosb.de/inhalte/service/info-material>, zuletzt geprüft am 15.04.2020.

Mylius, Maren; Dreesman, Johannes; Zühlke, Christel; Mertens, Elke (2019): Hemmnisse abbauen, Gesundheit fördern – Die Gesundheitsversorgung von Migrierten ohne Papiere im Rahmen eines Modellprojektes in Niedersachsen, 2016–2018. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 62 (8), S. 927–934.

Nationale Präventionskonferenz (2019): Erster Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V. Hg. v. GKV-Spitzenverband. Berlin.

Nguyen, Tien Duc (2012): Kulturelle Besonderheiten der Vietnamesen in Deutschland. Ein Leitfadens für die deutsch-vietnamesische Verständigung. Saarbrücken: Akademiker Verlag.

Nowossadeck, Sonja; Klaus, Daniela; Romeu Gordo, Laura; Vogel, Claudia (2017): Migrantinnen und Migranten in der zweiten Lebenshälfte. Hg. v. Deutsches Zentrum für Altersforschung. Berlin (report altersdaten, 2), zuletzt geprüft am 15.04.2020.

Olbermann, Elke (2010): Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Forschungsprojektes und Handlungsempfehlungen. Ein Praxisleitfaden. Hg. v. Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. Dortmund, zuletzt geprüft am 15.04.2020.

Olbermann, Elke (2012): Gesundheitliche Situation und soziale Netzwerke älterer MigrantInnen. In: Heinrich Böll Stiftung (Hg.): Altern in der Migrationsgesellschaft. Dossier. Berlin, S. 33–37.

Olbermann, Elke (2015): Verbesserung der Prävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund durch lebensweltorientierte Gestaltung von Zugangswegen. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 77 Suppl 1, S39-40, zuletzt geprüft am 21.07.2020.

Olbermann, Elke (2019): Zugang zu älteren Migrantinnen und Migranten aus wissenschaftlicher Sicht. Vortrag beim Expertenworkshop "Angebote der Förderung von Gesundheit für ältere Migrantinnen und Migranten attraktiv gestalten". BAGSO - Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. Kassel, 25.06.2019, zuletzt geprüft am 10.08.2020.

Olczyk, Melanie; Seuring, Julian; Will, Gisela; Zinn, Sabine (2016): Migranten und ihre Nachkommen im deutschen Bildungssystem: Ein aktueller Überblick. In: Claudia Diehl, Christian Hunkler und Cornelia Kristen (Hg.): Ethnische Ungleichheiten im Bildungsverlauf. Mechanismen, Befunde, Debatten. Wiesbaden: Springer VS, S. 33–70.

Oswald, Frank; Kaspar, Roman; Frenzel-Erkert, Ursula; Konopik, Nadine (2013): Hier will ich wohnen bleiben! Ergebnisse eines Frankfurter Forschungsprojektes zur Bedeutung des Wohnens in der Nachbarschaft für gesundes Altern. Hg. v. BHF-Bank-Stiftung. Goethe Universität Frankfurt. Frankfurt am Main.

Oswald, Frank; Konopik, Nadine (2015): Bedeutung von außerhäuslichen Aktivitäten, Nachbarschaft und Stadtteilidentifikation für das Wohnbefinden im Alter. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 48 (5), S. 401–407.

Pohlmann, Stefan (2016): Prävention im Alter verstehen - eine Einführung. In: Stefan Pohlmann (Hg.): *Alter und Prävention*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 11–45.

Poser, Anita von; Lanca, Jörg-Christian; Heyken, Edda; Main Huong Nguyen; Hahn, Eric; Thi Minh Tam Ta (2017): *Annäherungen an das Unsagbare. Artikulation des Affektiven und die Formierung transkultureller Emotionsrepertoires im Vietnamesischen Berlin*. Hg. v. Freie Universität Berlin. Berlin (SFB 1171 Working Papers, 03/17), zuletzt geprüft am 14.11.2018.

Rásky, Eva; Scheipl, Susanne (2016): Gender Mainstreaming rund um die Gesundheit. In: Claudia Hornberg, Andrea Pauli und Birgitta Wrede (Hg.): *Medizin - Gesundheit - Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive*, Bd. 12. Wiesbaden: Springer VS (Geschlecht und Gesellschaft, 55), S. 71–100, zuletzt geprüft am 14.11.2019.

Razum, Oliver (2010): *Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Abschlussbericht*. Unter Mitarbeit von Patrick Brzoska, Sven Voigtländer, Barbara Reutin, Yüce Yilmaz-Aslan, Irina Barz, Klara Starikow et al. Hg. v. Universität Bielefeld. Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Bielefeld.

Razum, Oliver; Spallek, Jakob (2012): Erklärungsmodelle zum Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit im Alter. In: Helen Baykara-Krumme, Andreas Motel-Klingebiel und Peter Schimany (Hg.): *Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland*. Wiesbaden: Springer VS (Alter(n) und Gesellschaft, 22), S. 161–200.

Robert Koch Institut (2008): *Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes*. Unter Mitarbeit von Oliver Razum, Hajo Zeeb, Uta Meesmann, Liane Schenk, Maren Bredehorst, Patrick Brzoska et al. Hg. v. Robert Koch Institut (RKI). Berlin (Gesundheitsberichtserstattung des Bundes), zuletzt geprüft am 14.11.2018.

Robert Koch Institut (Hg.) (2017): *Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. Berlin.

Rosenbrock, Rolf; Kümpers, Susanne (2009): Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: Matthias Richter und Klaus Hurrelmann (Hg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften, S. 384–403.

Rulofs, Bettina (2010): Diversity Management - Perspektiven und konzeptionelle Ansätze für den Umgang mit Vielfalt im organisierten Sport. In: Sebastian Braun und Tina Nobis (Hg.): *Migration, Integration und Sport. Zivilgesellschaft vor Ort*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 83–97.

Saup, Winfried (1999): Alte Menschen in ihrer Wohnung: Sichtweise der ökologischen Psychologie und Gerontologie. In: Hans-Werner Wahl, Heidrun Mollenkopf und Frank Oswald (Hg.): *Alte Menschen in ihrer Umwelt. Beiträge zur ökologischen Gerontologie*. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 43–51.

Schaeffer, Doris; Vogt, Dominique; Berens, Eva-Maria; Hurrelmann, Klaus (2016): *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht*. Hg. v. Universität Bielefeld. Bielefeld. Online verfügbar unter <https://pub.uni-bielefeld.de/record/2908111>, zuletzt geprüft am 29.01.2020.

- Schäfer, G.; Brinkmann, D.; Freericks, R.; Kart, M. (2015): Gestaltung und Wahrnehmung niedrigschwelliger Angebote für ältere Migranten im Stadtteil. Chancen für eine soziale Teilhabe im Kontext des freiwilligen Engagements. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 48 (5), S. 426–433, zuletzt geprüft am 14.11.2018.
- Schäfers, Bernhard (2016): Sozialgeschichte der Soziologie. Die Entwicklung der soziologischen Theorie seit der Doppelrevolution. Wiesbaden: Springer VS.
- Schattschneider, Ralf; Buchcik, Johanna; Westenhöfer, Joachim; Deneke, Christiane; Schmoecker, Mary (2014): Gesundheitsförderung älterer türkischer Migrantinnen. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 9 (4), S. 291–297, zuletzt geprüft am 22.07.2020.
- Schenk, Liane (2011): Rekonstruktion der Vorstellungen vom Altern und von Einstellungen zur (stationären) Pflege bei Personen mit Migrationshintergrund. Endbericht. Unter Mitarbeit von Roger Meyer, Andrea-Sophie Maier, Polina Aronson und Kübra Gül. Hg. v. Charite. Institut für Medizinische Soziologie. Berlin, zuletzt geprüft am 14.11.2018.
- Schenk, Liane (2014): Pflegesituation von türkeistämmigen Migranten und Migrantinnen in Berlin. Abschlussbericht für das ZQP. Unter Mitarbeit von Verena Krobisch. Hg. v. Charité Universitätsmedizin Berlin. Institut für Medizinische Soziologie. Berlin, zuletzt geprüft am 14.11.2018.
- Schnur, Olaf; Drilling, Matthias; Zakrzewski, Philipp (2013): Migrationsort Quartier – zwischen Segregation, Integration und Interkultur. In: Olaf Schnur, Philipp Zakrzewski und Matthias Drilling (Hg.): Migrationsort Quartier. Wiesbaden: Springer VS, S. 9–26.
- Schopf, C.; Naegele, Gerhard (2005): Alter und Migration - ein Überblick. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38 (6), S. 384–395.
- Schouler-Ocak, Meryam; Kurmeyer, Christine (2017): Study on Female Refugees. Hg. v. Charité Universitätsmedizin Berlin. Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus. Berlin, zuletzt geprüft am 14.11.2018.
- Schramkowski, Barbara (2018): Paradoxien des ‚Migrationshintergrundes‘. Von vorder- und hintergründigen Bedeutungen des Begriffes. In: Beate Blank, Süleyman Gögercin, Karin Elinor Sauer und Barbara Schramkowski (Hg.): Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft. Grundlagen - Konzepte - Handlungsfelder. Wiesbaden: Springer VS, S. 43–52.
- Schwarz, B.; Markin, K.; Salman, R.; Gutenbrunner, C. (2015): Barrieren für Migranten beim Zugang in die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. In: *Rehabilitation* 54 (06), S. 362–368.
- Schwarzenböck, Ruth (2016): Sport als Integrationsmedium. In: Ruth Schwarzenböck (Hg.): Integration, Identität und Sport im Migrationskontext. Leverkusen-Opladen: budrich-unipress, S. 73–98, zuletzt geprüft am 08.06.2020.
- Spallek, Jakob; Razum, Oliver (2016): Migration und Gesundheit aus Geschlechterperspektive. In: Petra Kolip und Klaus Hurrelmann (Hg.): Handbuch Geschlecht und Gesundheit. 2. Aufl. Bern: Hogrefe, S. 125–133.
- Spuling, Svenja M.; Ziegelmann, Jochen P.; Wünsche, Jenna (2017): Was tun wir für unsere Gesundheit? Gesundheitsverhalten in der zweiten Lebenshälfte. In: Katharina Mahne, Clemens Tesch-Römer, Julia Katharina Wolff und Julia Simonson (Hg.): Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Wiesbaden: Springer, S. 139–156.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020): Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus - Fachserie 1 Reihe 2.2 - 2019. Hg. v. Statistisches Bundesamt (Destatis). Wiesbaden, zuletzt geprüft am 18.08.2020.

Stenzel, Monique (2016): Migration und Gesundheit. Erklärungsansätze und bisherige Forschungsergebnisse. In: Johannes Stauder, Ingmar Rapp und Jan Eckhard (Hg.): Soziale Bedingungen privater Lebensführung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 282–303.

Strumpfen, Sarina (2012): Altern in fortwährender Migration bei älteren Türkischstämmigen. In: Helen Baykara-Krumme, Andreas Motel-Klingebiel und Peter Schimany (Hg.): Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland. Wiesbaden: Springer VS (Alter(n) und Gesellschaft, 22), S. 411–433.

Tesky, Valentina A.; Hermann, Nervin; Kümmel, Anne; Schall, Arthur; Karakaya, Tarik; Pantel, Johannes (2014): Förderung kognitiv-stimulierender Freizeitaktivitäten bei türkischen Migranten. In: *Präv Gesundheitsf* 9 (1), S. 60–65, zuletzt geprüft am 05.06.2020.

Tezcan-Güntekin, Hürrem; Breckenkamp, Jürgen; Razum, Oliver (2015): Pflege und Pflegeerwartungen in der Einwanderungsgesellschaft. Expertise im Auftrag der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Hg. v. Forschungsbereich beim Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR) GmbH. Berlin, zuletzt geprüft am 14.11.2018.

Tucci, Ingrid; Yildiz, Safiye (2012): Das Alterseinkommen von Migrantinnen und Migranten: zur Erklärungskraft von Bildungs- und Erwerbsbiografien. In: Helen Baykara-Krumme, Andreas Motel-Klingebiel und Peter Schimany (Hg.): Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland. Wiesbaden: Springer VS (Alter(n) und Gesellschaft, 22), S. 101–125.

Ulusoy, N.; Gräßel, E. (2010): Türkische Migranten in Deutschland. Wissens- und Versorgungsdefizite im Bereich häuslicher Pflege - ein Überblick. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 43 (5), S. 330–338, zuletzt geprüft am 14.11.2018.

Vogel, Claudia; Krausmann, Corinna; Hagen, Christine (2017): Freiwilliges Engagement älterer Menschen. Sonderauswertungen des Vierten Deutschen Freiwilligensurveys. Hg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren und Frauen und Jugend. Berlin, zuletzt geprüft am 02.09.2020.

Vogel, Claudia; Krausmann, Corinna; Kelle, Nadiya (2019): Soziale Teilhabe von Menschen mit Migrationshintergrund - Befunde des Deutschen Freiwilligensurveys 2014. In: *Migration und soziale Arbeit* (1), S. 4–17, zuletzt geprüft am 04.09.2020.

Völker, Klaus (2012): Zusammenhang von gesundheitlicher Aktivität mit physischer und psychischer Gesundheit - eine Einführung. In: Gunnar Geuter und Alfons Holleder (Hg.): Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit. 1. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber, S. 23–32.

Weeber, Rotraud (2012): Wohnen und Gesundheit. In: Christa Böhme, Christa Kliemke, Bettina Reimann und Waldemar Süß (Hg.): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern: Verlag Hans Huber, S. 61–73.

Weiß, Otmar (2017): Warum (nicht) Sport? Eine Motivationsstudie zum Breitensport in Österreich. Universität Wien. Wien.

West, Candace; Zimmerman, Don H. (1987): Doing Gender. In: *Gender & Society* 1 (2), S. 125–151. DOI: 10.1177/0891243287001002002.

Wiegel, Constantin; Bergmann, Agnes (2020): Alter und Gesundheit. In: Stephanie Stadelbacher und Werner Schneider (Hg.): Lebenswirklichkeiten des Alter(n)s. Vielfalt, Heterogenität, Ungleichheit. [S.l.]: VS Verl. für Sozialwissenschaften, S. 27–54.

Wolter, Birgit (2017): Gesundheitsförderliche Quartiere für alte Menschen - Herausforderungen und Barrieren. In: Carlo Fabian, Matthias Drilling, Oliver Niermann und Olaf Schnur (Hg.): Quartier und Gesundheit. Impulse zu einem Querschnittsthema in Wissenschaft, Politik und Praxis. Wiesbaden: Springer VS, S. 61–78.

Yildirim-Fahlbusch, Y. (2003): Kulturelle Missverständnisse. Die Beziehung zwischen deutschen Ärzten und ihren türkischen Patienten gestaltet sich oft schwierig. Sprachprobleme sind dabei nur die Spitze des Eisbergs. In: *Deutsches Ärzteblatt* 100 (18), S. 1179–1181, zuletzt geprüft am 14.11.2018.

Yilmaz-Aslan, Y.; Brzoska, P.; Berens, E-M; Salman, R.; Razum, O. (2013): Gesundheitsversorgung älterer Menschen mit türkischem Migrationshintergrund: Qualitative Befragung von Gesundheitsmediatoren. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 46 (4), S. 346–352. DOI: 10.1007/s00391-012-0406-3.

Zeeb, H.; Ahrens, W.; Pigeot, I. (2011): Primärprävention. Konzepte und Strategien. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 54 (3), S. 265–271, zuletzt geprüft am 01.10.2020.

Zender, Ursula (2017): Sportengagements türkisch-muslimischer Migrantinnen. Der Einfluss von Kultur, Religion und Herkunftsfamilie. 1. Auflage 2018. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Zimmermann, Harm-Peer (2012): Altersbilder von türkischen Migrantinnen und Migranten in Deutschland im Vergleich. Islamische Grundsätze - alltägliche Sichtweisen. In: Helen Baykara-Krumme, Andreas Motel-Klingebiel und Peter Schimany (Hg.): Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland. Wiesbaden: Springer VS (Alter(n) und Gesellschaft, 22), S. 315–337.