

Umgang mit Würde und Respekt

www.migrantas.org

Interkulturelle Altenhilfe in Berlin

Empfehlungen für eine kultursensible Pflege
älterer Migrantinnen und Migranten

Zum Titelbild:

migrantas | eine visuelle Sprache der Migration

Das Piktogramm auf der Titelseite dieser Broschüre ist eines der zahlreichen Piktogramme, die als Ergebnisse aus soziokulturellen Projekten des Kollektivs migrantas hervorgegangen sind. Im Stadtraum mittels Piktogrammen sichtbar zu machen, was diejenigen denken und fühlen, die ihr eigenes Land verlassen haben und nun in einem neuen Land leben, ist das Ziel von migrantas.

Mobilität, Migration und Transkulturalität sind in unserer Welt keine Ausnahme, sondern die Regel. Trotzdem sind Migrantinnen und ihre Erfahrungen für die Mehrheit der Gesellschaft meist unsichtbar.

Migrantas thematisiert Migration, Identität und interkulturellen Dialog und bedient sich in seinen vielfachen Projekten der Werkzeuge der Kunst, des Designs und der Sozialwissenschaften. Die Mitglieder des Kollektivs, überwiegend selbst nach Deutschland eingewandert, konzipieren ihre Arbeit mit anderen MigrantInnen in Workshops, verdichten Zeichnungen zu Piktogrammen und verbreiten sie im Stadtraum.

www.migrantas.org



Interkulturelle Altenhilfe in Berlin

Empfehlungen für eine kultursensible Pflege älterer Migrantinnen und Migranten

Ein Gutachten der Camino – Werkstatt für Fortbildung,
Praxisbegleitung und Forschung im sozialen Bereich gGmbH, erstellt im
Auftrag der Beauftragten des Senats für Integration und Migration

Inhalt

Vorwort der Senatorin für Arbeit, Integration und Frauen	4
Vorwort des Senators für Gesundheit und Soziales	5
Einleitung	6
Methodisches Vorgehen	8
Migration und Altenpflege	10
Die Mehrheit der Zugewanderten bleibt	10
Wie hilfreich ist der Begriff „Interkulturelle Öffnung“?	11
Von interkulturell zu kultursensibel	12
Mehrfachdiskriminierungen von älteren Menschen mit Migrationshintergrund	15
Interkulturelle Öffnung der Altenpflege angesichts des demografischen Wandels	16
Wer trägt die Last der Pflege?	17
Pflege in Not: Fachkräftemangel in der Pflege	18
(Ältere) Menschen mit Migrationshintergrund in Berlin	18
Berliner/innen lassen sich zu Hause pflegen	19
Das Kompetenz Zentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe (kom•zen)	20
Angebote der Altenpflege in Berlin	22
Ambulante Pflege	22
Tagespflege	22
Kurzzeit- und Verhinderungspflege	23
Angebote der stationären Pflege	23
Ambulant betreute Wohngemeinschaften	24
Palliativmedizin und -pflege	24
Kultursensible Pflege- und Informationsangebote explizit für Migrant/innen	25
Die Pflegestützpunkte	28
Die Sicht der Expert/innen	30
Samplebeschreibung	30
Informationsstand von Migrant/innen zum Versorgungssystem	31
Zur Rolle der Familie bei der Pflege von Migrant/innen	37
Einschätzungen der Expert/innen zu Angeboten und Einrichtungen der Pflege	39
Die Sicht der pflegebedürftigen Senior/innen und ihrer pflegenden Angehörigen	46
Samplebeschreibung	46
Organisationsformen der Pflege: Schwierigkeiten und Ressourcen	47
Familie als Ressource versus Belastung von pflegenden Angehörigen	51
Beratung und Information: Barrieren und Ressourcen	53
Zusammenfassung der Barrieren und Ressourcen	55
Auswahlkriterien für bestehende professionelle Unterstützungsangebote	56
Erfahrungen mit ambulanten und teilstationären Angeboten	57
Erfahrungen mit ambulant betreuten Wohngemeinschaften	59
Erfahrungen mit stationären Einrichtungen	61

Wie sollte das optimale Angebot aussehen?	62
Forderungen, Wünsche und Visionen der Befragten bzgl. Pflegesystem und Versorgungsstrukturen	63
Die Perspektive nicht pflegebedürftiger Migrant/innen	66
Samplebeschreibung	66
Angebote der Altenpflege: Erfahrungen, Information und Vorsorge	67
Formen der Altenpflege: Wünsche und Ängste	69
Wünsche an das Pflegepersonal und interkulturelle Bedarfe in der Pflege	71
Befürchtungen und Barrieren	73
Forderungen, Wünsche und Lösungsansätze	73
Zusammenfassung	76
Ressourcen	76
Probleme und Barrieren	77
Bedarfe und gute Praxis	79
Empfehlungen	84
Anlage	90
Beispielhafte Vorschläge für Maßnahmen	90
Literatur	92
Impressum	96



Vorwort der Senatorin für Arbeit, Integration und Frauen

In den nächsten Jahren wird ein Viertel der Bevölkerung über 65 Jahre alt sein. Diese Entwicklung erfordert sowohl eine veränderte Perspektive auf das Alter und das Altern generell als auch auf die Potenziale älterer Menschen speziell.

Unabhängig von der Herkunft und Religion, gibt es viele Bedürfnisse und Wünsche älterer Menschen, die sich sehr ähnlich sind: So lange wie möglich aktiv am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, es selbstbestimmt zu gestalten und auch mitzugestalten. Das Thema Altwerden der Migrantinnen und Migranten steht deshalb oben auf der politischen Tagesordnung und wird uns in den kommenden Jahren zunehmend beschäftigen. Zurzeit haben rund 12% der Menschen 65+ in Berlin einen Migrationshintergrund.

Die Migrantengesellschaft selbst verändert sich, gerade in der Familienstruktur: Auch in den meisten Migrantenfamilien vollzieht sich ein struktureller Wandel, dass keineswegs mehr eine intakte Großfamilie althergebrachte Aufgaben übernehmen kann.

Eine Antwort darauf ist die Sensibilisierung und Qualifizierung auch der allgemeinen Beratungs- und Hilfseinrichtungen gerade in Hinsicht auf soziale Problemlagen unterschiedlicher Migrantengruppen. Die Beratungsstellen müssen aber auch immer mehr die herkömmlichen Regeldienste darauf vorbereiten, dass ihre Klientel immer heterogener wird, dass sich daraus ganz konkrete Aufgaben für Betreuung und Hilfsangebote ergeben können. Das gilt insbesondere für die Arbeit mit älteren Menschen.

Natürlich stehen allen, unabhängig von Herkunft, Nationalität, Kultur, Religion oder sexueller Orientierung die allgemeinen Beratungsangebote und Hilfsdienste offen. Aber oftmals tauchen doch ganz spezifische Anforderungen und Probleme auf, die eine immer vielfältigere Gesellschaft eben mit sich bringt. So bedeutet es für die Altenhilfe und die Pflegeeinrichtungen, dass Angebotsstrukturen an die neuen Nutzergruppen angepasst werden müssen. Passgerechte, kultursensible Angebote für ältere Menschen unterschiedlicher Herkunft müssen noch entwickelt werden. Das fängt z.B. beim Wegräumen sprachlicher Hürden an. Multikulturelle Teams werden hierfür gebraucht. Freizeitaktivitäten können ebenfalls interkulturell gestaltet werden.

Das vorliegende Gutachten gibt einen Überblick, wo die wichtigen Handlungsfelder der interkulturellen Ausrichtung der Altenhilfe liegen.

Dilek Kolat
Senatorin für Arbeit, Integration und Frauen

Vorwort des Senators für Gesundheit und Soziales

Liebe Leserinnen und Leser mit und ohne Migrationsgeschichte, unser Leben heute ist reicher an Spielräumen als das unserer Eltern und Großeltern. Wir können auswählen, wie wir im Alter leben wollen. Wir können oft auch auswählen, wo wir leben wollen und wer an unserer Seite ist. Die allermeisten erhoffen sich, dass ihnen ihre Familie, ihre Freunde oder Verwandten im höheren Alter zur Seite stehen. Die Versorgung durch Nahestehende ist jedoch aufgrund sich wandelnder Werte und Lebensvorstellungen nicht mehr selbstverständlich.

Altwerden beschenkt uns mit Erfahrungen. Jedoch bringt es uns in vielen Fällen auch Einschränkungen, die nur ungern akzeptiert werden. Ältere Menschen brauchen unsere Hilfe, die sie heute meist in der eigenen Familie erhalten. Wille und Engagement der pflegenden Angehörigen führen aber zunehmend über ihre Belastungsgrenzen hinaus – umso mehr, wenn eine fortgeschrittene dementielle Erkrankung beim Pflegebedürftigen vorliegt. Auch wenn der Wunsch zu pflegen bei Kinder oder Ehepartnerin ungebrochen besteht, schaffen es viele nicht ohne professionelle Hilfe eines Pflegedienstes oder einer Tagespflege. Es braucht nicht selten Überwindung, pflegerische Angebote wie z.B. der Kurzzeit- und Verhinderungspflege, überhaupt in Anspruch zu nehmen.

Das vorliegende Gutachten bestätigt, dass ältere Zuwanderinnen und Zuwanderer und ihre Angehörigen in Berlin meist nicht ausreichend über Angebote der Pflege und Altenhilfe Bescheid wissen. Auch aus anderen Daten wissen wir, dass die bestehenden Angebote der Altenhilfe und Pflege von Zuwanderinnen und Zuwanderern noch unterdurchschnittlich genutzt werden. Hilfreich kann zum Beispiel eine Beratung bei den Berliner Pflegestützpunkten sein. Schriftliche Informationen gibt es dort in sieben viel vertretenen Migrantensprachen – in Türkisch, Russisch, Arabisch, Polnisch, Bosnisch, Vietnamesisch und Englisch.

Wichtig ist, dass kultursensibel und verständlich informiert und beraten wird. Alle Beteiligten müssen sich Gedanken dazu machen und aktiv werden, damit Angebote der Pflege und Altenhilfe an- und wahrgenommen werden. Der Handlungsdruck steigt, denn die Gruppe der Zuwanderinnen und Zuwanderer mit Pflege- und Betreuungsbedarf wächst kontinuierlich.

Ich möchte an die Dienste und Einrichtungen, Verbände, Verwaltungen und Versicherungen appellieren, noch stärker eine ansprechende Willkommenskultur für ältere Zuwanderinnen und Zuwanderer zu pflegen und ihre Angebote kultursensibel zu gestalten.

An die älteren Zuwanderinnen und Zuwanderer, ihre Seniorenvertreterinnen und -vertreter, die Migrantenselbsthilfeorganisationen und Verbände wende ich mich mit der Bitte, Bedarfe zu signalisieren, Hilfe einzufordern und sich am Abbau von Barrieren zu beteiligen.

Mein Haus hat zusammen mit der Integrationsbeauftragten Maßnahmen erarbeitet, die wir gemeinsam mit den Landesgremien für Integration und für Senioren, dem Kompetenzzentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe, den Bezirken und Migrantenselbsthilfeorganisationen diskutieren und umsetzen wollen.

Ich freue mich auf Ihre konstruktive Beteiligung.

Mario Czaja
Senator für Gesundheit und Soziales



Einleitung

Die Tatsache, dass Deutschland ein Einwanderungsland ist, hat zur Folge, dass die hier lebenden Migrant/innen ihre Geschichten und Lebensbiografien in deutsche Institutionen und Lebenszusammenhänge tragen. Dies gilt auch für die Institutionen der Altenpflege, die sich zunehmend darauf einstellen (müssen), für diese Zielgruppe adäquate Angebote bereitzustellen.

Die Zahl der Migrant/innen, die älter als 60 Jahre sind, wird nach Schätzungen von Fachleuten im Jahre 2030 wahrscheinlich auf 2,8 Millionen anwachsen. Lange ging man davon aus, dass ein großer Teil der in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationsgeschichte im Alter in ihr Herkunftsland zurückkehrt. Die aktuellen Entwicklungen zeigen allerdings, dass dies nur für einen Teil der hier lebenden Zugewanderten zutrifft.

Die Dienste und Einrichtungen der Altenpflege und -hilfe stehen somit verstärkt vor der Herausforderung, den Ansprüchen und Bedürfnissen alt gewordener Migrant/innen gerecht zu werden. Es gilt, ein Bewusstsein für die Notwendigkeit kultursensibler Arbeitsweisen in den Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe zu schaffen. Denn gerade in der Altenpflege begegnen sich Menschen in sehr sensiblen Bereichen. Grenzen verschiedener Art – persönliche Empfindungen, Schmerzerfahrung, Intimsphäre – werden berührt und es muss geklärt werden, wie der Umgang damit aussehen soll, Distanz und Nähe müssen ausgehandelt werden. Diese komplexen Anforderungen können zu Unsicherheiten führen, die häufig ansteigen, wenn der zu pflegende Mensch einen Migrationshintergrund hat. Hier zeigt sich, dass interkulturelle Kompetenz und Konzepte einer Öffnung der Altenhilfe für Menschen unterschiedlicher Herkunft notwendig sind.

Grundsätzlich stehen die Angebote aller sozialen Dienstleistungsunternehmen allen Menschen offen, unabhängig von Alter, Glauben oder Nationalität. Hier sind selbstverständlich auch die Einrichtungen der Altenpflege eingeschlossen. Dennoch nutzen zugewanderte alte Menschen bisher die Institutionen der Altenhilfe in nicht sehr hohem Maße. Gründe hierfür sind fehlende Informationen, schlechte Erfahrungen mit Institutionen sowie geringe Deutschkenntnisse. In der Unkenntnis hinsichtlich des Angebotes im Rahmen der Altenpflege spiegelt sich letztlich auch die bislang unzureichende interkulturelle Öffnung der Beratungs- und Versorgungsinstitutionen für Senior/innen in Deutschland wider.

Es gilt, das Dienstleistungsangebot in der Altenpflege in Zukunft verstärkt auf die Kundengruppe der Menschen unterschiedlicher Herkunft auszurichten. Dies beinhaltet die Überprüfung und Anpassung bisheriger Angebote an die Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund sowie die Sicherstellung eines kultursensiblen und fachlichen Handelns und somit die Durchführung einer interkulturellen Öffnung der Altenhilfe.

Vor diesem Hintergrund wurde Camino – Werkstatt für Fortbildung, Praxisbegleitung und Forschung im sozialen Bereich gGmbH von der Beauftragten für Integration und Migration des Senats von Berlin beauftragt, ein Gutachten zu Bedarfen im Bereich der kultursensiblen/interkulturellen Altenpflege zu erstellen, das vorrangig die Perspektive der migrantischen Senior/innen und ihrer Angehörigen berücksichtigt.

In dem hier vorgelegten Gutachten werden die Ressourcen und Bedarfe von (potenziellen) migrantischen Nutzer/innen der Institutionen und Unterstützungsangebote der Altenpflege ermittelt sowie Barrieren, die den Zugang zu den Institutionen und Angeboten erschweren und die die Inanspruchnahme von Unterstützungen in der Pflege behindern. Auf dieser Basis werden Handlungsempfehlungen für die Interkulturelle Altenpflege entwickelt, die gemeinsam mit Expert/innen aus Migrantenselbstorganisationen und Vertreter/innen von interkulturellen Angeboten der Altenpflege in Berlin erörtert und abgestimmt wurden.

Durchführung

Das Ziel des Gutachtens ist es, die Bedarfe von (potenziellen) Nutzer/innen mit Migrationshintergrund der Institutionen und Unterstützungsangebote der Altenpflege zu erheben. Weiterhin werden die Barrieren ermittelt, die den Zugang zu den Institutionen und Angeboten erschweren. Das Gutachten ermittelt vorrangig die Perspektive von Menschen mit Migrationshintergrund. Auf der Basis der Erhebung von Bedarfen der Zielgruppe und Barrieren des Zugangs werden Handlungsempfehlungen für die interkulturelle Altenpflege entwickelt und formuliert, um den Prozess der interkulturellen Öffnung und der kultursensiblen Ausrichtung in der Altenpflege zukunftsweisend weiter zu fördern.

Methodisches Vorgehen

Das Gutachten basiert auf einer Literatur- und Internetrecherche und auf einer empirischen Erhebung zu Bedarfen, Barrieren und guter Praxis im Themenfeld der kultursensiblen Altenpflege.

Für den empirischen Teil des Gutachtens sind im Oktober und November 2013 leitfadengestützte Einzelinterviews und Gruppendiskussionen mit drei Gruppen geführt worden

- Expert/innen,
- pflegebedürftigen Migrant/innen und / oder ihren pflegenden Angehörigen sowie
- (noch) nicht pflegebedürftigen Migrant/innen.

Es sind insgesamt elf Experteninterviews mit im Feld der kultursensiblen Altenpflege ausgewiesenen Expert/innen und Vertreter/innen von Migrantenselbstorganisationen geführt worden. Hier ging es vor allem darum, übergreifende Einschätzungen zur kultursensiblen Altenpflege und zur interkulturellen Öffnungen von Angeboten und Einrichtungen der Altenpflege einzufangen.

Folgende Interviews wurden geführt:

- fünf Interviews mit Vertreter/innen von Migrantenselbstorganisationen mit türkischem, arabischem, vietnamesischem, südostasiatischem und russischsprachigem Hintergrund,
- zwei Interviews mit Vertreter/innen von interkulturellen Pflegeangeboten,
- ein Interview mit einer Vertreterin einer interkulturellen Begegnungsstätte,
- ein Interview mit Vertreterinnen eines Expertenzentrum sowie
- zwei Interviews mit Vertreterinnen von Pflegestützpunkten.

Die Schwerpunkte der Interviews waren folgende Fragestellungen:

- Welche Bedarfe bestehen in Bezug auf die interkulturelle Altenpflege?
- Welche Barrieren bestehen hinsichtlich des Zugangs und der Nutzung der Institutionen und Unterstützungsangebote der Altenpflege?
- Welche Ansätze / Modelle / gute Praxis interkultureller Altenpflege bestehen bereits?
- Wie ist das Angebot in Bezug auf die stationäre und ambulante interkulturelle Altenpflege einzuschätzen?
- Inwieweit korrespondieren Angebot und Bedarfslagen bzw. wo bestehen Lücken?
- Welche sind die zentralen Herausforderungen für die weitere interkulturelle Öffnung der stationären und ambulanten Altenpflege?

Weiterhin sind acht fallbezogene Einzel- bzw. Familieninterviews mit Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen mit türkischem Hintergrund geführt worden, die über Erfahrungen mit ambulanten, stationären bzw. teilstationären Angeboten verfügen.

Die Sichtweise der nicht pflegebedürftigen älteren Migrant/innen wurde über insgesamt sieben Gruppendiskussionen eingefangen, wobei 44 Menschen aus folgenden Ländern erreicht wurden: Türkei, Italien, Polen, Irak, Marokko, Palästina, Griechenland und Vietnam.

Mit migrantischen Kund/innen von Pflegestützpunkten konnte leider nur ein Interview geführt werden, da zu den Befragungszeitpunkten nur ein Migrant den Pflegestützpunkt aufsuchte.

Die Schwerpunkte der Interviews mit den pflegebedürftigen Migrant/innen und ihren Angehörigen und den nicht pflegebedürftigen Migrant/innen bildeten folgende Fragen:

- Wie ist der Informationsstand in Bezug auf die Angebote der interkulturellen Altenpflege?
- Welche konkreten Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche werden in Bezug auf Einrichtungen der Altenpflege formuliert?
- Wie sind die persönlichen Erfahrungen in diesem Bereich und wie werden sie bewertet?
- Welche Gründe bestehen, Institutionen und Unterstützungsangebote nicht in Anspruch zu nehmen?
- Inwieweit bestehen persönliche Erfahrungen mit Diskriminierungen?

Die Interviews und Gruppendiskussionen wurden zusammengefasst und ausgewertet.

Entwicklung von Empfehlungen

Zur Entwicklung von Handlungsempfehlungen wurde ein Expertengespräch durchgeführt, an dem sich u.a. Vertreter/innen von Migrantenselbstorganisationen beteiligten. Nach einer kurzen Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse des Gutachtens wurden die auf der Basis des Gutachtens im Entwurf entwickelten Empfehlungen diskutiert, ergänzt und überarbeitet. Die abgestimmten Empfehlungen sind Teil des Gutachtens.

Migration und Altenpflege

Die Mehrheit der Zugewanderten bleibt

Lange ging man davon aus, dass ein großer Teil der in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationsgeschichte im Alter in ihr Herkunftsland zurückkehrt. Die aktuellen Entwicklungen zeigen aber, dass dies nur für einen Teil der hier lebenden Zugewanderten zutrifft und sich für die Mehrheit eine Bleibeperspektive konkretisiert hat. Die Beweggründe zu bleiben sind u.a. die Nähe zu Kindern und Enkeln und die bessere medizinische Versorgung in Deutschland (Koch/Bischof 2005, 63f.).

Eine andere Gruppe, die bislang wissenschaftlich und in der Praxis der Altenhilfe erst langsam in den Blick gerät, sind die Pendelmigrant/innen: Sie halten sich teils in Deutschland und teils in ihrem Heimatland auf. Wie sich die Pendelmigration konkret ausgestaltet, hängt stark von dem individuellen Gesundheitszustand, den im Heimatland noch vorhandenen familiären Beziehungen sowie der medizinischen Versorgung vor Ort ab (Strumpfen 2012, 41ff.). Auf Grundlage der Auswertung von Daten des Sozio-Ökonomischen Panels (SOEP) für die Jahre 1996/2002 schätzen die Autoren Özcan/Seifert ein, dass sich an die 60.000 Personen mit türkischem Hintergrund im Alter ab 65 Jahren im Zeitraum von zwei Jahren für mindestens drei Monate in der Türkei aufhalten (Özcan/Seifert 2004, 39ff.). Es muss also gefragt werden: Welche Chancen oder Probleme bringt diese Transnationalität mit sich, wenn es darum geht, die Versorgungsstruktur für Migrant/innen in Deutschland zu verbessern?

Eine weitere Zielgruppe in diesem Zusammenhang sind neben den älteren Migrant/innen insbesondere deren Angehörige. Angehörige wachsen „natürlich“ parallel zur Gruppe der Älteren mit. Da die Ressource „Familie“ eine besondere Rolle in der Betreuung von Pflegebedürftigen einnimmt, muss eine interkulturelle Öffnung Familienangehörige als Zielgruppe ebenso in den Blick nehmen, um deren Informations- und Unterstützungsbedarf hinsichtlich der Betreuung von älteren Familienmitgliedern gerecht zu werden.

Alterspolitik, die Dienste und Einrichtungen der Altenpflege und -arbeit stehen somit verstärkt vor der Herausforderung, den Ansprüchen und Bedürfnissen unterschiedlicher Zielgruppen in der großen Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund – Ältere, Angehörige, Pendelmigrant/innen – zu genügen.

Dabei sind ältere Migranten/innen in Deutschland – wie die Älteren insgesamt – eine höchst heterogene Gruppe. Sie haben unterschiedliche Erfahrungen im Herkunfts- und Ankunftsland gemacht, vor, während und nach der Migration – all das beeinflusst ihre Lebenssituation und ihren Lebensstil im Alter erheblich (Baykara-Krumme 2013, 36).

Es gilt in Zukunft, verstärkt ein Bewusstsein für die Notwendigkeit kultursensibler Arbeitsweisen in den Einrichtungen und Diensten der Altenpflege zu schaffen. Denn gerade in der Altenpflege begegnen sich Menschen in sehr sensiblen Bereichen. Grenzen verschiedener Art – persönliche Empfindungen, Schmerzerfahrung, Intimsphäre – werden berührt und es muss geklärt werden, wie der Umgang damit aussehen soll, beispielsweise von Distanz und Nähe. Andere Wertevorstellungen und Umgangsweisen, Erwartungs- und Anspruchshaltungen können zu Unsicherheiten führen – bei Pflegefachkräften, bei zu Pflegenden und Angehörigen. Die Stärkung der interkulturellen Kompetenz im Pflegebereich und praxisrelevante Konzepte, um die Altenpflege interkulturell zu öffnen, sind in diesem Zusammenhang unerlässlich.

Grundsätzlich stehen die Angebote aller sozialen Dienstleistungsunternehmen – inklusive der Altenpflegeeinrichtungen – allen Menschen offen, unabhängig von Alter, Glauben oder Nationalität. Dennoch nutzen nachweislich zugewanderte alte Menschen bisher die gängigen Institutionen und Angebote der Altenpflege in nicht sehr hohem Maße. In der Fachliteratur wird bestätigt, dass ältere Migrant/innen das Altenhilfesystem in geringerem Umfang in Anspruch nehmen als die einheimische Bevölkerung (Khan-Zvorničanin 2009b, 5; Zeman 2012, 462). Gründe hierfür sind in erster Linie fehlende Informationen, mangelndes Sprachverständnis und Vertrauen gegenüber deutschen Institutionen und Einrichtungen und diskriminierende Erfahrungen. Seitens der Anbieter der Altenhilfe und -pflege werden Zugangsbarrieren in Form von struktureller Benachteiligung der Zielgruppe festgestellt. „Hieraus resultiert eine Chancenungleichheit hinsichtlich der Gewährung und Ausgestaltung gesundheitlich / pflegerischer sowie präventiver Versorgungsleistungen (Khan-Zvorničanin 2009b, 5).

Auf der anderen Seite stoßen die Forderungen, sich bei der Pflege älterer Migrant/innen auf deren Bedürfnisse einzurichten und das Wissen zu erwerben, das hierfür notwendig ist – beispielsweise Kenntnisse einer angepassten Kommunikation im Migrationskontext, Hintergrundwissen über Kultur, Migration, Religion, Kenntnisse über Unterschiede in der sozialen Organisation und den Aufgaben von Familie u.a. –, allmählich auf Akzeptanz in Pflegeeinrichtungen. Aber noch nicht hinreichend und flächendeckend, noch nicht verlässlich und selbstverständlich – es bleibt viel zu tun.

Eine Verbesserung der bedarfsgerechten Versorgung von Senior/innen soll schon seit gut einem Jahrzehnt mit einer interkulturellen Öffnung der Regeldienste erreicht werden (Khan-Zvorničanin 2009b, 6). Fachleute und Wissenschaftler/innen gehen aber bislang davon aus, dass die interkulturelle Öffnung im Gesundheits- und Pflegesektor nicht in dem „gewünschten Maße oder mit sichtbarem Erfolg“ (Robert Koch Institut/Statistisches Bundesamt 2008, 132; Khan-Zvorničanin 2009b, 6) gelingt. Die Konzepte und Strategien für die Versorgung dieser speziellen Zielgruppe sind also nicht immer wirksam oder hilfreich).

Wie hilfreich ist der Begriff „Interkulturelle Öffnung“?

Leider steht in der Pflege und Pflegewissenschaft immer noch eine einheitliche Definition dessen aus, was mit „interkulturell“ tatsächlich gemeint ist und in der Praxis Anwendung finden soll. Auch die wissenschaftliche Fachliteratur und -debatte arbeitet mit dem Begriff der interkulturellen Öffnung aus unterschiedlichen Perspektiven. Dennoch lassen sich bestimmte Merkmale und Funktionen des Begriffes in Theorie und Praxis gleichermaßen identifizieren: „Interkulturelle Öffnung wird stets als unabgeschlossener, zukunftsbezogener Umwandlungsprozess beschrieben, dessen Zielsetzungen sich im weitesten Sinn um die Realisierung sozialer Teilhabe von Migrant/innen an gesellschaftlichen Institutionen bewegen“ (Khan-Zvorničanin 2009b, 7). Khan-Zvorničanin betont jedoch, dass diese Zielformulierungen einen geringen Operationalisierungs- und Konkretisierungsgrad aufweisen und so interpretationsbedürftig bleiben. Sie und andere Autor/innen kritisieren, dass oftmals unklar bleibt, was, wie und in welchem Maße geöffnet werden soll, im Sinne welcher übergeordneten Ziele eine Interkulturelle Öffnung angestrebt, auf welcher Ebene sie betrieben und schließlich wie sie strukturell verankert werden soll (Khan-Zvorničanin 2009b, 7; Leenen 2001, 19; BAMF 2005).

Baric-Büdel (2005) weist darauf hin, dass der Kern der Forderung nach interkulturell ausgerichteter bzw. kultursensibler Pflege eine bedarfsorientierte Herangehensweise bezeichnet, die an sich die Normalität der Pflege darstellen müsste, weil sie ganz elementar zu jeder Pflege dazugehört:

„Die zentrale Forderung einer interkulturell ausgerichteten Pflege ist, sich auf individuell verschiedene biografische, soziale, religiöse und kommunikative Bedürfnisse einzustellen. Das muss nach mehr als dreißig Jahren professioneller Altenpflege eigentlich Normalität sein. Wenn dem nicht so ist, dann zeigen die neu hinzu kommenden ‚fremden‘ Nutzer der Dienstleistung Altenpflege etwas Entscheidendes an. Wenn man die Normalität der Pflege keinem Fremden anbieten kann, entspricht sie nicht dem Stand der Kunst. (...) Um von Heterogenität profitieren zu können, muss sich jedoch die Wahrnehmung verändern. Statt Belastung und Problematik müssen Bereicherung und Potentiale, die das Fremde mit sich bringt, gesehen werden“ (Baric-Büdel 2005, 8).

Auch Dagmar Domenig, Herausgeberin des Handbuchs „Professionelle Transkulturelle Pflege“ konstatiert, dass es in der Pflege „bis anhin keine einheitliche Begrifflichkeit gibt: Es wird von multikultureller, interkultureller oder transkultureller Pflege gesprochen“ (Domenig 2001b, 146f.). Multikulturalität wie Interkulturalität seien Begriffe, die einen essentialistischen Kulturbegriff reproduzieren, „indem ‚Kulturen‘ als klar voneinander abgegrenzte Wesenheiten dargestellt werden. Im Unterschied dazu stellt Transkulturalität nicht das Zwischen oder das Nebeneinander, sondern das über das Kulturelle Hinausgehende, Grenzüberschreitende und somit letztlich auch Verbindende und Gemeinsame ins Zentrum“ (Domenig 2001b, 146f.). Sie betont, dass Kulturen heute nicht mehr homogen oder separiert sind, sondern durch Mischungen und Durchdringungen gekennzeichnet, und verwendet deshalb den Begriff „transkulturell“. Eine transkulturelle Kompetenz in der Pflege ist eine Betreuung, die „auf Selbstreflexion, Empathie, Wissen und Erfahrung beruht“ (Domenig 2001b, 157). Hierbei wird versucht, die individuellen Lebenswelten – biografische Erfahrungen, äußere Lebensbedingungen und soziokulturellen Hintergründe – zu erfassen, zu verstehen und im Pflegeprozess zu berücksichtigen. Auch die Interaktion zwischen Pflegenden und zu Pflegenden wird ins Zentrum gerückt. Also nicht nur die Lebenswelten von Menschen mit Migrationshintergrund spielen eine Rolle, sondern auch die Lebenswelt der Pflegefachkräfte.

Von interkulturell zu kultursensibel

Ein weiterer Begriff, der in diesem Zusammenhang immer wieder benutzt wird, ist die „kultursensible Pflege“, der sich in vielen Inhalten größtenteils mit den Prämissen „transkultureller Pflege“ deckt. Eine „kultursensible Pflege ist im Grunde eine individuelle und biografieorientierte Pflege, die die Lebensweisen und -geschichten von Patient/innen in der Pflege berücksichtigt. Ausreichende Kenntnisse über verschiedene Lebensweisen, kulturelle Gemeinsamkeiten und Differenzen sowie religiöse Umgangsformen und Gewohnheiten stellen im professionellen Pflegeverständnis und -handeln eine wesentliche Grundlage für Integration individueller und kultureller Bedürfnisse von PatientInnen dar“ (Koch/Bischof 2005, 63).

Auch Dragica Baric-Büdel verwendet in einer Zusammenfassung der interkulturellen Orientierung von Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe der Arbeiterwohlfahrt den Begriff der kultursensiblen Altenhilfe. Diese gewährleistet „eine biografieorientierte und personenbezogene Hilfe und Pflege, die auf individuelle Bedürfnisse eingeht, unabhängig von der sozialen und kulturellen Herkunft der Menschen, soweit es unter den gegebenen Rahmenbedingungen und der Ausstattung der Dienste und Einrichtungen möglich ist. Diese Bedürfnisse und Besonderheiten können einen religiösen, kulturellen, geschlechtsspezifischen, migrationsbedingten usw. Hintergrund haben, aber sind immer im Zusammenhang mit dem Lebensumfeld und der Biografie des / der Einzelnen zu sehen. Kultursensibel heißt, dass die / der Pflegenden für den einzelnen Menschen, für seine Biografie, seine individuellen Bedürfnisse sensibel ist“ (Baric-Büdel 2005, 7).

Der Begriff der kultursensiblen Pflege ist auch ein zentraler Moment im „Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe“ von 2002. Im Jahre 2000 hatten sich – gefördert durch die Beauftrag-

te der Bundesrepublik für Migration, Flüchtlinge und Integration – in dem Arbeitskreis „Charta für eine kultursensible Altenpflege“ verschiedene Institutionen, Verbände und Einzelpersonen zusammengeschlossen, die mit Migrations- und Integrationsfragen sowie mit Fragen der Altenhilfe befasst sind. Diese hatten zum Ziel, verbands- und projektübergreifend die wichtigsten Eckpunkte für eine interkulturelle Öffnung in der Altenhilfe zusammenzutragen. In diesem Prozess entstand das „Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe“. Darüber hinaus hat der Arbeitskreis in Kooperation mit dem Kuratorium Deutsche Altershilfe die 160-seitige „Handreichung für eine kultursensible Altenpflege“ herausgegeben. Diese soll Institutionen, Verbände sowie Mitarbeitende unterstützen, den interkulturellen Alltag zu gestalten und die kultursensible Altenpflege weiter zu entwickeln. Die Handreichung ist ein Instrument der Qualitätsentwicklung und dient als Grundlage für Planungs- und Entscheidungsprozesse im Feld der interkulturellen Öffnung. Sie gilt bei Fachleuten als eines der am besten elaborierten Dokumente im deutschsprachigen Raum zu diesem Thema – mit den wichtigsten Eckpunkten zur Qualitätsmerkmalen kultursensibler Pflege im Alltag einer Altenpflegeeinrichtung, zur professionellen Pflege älterer Migrant/innen, zur interkulturellen Öffnung als struktureller Entwicklungsprozess, von der Gestaltung multikultureller Teams hin zu interkulturellen Teams, zur Qualifizierung für die kultursensible Altenpflege und schließlich zur Öffentlichkeitsarbeit, Partizipation und Vernetzung. Die Interkulturelle Öffnung der Altenpflege wird zudem als gesellschaftliche Aufgabe diskutiert und es werden hierfür auch Finanzierungskonzepte vorgeschlagen.

Am 1. Oktober 2004 startete zudem die Kampagne für eine kultursensible Altenhilfe in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Über 150 Verbände und Institutionen beteiligten sich an der Kampagne und gestalteten mit ihren eigenen Ressourcen bundesweite Aktionen. Das Motto der Kampagne, „Aufeinander zugehen – voneinander lernen“, drückte aus, dass Migrant/innen der Zugang zu Angeboten der Altenhilfe erleichtert werden sollte. Im Laufe der Kampagne wurden Einrichtungen der Altenhilfe bei der Umsetzung der kultursensiblen Altenhilfe durch Informationen und Schulungen unterstützt. Als Symbol für die Wanderschaft und Migration hatten die Organisator/innen die Materialien, mit denen Aktionen, Projekte, Aus- und Fortbildungen durchgeführt werden konnten, in Koffer gepackt. 15 Monate reisten diese Kampagnenkoffer durch Deutschland, die Schweiz und Österreich, um die Prinzipien einer kultursensiblen Altenhilfe in den Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe bekannt zu machen (vgl. Kuratorium der Deutschen Altershilfe, Pressemitteilung vom 30. Juni 2006).

Das Gutachten bezieht sich in den weiteren Ausführungen und bei der Verwendung der Begriffe interkulturelle Öffnung und kultursensible Altenpflege auf die Definitionen, wie sie in der „Handreichung für eine kultursensiblen Altenpflege“ empfohlen werden:

„Kultursensible Altenpflege hat zum Ziel, pflegebedürftigen Menschen ein Leben mit ihren je eigenen kulturellen Prägungen und Bedürfnissen zu ermöglichen. Die Basis einer kultursensiblen Altenpflege ist eine individuelle, biographieorientierte Pflege. Die Pflegenden erkunden im Pflegeprozess die für die Hilfe notwendigen Kenntnisse über Lebenswelt und Lebenserfahrungen des Pflegebedürftigen und versuchen die Gewohnheiten, Erwartungen und Bedürfnisse des Pflegebedürftigen zu verstehen und im Pflegeprozess aufzunehmen. (...) Kultursensible Altenpflege erfordert dabei Anstrengungen, immer auf den Einzelnen bezogen zu bleiben und in der interkulturellen Begegnung nicht die Kultur, sondern die Individualität des Einzelnen zu erschließen. Kultursensible Altenpflege lässt sich deshalb nur in Verbindung mit einer Interkulturellen Öffnung der Einrichtung entwickeln“ (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege/Kuratorium Deutsche Altershilfe 2002, 26).

Ein Berliner Vorstoß für die kultursensible Altenpflege ist die Handreichung „Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe“, die der Kreisverband der Arbeiterwohlfahrt Friedrichshain-Kreuzberg e.V. und der Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V. gemeinsam nach einer fünfjährigen Projektarbeit 2006 herausgegeben haben. Diese bezieht sich – neben einer umfangreichen In-

formations- und Datensammlung – auch auf die bundesweite Kampagne für eine kultursensible Altenpflege (Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Friedrichshain-Kreuzberg e.V./Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V. 2006, 5f.). Wichtig ist die Etablierung einer modernen Altenpflege, die „einen kultursensiblen Umgang mit zugewanderten älteren Menschen und älteren Einheimischen gleichermaßen“ fördert. Demnach baut eine kultursensible Altenhilfe auf folgenden Grundlagen auf:

- Orientierung an den Lebensverhältnissen,
- Prinzip einer „guten Betreuung und Pflege“, die daran zu erkennen ist, dass ältere Menschen sich wohlfühlen, wie es ihre jeweiligen Umstände erlauben,
- Sensibilität für die eigene kulturelle Prägung entwickeln und
- allen Beteiligten des deutschen Altenhilfesystems die optimale Nutzung ermöglichen (Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Friedrichshain-Kreuzberg e.V./Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V. 2006, 6).

Seit diesen ersten engagierten Initiativen sind mehrere Jahre vergangen und es konnten in dem Bereich durchaus Fortschritte erzielt werden. Träger von Einrichtungen der Altenhilfe und -pflege haben eigene Modellprojekte initiiert, um interkulturelle Öffnungsprozesse anzustoßen. Inwieweit es gelungen ist, diese im Alltag zu implementieren und zu verstetigen, ist unterschiedlich. So kommen Expert/innen zu dem Schluss: „Um den demografischen Entwicklungen gerecht zu werden und diskriminierungsfreien und gleichberechtigten Zugang zu den Regelversorgungseinrichtungen für alle in Deutschland lebenden Menschen zu ermöglichen, sind neben den Regelversorgungseinrichtungen auch Politik und Verwaltung als strategische Steuerungsebene aufgefordert, ihren Beitrag zur Förderung interkultureller Öffnungsprozesse zu leisten“ (Bischof/Koch, 86).

Auch Peter Zeman zieht in seinem Beitrag für das Handbuch „Viele Welten des Alterns“ teils eine positive Bilanz in der kulturellen Sensibilisierung der Institutionen und Professionen, betont aber, dass in den zentralen Handlungsfeldern Wohnen, Begegnung und Freizeitgestaltung, Engagement und Partizipation sowie Gesundheit und Pflege nach wie vor große Handlungsbedarfe bestehen. Seine Vision ist es, dass in Zukunft einmal „migrantenspezifisch“ (Zeman 2012, 449–465) zugeschnittene Versorgungsangebote durch eine kultursensible Regelversorgung überflüssig werden. Die Anfang der 2000er begonnene kulturelle Sensibilisierung von Professionen und Institutionen hat positive Entwicklungen angestoßen, „die jedoch in der Fläche der Versorgungslandschaft noch keineswegs so selbstverständlich ist, wie es in einer alternden und zugleich kulturell so bunten Gesellschaft zu erwarten wäre“ (Zeman 2012, 452).

Zeman bringt einen weiteren Aspekt in die Diskussion, der zukunftsweisend ist: Ältere Migrant/innen unterscheiden sich nach Staatsangehörigkeit, kultureller Herkunft, Gründen ihrer Migration, rechtlichem Status und auch nach den individuell unterschiedlichen Erfahrungen, die sie in ihrer Migrationsbiografie gemacht haben. Diese Heterogenität wirkt sich in erheblichem Maße auf das Altern aus. „Aber dies spiegelt sich weder im wissenschaftlichen Diskurs wider noch in den tatsächlichen Angeboten der Regelversorgungsstruktur. Beispielsweise weiß man über einige Gruppen – wie türkische Migrant/innen – relativ viel. Für sie gibt es in Ballungsräumen auch schon zielgerichtete Angebote der Altenpflege und -hilfe. Dagegen weiß man über andere – etwa aus Asien, Lateinamerika oder Afrika – sehr wenig. Das gesamte Spektrum der Einrichtungen, Dienste und Angebote, bedarf noch vieler Anstrengungen, um eine interkulturelle Öffnung und Kultursensibilität flächendeckend und nachhaltig umzusetzen“ (Zeman 2012, 453f.).

Mehrfachdiskriminierungen von älteren Menschen mit Migrationshintergrund

Die Studie des Deutschen Instituts für Menschenrechte (DIMR) zur Altersdiskriminierung in Deutschland „Keine Frage des Alters?“ bilanziert, dass jeder fünfte Mensch bei der Arbeitssuche, bei Vertragsabschlüssen, im Pflegefall oder beim Arztbesuch willkürliche Benachteiligung aufgrund des Alters erfährt. Vor allem ältere Frauen und ältere Menschen mit Migrationshintergrund sind vermehrt von Mehrfachdiskriminierungen betroffen. Sie werden aufgrund der Merkmale Geschlecht und Herkunft benachteiligt (Mahler 2012, 34). Die Autorin der Studie des DIMR fordert deshalb die Stärkung der Rechte älterer Menschen, denn auch die in den letzten Jahren intensivierten Bemühungen weltweit hatten bisher nur geringe Auswirkungen. Die Menschenrechte Älterer werden nach wie vor in internationalen und nationalen Gremien und Fachausschüssen „nicht umfassend erfasst“ und es wird auch „nicht untersucht, ob und wo es Schutzlücken gibt“ (Mahler 2012, 7). Immer noch bleibt aufgrund verschiedener Barrieren – baulicher oder kommunikativer Art – älteren Menschen „die volle und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft verwehrt“, so Claudia Mahler. In Bezug auf ältere Senior/innen arbeitet die Studie heraus, dass Deutschland noch nicht „ausreichend auf die Bedürfnisse von älteren Menschen mit Migrationshintergrund eingestellt ist“ (Mahler 2012, 27).

Allgemein kritisiert das DIMR, dass gerade ältere Menschen sich häufig in der Situation von Pflege- und Hilfebedürftigkeit oder Isolation aufgrund eingeschränkter Mobilität befinden – dies befördert Ältere in Lebenslagen, in denen sie häufig Opfer von Gewalt und Misshandlungen werden oder in denen gar ihre Freiheit eingeschränkt wird, durch z.B. Fixierungen an Bett und Rollstühlen, durch die Gabe sedierender Medikamente. Hier erfolgt häufig ein Einschnitt in die Selbstbestimmung und Autonomie von Pflegebedürftigen (Mahler 2012, 32f.). Eine Verbesserung ließe sich insgesamt, so das DIMR, durch eine neue Konvention zum Schutz der Menschenrechte Älterer erreichen, die passgenau auf die Lebenslagen und menschenrechtlichen Gefährdungssituationen Älterer zugeschnitten ist (Mahler 2012, 36f.; Büro gegen Altersdiskriminierung e.V. 2013; Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2013).

Interkulturelle Öffnung der Altenpflege angesichts des demografischen Wandels

Die Notwendigkeit einer interkulturellen Öffnung der Altenpflege und der Bedarf an kultursensiblen Betreuungsangeboten entfalten sich vor dem Hintergrund des demografischen Wandels: Deutschland wird immer älter. Zur Anschauung hier die Eckdaten: Der Anteil der unter 20-Jährigen an der Bevölkerung reduzierte sich zwischen 1960 und 2010 von 28,4 auf 18,4 Prozent. Parallel stieg der Anteil der Menschen, die 60 Jahre und älter waren, von 17,4 auf 26,3 Prozent (Bundeszentrale für politische Bildung 2013). 2060, so die Prognosen, werden 14 Prozent der Bevölkerung – das ist jeder Siebte – 80 Jahre oder älter sein. Schon heute sind laut Statistischem Bundesamt von 81,84 Millionen Einwohnern in Deutschland 1,95 Millionen 85 Jahre und älter (Statistisches Bundesamt 2011a).

Dass wir immer älter werden, heißt, dass wir mit großer Wahrscheinlichkeit in die Situation kommen, Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen. Ausgehend von der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder könnte die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland bis zum Jahr 2020 auf 2,9 Millionen ansteigen, bis zum Jahr 2030 auf rund 3,4 Millionen, im Jahr 2050 auf 4,5 Millionen (pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes; Schmidt 2013, 1). Diese Prognosen zeigen eindrücklich, wie groß der Bedarf an Pflege wird. Nach der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts gab es Ende 2011 schon insgesamt 2,5 Millionen Pflegebedürftige, davon 65,5 Prozent Frauen. 17 Prozent der Pflegebedürftigen waren unter 65 Jahre, 47 Prozent zwischen 65 und 84 Jahre und 36 Prozent waren 85 Jahre und älter.

Der Anteil der Älteren in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist in den vergangenen Jahren merklich angestiegen. 2010 hatte von den 81,7 Millionen Einwohner/innen in Deutschland etwa ein Fünftel einen Migrationshintergrund¹, 1,5 Millionen von ihnen sind heute über 64 Jahre alt. Wichtig zu wissen ist, dass nahezu 98 Prozent von ihnen der ersten Einwanderergeneration angehören. 41,1 Prozent der Älteren mit Migrationshintergrund besitzen eine ausländische, die Mehrheit besitzt jedoch die deutsche Staatsangehörigkeit (58,1 Prozent, darunter viele (Spät-)Aussiedler/innen (Schimany/Baykara-Krumme 2012, 58ff.)).

Den größten Anteil an der Bevölkerung mit Migrationshintergrund haben Menschen türkischer Herkunft (15,8 Prozent), es folgen Menschen mit polnischer und russischer Herkunft (8,3 und 6,7 Prozent); dieselbe Reihenfolge ergibt sich auch für die Älteren ab 64 Jahren, bei denen die türkischstämmigen Älteren die Mehrheit bilden (11,2 Prozent, Polen 8,6 Prozent und Russische Föderation 7,7 Prozent). Insgesamt ergibt sich das Bild, dass von den über 64-Jährigen mit Migrationshintergrund die Hälfte aus neun Ländern kommt: Türkei, Italien, Griechenland, Kroatien, Polen, Rumänien, Russische Föderation, Kasachstan und Ukraine (Schimany/Baykara-Krumme 2012, 71).

Prognostiziert wird, dass bis zum Jahr 2032 26 Prozent der Bevölkerung in Deutschland einen Migrationshintergrund haben wird, davon wird gut ein Fünftel 55 bis 65 Jahre alt und 15 Prozent werden 65 Jahre und älter sein. Es kann daher von einem „Altern in der Migration“ gesprochen werden, denn die Hälfte aller älterer Migrant/innen lebt seit über 30 Jahren hier. Sie sind und werden zunehmend eine bedeutsame Zielgruppe für die Altenhilfe und -pflege.

1. Nach der Definition „Personen mit Migrationshintergrund“ des Statistischen Bundesamts inkludiert dies alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Zugewanderten sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer/innen und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer/in in Deutschland geborenen Elternteil. Ausländische Staatsangehörige stellen neben Eingebürgerten und (Spät-) Aussiedler/innen sowie den in Deutschland geborenen Kindern eine Teilmenge der Personen mit Migrationshintergrund dar (Statistisches Bundesamt 2011, 6).

In der Konsequenz gilt es, im Vorfeld weiterer Strategieplanungen für eine inkludierende Alterspolitik und Regelversorgung der Altenhilfe die realen Bedürfnisse und Bedarfe von Älteren mit Migrationshintergrund und ihrer Angehörigen intensiver zu erforschen, um dann auf der Grundlage neuer Erkenntnisse alle Angebote der Regelversorgung für Menschen mit Zuwanderungshintergrund zu optimieren und nachgewiesene und bestehende Zugangsbarrieren auszuräumen.

Wer trägt die Last der Pflege?

29,7 Prozent der Pflegebedürftigen werden aktuell vollstationär in Heimen gepflegt. Die Last der ambulanten Pflege – teils mit Unterstützung professioneller Versorgungsstrukturen – liegt vorwiegend in der Hand der Familie: Von den rund 2,3 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland, die Pflegegeld erhalten, werden zwei Drittel zu Hause von Angehörigen betreut. Laut dem größten Sozialverband Deutschlands, VdK, kommen weitere 2,5 Millionen Menschen hinzu, die pflegebedürftig sind und zu Hause gepflegt werden, aber keinen Anspruch auf Pflegeleistungen haben. Severin Schmidt von der Friedrich-Ebert-Stiftung geht 2013 schon von drei Millionen Menschen ohne Anspruch auf Pflegeleistungen aus, die aber im Wohnumfeld durch Angehörige Unterstützung benötigen (Schmidt 2013, 2). Nach wie vor leben 93 Prozent der älteren Menschen in einer ganz normalen Wohnung und wollen auch in der gewohnten Umgebung bleiben, selbst wenn sie auf Hilfe und Pflege angewiesen sind (Mörath 2011).

Ähnlich wie Menschen ohne Migrationshintergrund erwarten sich Menschen mit Migrationshintergrund Unterstützung und Pflege von Verwandten und Kindern. Auch ist zu beobachten, dass nicht alle älteren Migrant/innen Verwandte in Deutschland haben, auf die sie im Pflegefall zurückgreifen können (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2012, 5). Allerdings bestehen für diese Pflegebedürftigen Barrieren, die dazu führen, dass unterstützende ambulante oder auch stationäre Angebote wenig bekannt sind (Schimany/Baykara-Krumme 2012, 5).

Gut die Hälfte aller pflegenden Angehörigen ist nach Angaben des Deutschen Gewerkschaftsbundes zwischen 40 und 64 Jahre alt – sie befindet sich in einer belastenden „Sandwichposition“: Die Angehörigen sind meist berufstätig, kümmern sich um eine/n Angehörige/n und vielfach noch um die eigenen Kinder. Außerdem sind viele pflegende Angehörige weiblich: Zu 80 Prozent sind es Frauen, die die Betreuung übernehmen und sie verzichten nicht selten entweder ganz auf eine Erwerbstätigkeit oder schränken diese ein (Isfort 2012, 1). Das deutsche Pflegesystem ist „familienbasiert“ und nicht „servicebasiert“ – und in dieser gegenwärtigen Form „fraglich“ (Schmidt 2013, 2).

Darüber hinaus müssen heute schon viele Pflegenden aus dem Ausland – vielfach irregulär – eingesetzt werden. Rund 115.000 Menschen aus Osteuropa arbeiten in Deutschland aktuell in Altershaushalten, aber schätzungsweise 1,6 Millionen Altershaushalte haben heute schon Hilfebedarf (Schmidt 2013, 2; Isfort 2012, 1f.).

Care-Arbeit muss anders aufgestellt werden, so dass die Leistungen der Pflegeversicherung nicht nur verrichtungsbezogene, fachpflegerische Leistungen beinhalten, sondern eben auch mehr haushaltsnahe. Es gilt, den Pflegebedürftigkeitsbegriff zu überarbeiten (Schmidt 2013, 3), eine Entlastung der Familien zu fördern, den Bedarf nach legalen, qualitätsgesicherten und bezahlbaren Angeboten für haushalts- und personennahe Dienstleistungen zu decken. „Benötigt werden Konzepte für eine integrierte Gesamtversorgung“ (Isfort 2012, 4). Betont wird in der Fachliteratur auch, dass eine Ausweitung der professionellen Pflege nur über strukturelle Maßnahmen zur „Gewinnung, Ausbildung und Einbindung“ (Isfort 2012, 4). neuer Fachkräfte gesichert werden kann. Ein weiterer Aspekt ist die Förderung alternativer Wohnformen wie Mehrgenerationenhäuser und Demenzwohngruppen sowie die systematische Erhebung der Be-

troffenenperspektive als Grundlage für eine angepasste Versorgungsstruktur Älterer und Pflegebedürftiger (vgl. Isfort 2012, 4).

Pflege in Not: Fachkräftemangel in der Pflege

Die Forderung, den Prozess einer nachhaltigen interkulturellen Öffnung der Altenpflege engagierter zu gestalten und umzusetzen, wird an ein Gesundheitssystem gestellt, das seit Jahren anhaltend mit einem akuten Fachkräftemangel kämpft – und dies bei einem steigenden Pflegebedarf aufgrund der demografischen Entwicklung. 2005 fehlten bundesweit schon rund 40.000 Professionelle, 2025 wird es laut Statistischem Bundesamt schon 112.000 Pflegestellen geben, die unbesetzt bleiben. Der Fachkräftemangel geht einher mit Klagen über die Qualität der Pflege, über zu hohe Arbeitsbelastungen und demotivierte Mitarbeitende. Mitunter kämpfen die Einrichtungen der Branche mit einem hohen Krankenstand und hoher Fluktuation in der Belegschaft. Das heißt, eine interkulturelle Öffnung muss in einem Bereich stattfinden, der enorm unter Druck steht.

Es gilt, nicht nur den Beruf für die jüngere Generation attraktiver zu machen, sondern vor allem jungen Menschen mit Migrationshintergrund niedrigschwellig(er) zu ermöglichen, in diesem Feld Ausbildungen zu absolvieren oder ihre im Heimatland erworbenen Abschlüsse in Deutschland anzuerkennen und so ihre Ressourcen zu nutzen.

Außerdem muss das Thema kultursensible Pflege systematisch in den Ausbildungskanon der Pflegekräfte integriert werden. Die Leiterin der 2010 gegründeten Berufsfachschule für Altenpflege mit interkulturellem Schwerpunkt, Hamindokht Klein, kritisiert in einem Zeitungsinterview, dass es lange dauerte, bis kultursensible Pflege in den Berufsschulen Bestandteil der Ausbildung wurde, und dass es bis heute dazu noch keine einheitlichen Informationsmaterialien für den Unterricht gebe. Die Berufsfachschule ist die einzige in Berlin mit dieser Spezialisierung und bildet Pflegekräfte mit und ohne Migrationshintergrund aus. Klein argumentiert, dass es sehr wichtig sei, „dass auch Deutsche für die interkulturelle Pflege sensibilisiert werden. Die Gruppe der Migranten ist zu groß, als dass wir uns nur auf Nichtdeutsche verlassen können“ (Quelle: Berliner Zeitung, 9.12.13).

(Ältere) Menschen mit Migrationshintergrund in Berlin

Das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg veröffentlichte 2013 folgende Bevölkerungsstatistik: In Berlin leben knapp 3,5 Millionen Menschen, davon haben 445.238 einen Migrationshintergrund. Knapp mehr als 77.000 sind 65 Jahre und älter (etwa 14 Prozent), 86.521 sind zwischen 55 und 64 Jahre alt (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2013; Baier 2013).

Es handelt sich hier um Arbeitsmigrant/innen, die ab den frühen 60er Jahren nach Deutschland kamen, um Spätaussiedler/innen, um Flüchtlinge, die aus dem Libanon und Palästina stammen, oder „Boat People“ aus Vietnam. Eine andere Gruppe sind die Vertragsarbeiter/innen, die ab den 70er Jahren zur Sicherung des Arbeitskräftebedarfs in die DDR geholt wurden. Insgesamt soll der Anteil der über 65-jährigen Menschen mit Migrationshintergrund bis 2020 auf das Doppelte ansteigen (Baier 2013).

Türkischstämmige Berliner/innen stellen mit rund 176.834 Menschen mit Abstand die größte Gruppe mit Migrationshintergrund dar (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2013, Stichtag 30.6.2013). Dies gilt auch für die Gruppe der über 65-jährigen mit türkischem Migrationshintergrund, die 17.942 Menschen umfasst. Es folgt in der Altersgruppe der über 65-jährigen Berliner/innen mit Migrationshintergrund aus Polen (7.508) und der Russischen Föderation (5.050). Die Statistik führt hierbei Menschen mit Migrationshintergrund aus der ehemaligen Sowjetunion

extra auf (2.208). Auch serbisch- und kroatischstämmige Berliner/innen über 65 Jahre sind in hohem Ausmaß vertreten (2.237 bzw. 2.360 Menschen). Die Berliner/innen mit vietnamesischem Migrationshintergrund stellen zwar mit 22.097 Personen insgesamt eine größere Gruppe dar; sind aber überwiegend noch nicht im Rentenalter (nur 398 Menschen sind bereits über 65 Jahre alt), so dass hier die Pflegeproblematik erst in den kommenden Jahren bzw. Jahrzehnten auftreten wird.

Betont werden sollte, dass es bei allen Unterschieden zwischen den einzelnen Gruppen Gemeinsamkeiten gibt, die vor allem bei älteren Migrant/innen dazu führen, dass ihr Erkrankungsrisiko höher liegt als bei Menschen ohne Migrationserfahrung. Dies hat wiederum zur Folge, dass sie früher an multiplen Erkrankungen leiden. Trotzdem nehmen sie seltener Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch, was auf vorhandene Barrieren hinweist. Zudem werden sie häufiger früher berentet als Menschen ohne Migrationserfahrung. Das heißt, ältere Berliner/innen mit Migrationserfahrungen sind hinsichtlich ihrer Gesundheit(schancen) schlechter gestellt als Berliner/innen ohne Migrationserfahrungen. Die Ursachen hierfür können wie folgt zusammengefasst werden:

- Schlechtere Lebens- und Arbeitsbedingungen,
- ausländerrechtliche Einschränkungen,
- Diskriminierungserfahrungen,
- niedriger Sozialstatus, hohes Armutsrisiko und
- erhöhtes Risiko der sozialen Isolation durch vorzeitigen Ruhestand (vgl. Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Friedrichshain-Kreuzberg e.V./Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V. 2006, 9; Razum/Spallek 2012, 177f.).

Aufgrund der wachsenden Zahl älterer Migrant/innen und ihren als für ein gesundes Altern ungünstig zu bewertenden Lebenssituationen und Rahmenbedingungen muss diese Zielgruppe im Altenhilfesystem Berlins stärkeres Gewicht erhalten und es müssen primärpräventive Gesundheitsmaßnahmen zielgruppenorientiert angeboten werden.

Es ist wichtig, dass in den Bereichen der Regelversorgung sowie in der Aus- und Weiterbildung die interkulturelle Kompetenz und Sensibilität verstärkt gefördert wird, dass öffentliche Stellen, Nichtregierungs- bzw. Migrantenorganisationen und alle beteiligten Akteur/innen sich besser vernetzen. Bemängelt wird, dass das Diversity Management in vielen Einrichtungen und Institutionen der Altenpflege noch nicht hinreichend ausgebaut ist. Ein besonderer Fokus gilt den Themen Migration, Alter und Demenz. Hier bedarf es noch migrantenspezifischer Diagnose-, Beschäftigungs- und Behandlungsmethoden (Baier 2013, 4f.).

Berliner/innen lassen sich zu Hause pflegen

Die meisten Menschen möchten in ihrem Wohnumfeld gepflegt werden (Isfort 2012, 1ff.). Das gilt sowohl für Menschen mit und ohne Migrationshintergrund (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2012, 38). Beide Gruppen erwarten Hilfe und Unterstützung von den Partner/innen und den Kindern.

Auch in Berlin werden die meisten Pflegebedürftigen, die Leistungen der Pflegeversicherung bekommen, zu Hause versorgt. Ende 2009 lebten rund 75.300 der insgesamt 101.350 Personen, die im Sinne der Pflegeversicherung pflegebedürftig sind, in ihrer gewohnten Wohnumgebung. Ihr Anteil liegt mit 73 Prozent über dem Bundesdurchschnitt von 69 Prozent. Interessant ist, dass 65 Prozent dieser Gruppe nur Pflegegeld beziehen, also ohne professionelle Betreuung versorgt werden. Nur in 26.200 Fällen übernehmen Pflegedienste ganz oder teilweise die Versorgung zu Hause (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2012c, 17). „Diese Daten dokumentieren, dass die sozialen Netzwerke der informellen Hilfe (Partnerschaft, Familie, Ver-

wandtschaft, Nachbarschaft, Freundeskreis) aktuell nach wie vor den Hauptteil der sozialen und pflegerischen Unterstützung im Alter übernehmen und damit die weiterhin sehr hohe Bereitschaft, die in Berlin zur (intergenerativen) Unterstützung besteht. Die sozialen Netzwerke können damit zu Recht als der ‚größte Pflegedienst‘ in Berlin bezeichnet werden“ (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2012c, 17).

Das Kompetenz Zentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe (kom•zen)

Im Jahr 1998 wurde von der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz die Expertise „Ältere Migrantinnen und Migranten in Berlin“ in Auftrag gegeben. Sie beschrieb die Situation älterer Zuwander/innen zum damaligen Zeitpunkt, woraus aufgrund der deutlich sichtbaren (Integrations-)Defizite erstmals Anforderungen an die Politik abgeleitet werden konnten. Die Ergebnisse der Expertise zeigten, dass „sowohl die politisch Verantwortlichen als auch die praktischen Bereiche der Altenhilfe“ auf die stetig anwachsende ältere migrantische Zielgruppe nicht genügend vorbereitet waren. Die Expertise forderte „eine gezielte Kooperation von Altenhilfe, migrationspezifischen Einrichtungen, Migrantenorganisationen und Selbsthilfeorganisationen deutscher Seniorinnen und Senioren, um den Zugang aller älteren Zuwander/innen in das Versorgungssystem zu gewährleisten“ (Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Friedrichshain-Kreuzberg e.V./Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V. 2006, 6).

Vor dem Hintergrund dieses positiven Bewusstseinswandels wurde vor zehn Jahren die Stabsstelle „Kompetenzzentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe“ (kom•zen) ins Leben gerufen. Das kom•zen steuert im Auftrag des Landes Berlin die interkulturelle Öffnung der Altenhilfe und befindet sich in Trägerschaft des Caritasverbands für das Erzbistum Berlin e.V. und der Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Spree-Wuhle e.V. Das kom•zen ist in seiner Schnittstellenfunktion mit der Koordination, der Vernetzung und der Begleitung interkultureller Öffnungsprozesse in den Berliner Versorgungsstrukturen der Altenhilfe beauftragt. Ältere Zuwanderer/innen spielen in der von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales geförderten Arbeit des kom•zen eine prominente und wertgeschätzte Rolle. Das kom•zen befördert ihre Einbindung in die Altenhilfe- und Pflegestrukturen und stellt damit die Zielgruppe in den Mittelpunkt seiner Arbeit. Es ist Ansprechpartner und Anlaufstelle für alle Institutionen der Altenhilfe und Pflege, für Verbände und Verwaltungen, die Prozesse interkultureller Öffnung und kultursensibler Beratungsstrukturen für ältere Migrant/innen (weiter-) entwickeln und nachhaltig implementieren.

Das kom•zen initiiert Modellprojekte zur interkulturellen Öffnung von Institutionen und Einrichtungen und fördert das ehrenamtliche Engagement älterer Zuwander/innen. Es begleitet mit seiner Expertise die Berliner Bezirke am „Runden Tisch Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe“. Gemeinsam mit den Vertreter/innen des Runden Tisches, d.h. Vertreter/innen der Berliner Bezirksämter, hat es „Standards für kultursensible Beratungsarbeit“ erarbeitet, die online abgerufen werden können (http://www.kom-zen.de/pdf/Standards_fuer_kultursensible_Beratungsarbeit_Stand_April_2013.pdf, 13.12.2013).

Im Rahmen des Integrierten Sozialprogramms für 2011 bis 2014 entwickelte das kom•zen gemeinsam mit dem Runden Tisch und der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales „Handlungsempfehlungen für die Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe“. Diese gliedern sich in drei Handlungsfelder:

- Kultursensible Ausrichtung von Beratung, Information und Angeboten der Altenhilfe und Beratung zur Pflege
- Partizipation und Engagement älterer Zuwanderer
- Öffentlichkeitsarbeit zur Professionalisierung der Altenpflege (http://www.kom-zen.de/pdf/Handlungsempfehlungen_Stand_Dezember_2013.pdf, 13.12.2013).

Im Mai 2013 hat das kom•zen in Zusammenarbeit mit dem „Runden Tisch Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe“ des Landes Berlins zudem eine „Good Practice Liste für Berliner Bezirke“ erstellt. Die Liste dient als Nachschlagewerk und gibt Impulse, wie Prozesse der interkulturellen Öffnung auf Bezirksebene umgesetzt werden können. Sie wird kontinuierlich weiterentwickelt und soll das Aufgreifen bereits erprobter Praxisbeispiele fördern. Im Fokus stehen erfolgreiche Projekte der Altenhilfe in vier Berliner Bezirken (http://www.kom-zen.de/pdf/Good_Practice_Liste_Stand_Mai_2013.pdf, 13.12.2013).

Mit Partnern aus dem Altenhilfebereich hat das kom•zen das Thema der interkulturellen Öffnung weiter vorangetrieben. Es hat im Rahmen eines Referenzmodells mit der Vitana Group die interkulturelle Öffnung einer stationären Pflegeeinrichtung durch Inhouse-Schulungen von Mitarbeiter/innen begleitet. Darüber hinaus wurde die Öffnung des Pflegeheims durch Begegnungsarbeit in den Sozialraum gefördert.

Ab 2014 rückt die interkulturelle Öffnung der Fachkräftesicherung im Pflegebereich stärker in den Mittelpunkt der kom•zen-Arbeit. Das kom•zen konzipiert und etabliert das Modellprojekt „Bündnis für kultursensible Pflege in Ausbildung und Praxis“. Ziel des Projektes ist es, in Kooperation mit Altenpflegeschulen, Pflegeeinrichtungen und den Senatsverwaltungen für Gesundheit und Soziales, Arbeit, Integration und Frauen sowie Bildung, Wissenschaft und Forschung interkulturelle Öffnungsprozesse zu moderieren und zu steuern.

In der Arbeitsgemeinschaft Migration des Landessenorenbeirats Berlin arbeitet das kom•zen mit den Seniorenvertreter/innen, der Senatsverwaltung und den Bezirksämtern an der Umsetzung der „Seniorenpolitischen Leitlinien“.

Für alle Akteure der Altenhilfe, der Politik und Verwaltung ist das kom•zen die zentrale Schnittstelle und Beratungsinstitution für interkulturelle Öffnungsprozesse.

Angebote der Altenpflege in Berlin

Grundsätzlich schwankt die absolute Zahl der Einrichtungen, die einen Versorgungsvertrag für den Bereich der Pflegeversicherung (SGB XI) abgeschlossen haben. Ende 2009 gab es in Berlin insgesamt 505 Pflegedienste, 378 private und 123 in freier Trägerschaft, die insgesamt 26.300 Pflegebedürftige betreuten. Im Vergleich zu 2007 gab es in privater Trägerschaft einen Zuwachs von 60 Diensten. Interessant ist, dass im Langzeitvergleich von 1999 zu 2009 die Zahl der Pflegedienste um 63 Prozent anstieg und damit stärker zulegen als die Zahl der von ihnen betreuten Menschen (42 Prozent) (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2012c, 21ff.).

Ambulante Pflege

Die Pflegedienste sind laut Landespflegeplan zu über einem Viertel an der Pflege insgesamt und zu mehr als einem Drittel an der Pflege zu Hause beteiligt. Gestiegen ist deutlich die Zahl derer, die zu Hause Pflegedienste in Anspruch genommen haben. Der Landespflegeplan 2011 geht davon aus, dass dieser Bedarf in Zukunft weiter ansteigen wird und betont, dass auch der Anstieg der Demenzerkrankungen in Berlin Pflegedienste in der ambulanten Pflege herausfordern wird. Der Landespflegeplan benennt hierzu folgende Defizite, die abgebaut werden müssen: Es gilt, eine „bessere Verknüpfung professioneller Pflege mit familiärer Pflege und pflegeflankierenden Unterstützungsangeboten, die auf sozialem Engagement aufbauen, die Überwindung der strukturell und leistungsrechtlich nach wie vor bestehenden erheblichen Defizite im Übergang zwischen Krankenhaus und ambulanter Pflege sowie die noch keineswegs befriedigend gelöste Frage der nachvollziehbaren Sicherung der Qualität der ambulanten Pflege“ (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2012c, 22f.) anzugehen.

Tagespflege

Laut Landespflegeplan gab es Anfang 2011 in Berlin 78 Tagespflegeeinrichtungen (47 freie Träger, 20 private Träger, eine kommunale und zehn ohne Verbandszugehörigkeit) für 1.351 Klient/innen, ein Zuwachs innerhalb von fünf Jahren um 25 Einrichtungen. Die Tagespflegeangebote verteilen sich in allen Berliner Bezirken ausgewogen und stehen allen Pflegebedürftigen offen. Es haben sich neun dieser Tagespflegeeinrichtungen auf Demenzerkrankte spezialisiert. Im Bundesvergleich rangiert Berlin mit der Anzahl dieses Angebotes auf Platz 1.

Die Tagespflege ermöglicht, pflegende Angehörige zu entlasten und kann einen vollstationären Aufenthalt oft aufschieben oder vermeiden. Hier werden Pflegebedürftige tagsüber betreut und erhalten ihre Grundpflege, medizinische Versorgung und soziale Betreuung. Dieses teilstationäre Angebot umfasst auch einen Fahrdienst von der Wohnung zur Einrichtung und wieder zurück. Das Angebot sichert die pflegerische Versorgung und wirkt einer Isolation von Pflegebedürftigen zu Hause entgegen. Ziel der Tagespflege ist es, die Pflegebereitschaft und -tätigkeit im häuslichen Bereich zu erhalten und zu fördern, „entsprechend dem Grundsatz ambulant vor stationär“ (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2012c, 28).

Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Wie auch die Tagespflege ist die Kurzzeit- und Verhinderungspflege ein Angebot, das sich eignet, um eine ambulante Versorgung zu ergänzen. Sie bietet die zeitweilige Versorgung außerhalb der eigenen Wohnumgebung und kann auch für eine Übergangszeit nach einer stationären Behandlung oder in Krisensituationen, in denen eine häusliche oder teilstationäre Betreuung nicht ausreicht, genutzt werden. Allerdings ist diese Pflegeleistung auf höchstens vier Wochen im Jahr beschränkt.

In Berlin gab es 2011 laut Landespflegeplan 32 Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit 536 Plätzen, eine davon war auf türkischstämmige Klient/innen ausgerichtet. Im Vergleich zu 2006 hatte sich ihre Zahl um 35 verringert. Als Ursachen hierfür gelten, dass diese Einrichtungen von einer hohen Fluktuation der Nutzer/innen betroffen sind und oftmals eine Planungsunsicherheit herrscht. Darüber hinaus haben Pflegebedürftige hier einen Mehrbedarf an behandlungspflegerischen Leistungen, die nur von ausgebildeten Pflegefachkräften erbracht werden dürfen. Dies erhöht die Personal- wie auch die Sachkosten und hat zur Folge, dass Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit großen finanziellen Problemen konfrontiert sind und so manche sich auf dem Markt nicht dauerhaft halten können.

Davon ausgehend, dass sich sowohl der Bedarf ambulanter Pflege erhöhen wird als auch die Notwendigkeit, pflegende Angehörige vorübergehend zu entlasten, ist zu erwarten, dass auch die Zahl der potenziellen Kurzzeitpflegenutzer zunehmen wird und „das Angebot der Kurzzeitpflege an Attraktivität gewinnen könnte“ (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2012c, 28).

Angebote der stationären Pflege

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird nicht nur von Betroffenen selbst vertreten, sondern ist auch gesundheitspolitisch gewollt. Eine vollstationäre Pflege wird in der Regel erst dann in Anspruch genommen, wenn eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht (mehr) möglich ist. In Berlin gab es laut Landespflegeplan 2011 309 Einrichtungen, die 32.905 Langzeitpflegeplätze angeboten haben (Stand 2011). Mehr als die Hälfte der Einrichtungen waren in privater Trägerschaft, knapp 40 Prozent wurden von gemeinnützigen Trägern angeboten. Positiv hat sich in Berlin entwickelt, dass sich der Anteil der Ein- und Zwei-Personen-Zimmer erhöht hatte, nur noch 1,5 Prozent der Langzeitpflegebedürftigen wurden in Dreibettzimmern versorgt. Auch im stationären Pflegebereich wird davon ausgegangen, dass aufgrund der Zunahme der demenziellen Erkrankungen der Bedarf an vollstationärer Pflege und Betreuung für diese Zielgruppe ansteigen wird (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2012c, 38f.). Parallel hierzu verzeichnen Berliner Pflegeheime jedoch eine abnehmende Auslastung: Vor zehn Jahren wies die Auslastungsstatistik noch 92 Prozent aus, 2009 nur noch 83,53 Prozent. In Folge dessen standen 2009 beispielsweise Heimplatzsuchenden 4.500 freie Heimplätze zur Auswahl (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2012c, 41). Die Auslastung könnte jedoch wieder zunehmen, da die Bedarfsprognose davon ausgeht, dass aufgrund der demografischen Entwicklung der stationäre Pflegebedarf bis 2030 um fast 15.000 Plätze zunehmen wird.

Ein klares Bild ergibt sich in der Nutzung des stationären Angebots, was die Altersstruktur angeht: Der Umzug in ein Pflegeheim ist eher als eine letzte Alternative bei Pflegebedürftigkeit anzusehen. Stationäre Pflegeeinrichtungen und -heime werden überwiegend von Älteren über 80 Jahren genutzt. Die durchschnittliche Verweildauer beträgt rund 29 Monate, wobei Frauen im Schnitt 33 und Männer lediglich 19 Monate verbleiben. Die meisten Bewohner/innen werden zwischen 24 und 60 Monaten in ihrer stationären Einrichtung betreut (Senatsverwaltung für

Gesundheit und Soziales 2012c, 45). Auffällig ist, dass nur zwei Prozent der Bewohner/innen stationärer Pflegeeinrichtungen nicht die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2012c, 52).

Ambulant betreute Wohngemeinschaften

In Berlin wird seit 1996 das Konzept der ambulant betreuten Wohngemeinschaften insbesondere für Menschen mit Demenz fortentwickelt, denn es gibt immer mehr Ältere, die von einer Demenzerkrankung betroffen sind und deren Versorgung in der eigenen Wohnung nicht mehr angemessen gewährleistet werden kann. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass die Zahl der Alters-WGs sich in Berlin massiv entwickelt hat: Mit Stand vom April 2011 wurden laut Landespflegeplan 2011 402 WGs mit insgesamt 3000 Plätzen gezählt, in denen 141 Pflegedienste tätig sind. Die Hälfte dieses Wohnangebotes ist auf demenziell Erkrankte ausgerichtet. Bei den anderen 114 handelt es sich um gemischte Wohngemeinschaften.

Die Besonderheit dieser Wohnform für Pflegebedürftige ist, dass Pflegedienste, Bewohner/innen und Angehörige wie auch der Wohnungsvermieter eng zusammen arbeiten. Es gibt eine Verständigung über alle wichtigen Fragen bzw. es wirkt das Prinzip der „geteilten“ Verantwortung. Bewohner/innen haben theoretisch – oder ihre Vertretungsberechtigten – die Entscheidungshoheit über Art und Weise der Pflege, über die Gestaltung des Alltags und des Zimmers, über Verköstigung etc. In der Praxis jedoch – so der Landespflegeplan – zeigt sich zum einen, dass Angehörige und Bewohner/innen ihr Recht auf Selbstbestimmung und Selbstgestaltung nicht in gewünschtem Maße wahrnehmen, zum anderen die Pflegedienste das Geschehen zu stark dominieren (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2012c, 36).

Defizite in diesem Bereich werden wie folgt formuliert: Die Qualitätssicherung von Wohngemeinschaften muss fortentwickelt und verbessert werden, hieran müssen sich Leistungsanbieter, Pflegekassen, Verbraucherschutzorganisationen, Informations- und Beratungsprojekte beteiligen. Wünschenswert ist, dass die Pflegestandards eingehalten bzw. verbessert werden, insbesondere die Personalausstattung, die Qualifikation und Fortbildung der Fachkräfte, die Versorgung in der Nacht bzw. 24-h-Versorgung.

Palliativmedizin und -pflege

Für das Thema Hospizkultur und Palliativkompetenz in vollstationären Pflegeeinrichtungen hat sich in Berlin der „Runde Tisch Hospiz- und Palliativversorgung“ gebildet, um alle Akteure – Verbände, Institutionen und Einzelpersonen – zusammenzubringen. Ziel ist es, die Situation sterbender Menschen in vollstationären Einrichtungen zu verbessern. Es wurde in einer vierten Arbeitssitzung das Projekt „Netzwerk Palliative Geriatrie“ (NPG) initiiert. In Rahmen dieses Projekts soll die palliative Geriatrie nach einem vom „Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie Berlin – Hospizkultur und Palliativkompetenz in der Altenpflege“ entwickelten Leitfadens in vollstationären Einrichtungen implementiert werden. Darüber hinaus bildet im 3. Hospiz- und Palliativkonzept für das Land Berlin (2011) die Sterbebegleitung einen eigenen Schwerpunkt (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2012c, 56).

Kultursensible Pflege- und Informationsangebote explizit für Migrant/innen

Bis auf wenige Ausnahmen thematisiert der als für die Weiterentwicklung der Alterspolitik in Berlin wichtig zu erachtende Landespflegeplan 2011 in allen Gliederungspunkten speziell die Zielgruppe der älteren Migrant/innen nicht: Weder ihre besondere Bedarfs- und Bedürfnislagen werden angesprochen noch eventuelle Zugangsbarrieren identifiziert. Wenn, werden vereinzelt Angebote der Alterspflege herausgehoben, die sich an türkische Senior/innen richten.

Meltem Baskaya, ehemals stellvertretende Leiterin des Kompetenz Zentrums Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe (kom•zen) in Berlin, betonte in einem Fachvortrag im Rahmen der Landesgesundheitskonferenz im November 2012, dass in der Hauptstadt für ältere Zuwanderer noch nicht „von einem bedürfnisorientierten und chancengleichen Zugang zum Altenhilfe- und Gesundheitssystem“ (Baier 2013, 3). gesprochen werden kann. Als Barrieren nannte Baskaya mangelnde Sensibilität für andere Pflegekulturen und fehlendes Wissen um Versorgungsstrukturen. Aufgebaut werden müssten Offenheit gegenüber anderen Kulturen, biografiebezogene Pflegearbeit und Sensibilisierung im Umgang mit Fremdheit sowie die Nutzung kulturspezifischer Fähigkeiten und die Förderung professioneller Neugierde. In ihren Augen kann eine interkulturelle Öffnung nur gelingen, wenn sich in der Praxis alle Akteur/innen beteiligen und wenn Nutzer/innen tatsächlich das Gelingen einer interkulturellen Öffnung spiegeln bzw. bestätigen (Baier 2013, 4).

Dennoch gibt es berlinweit konkrete zielgruppenorientierte Dienstleistungen in der Altenpflege, die sich explizit an ältere Zuwander/innen wenden, migrationsspezifisch und kultursensibel arbeiten und sich größtenteils aus einzelnen Migrantengemeinschaften heraus etabliert haben. Hier ist zu betonen, dass es nur vereinzelt im engeren Sinne von „interkulturell“ arbeitende Versorgungsstrukturen gibt. D.h. die meisten Pflegeangebote in diesem Bereich betreuen Migrant/innen aus *einem* Herkunftsland – wie zum Beispiel aus der Türkei – oder aus einem Kulturkreis – zum Beispiel Ältere aus Ostasien oder russischsprachige Spätaussiedler/innen wie auch arabischsprachige Zuwanderer/innen.

So gibt es in Berlin mittlerweile eine Palette von Pflegediensten im ambulanten Bereich, die zweisprachig sind und für eine klar abgegrenzte Zielgruppe aus einem Herkunftsland oder einem Sprachkreis kultursensibel arbeiten, aber nicht unbedingt „interkulturell“ oder „transkulturell“ sind. Dies gilt allerdings vor allem für größere Zuwanderungsgruppen. Darüber hinaus gibt es wenige Pflegedienste, die über mehrsprachige Teams verfügen und verschiedene Nationalitäten betreuen, was aber nicht automatisch heißen muss, dass hier auch kultursensibel gepflegt wird.

Beispiel Deta-Med: Der erste Berliner kultursensible Pflegedienst

1999 wurde in Berlin wohl das erste auf türkische Migrantengemeinschaften spezialisierte Altenpflegeangebot gegründet: „Deta-Med. Kulturspezifische Hauskrankenpflege“. Die Gründerin, Nare Yesilyurt, entwickelte das Konzept, um „Migranten in zweifacher Weise in das deutsche Gesundheitssystem zu integrieren“ (Deta-Med 2013). Es ging Yesilyurt, die selbst Krankenschwester, geronto-psychiatrische Fachkraft, Pflegedienstleiterin, Mentorin für Auszubildende und Diplompädagogin ist, nicht nur um eine kultursensible Versorgung älterer Türk/innen, sondern insbesondere auch um die Verbesserung der Situation von türkischstämmigen Frauen und die Förderung ihrer Selbstbestimmung. Deta-Med bildet heute selbst Pflegefachkräfte aus und bietet Tages- wie auch Intensivpflege an.

Bedeutsam ist, dass in der Gründungszeit die AOK, damals noch agierend als Dachverband aller gesetzlichen Krankenkassen, der Gründerin voraussagte, dass es für ihr Konzept keinen Bedarf gibt. Die AOK ging davon aus, dass in türkischen Migrantengemeinschaften die Großfamilie selbstverständlich die häusliche Pflege übernimmt, für die ambulante und stationäre Pflege gäbe es genügend Angebote in unterschiedlicher Trägerschaft (AWO, Caritas, Diakonie, DRK u.a.). Die AOK hat sich geirrt.

Deta-med hat heute mehrere Filialen in Berlin für häusliche Krankenpflege, eine Tagespflege und eine Wohngemeinschaft für Intensivpflege. Die Klient/innen sind vorwiegend Türken/innen. Einige ehemalige und von Deta-Med geschulte Mitarbeitende haben sich bis 2010 mit 23 eigenen Pflegediensten selbstständig gemacht und arbeiten erfolgreich.

Das Konzept von Deta-Med umfasst folgende wichtigen Aspekte in der Pflege: Respekt für die kulturellen Gewohnheiten, das Ausleben der Religion wird gefördert, die Besonderheiten bei der Körperpflege von Muslim/innen finden Beachtung, geschlechtsspezifische Wünsche werden wahrgenommen ebenso wie religiöse Feiertage. Auch die Essenszubereitung findet nach religiösen Gesichtspunkten statt (Deta-Med 2013). Nare Yesilyurt betont, dass es nicht ausreicht, wenn Mitarbeitende zweisprachig sind, sondern sie müssen ebenso interkulturell kompetent sein und den kulturellen Hintergrund der Pflegebedürftigen verstehen.

Deta-Med ist ein Beispiel für einen erfolgreich arbeitenden kultursensiblen Pflegedienst, der nicht nur ambulant pflegt, sondern Betreutes Wohnen anbietet wie auch Tagespflege; zusätzlich qualifiziert Deta-Med junge Menschen mit Migrationshintergrund im Pflegebereich weiter.

Neben ambulanten Pflegediensten gibt es auch Tagespflegeangebote für die Zielgruppe ältere Migrant/innen. Aber diese haben sich nicht in ähnlich großer Anzahl etabliert wie die ambulanten Angebote.

Einem allgemeinen Trend folgend – weil die Zahl dementiell Erkrankter steigt und es von Vorteil ist, sie in betreuten Wohngemeinschaften zu pflegen – werden mittlerweile in Berlin, laut Landespflegeplan 2011 immer mehr betreute Wohngemeinschaften eröffnet. Es gab (Stand 2011) 149 Wohngemeinschaften, in denen auch Menschen mit Migrationshintergrund betreut wurden, aber nur sechs Wohngemeinschaften mit insgesamt 27 Plätzen, in denen diese ausschließlich betreut wurden. In beiden Fällen wird jedoch nicht deutlich, ob es sich tatsächlich auch um muttersprachliche und / oder kultursensible Angebote handelt (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2012c, 35). Im Hinblick darauf, dass dementiell erkrankte Migrant/innen oftmals ihre im Laufe der Migration erworbenen Deutschkenntnisse vergessen und sozusagen in ihre

„alte Welt“ abtauchen, sind in diesem Bereich aber muttersprachliche und kultursensible Angebote von besonders großer Bedeutung. Da diese Wohngemeinschaften meistens bis zu rund 15 Plätze (selten mehr) haben, dürfte der Bedarf hier um ein Vielfaches höher sein als das heute vorhandene Angebot. In der Informierung und Sensibilisierung für das Thema „Migration und Demenz“ hat vor allem ein Projekt Pionierarbeit geleistet: IdeM.

Beratung zum Thema Migration und Demenz – das Projekt „IdeM“

„IdeM“ (Informations- und Beratungsstelle für demenziell erkrankte Migrantinnen und Migranten) in Trägerschaft des Sozialverbandes VdK Deutschland e. V. ist die erste Informations- und Beratungsstelle europaweit, die die Themen Migration und Demenz verknüpft hat. Seit 2003 ist IdeM in Berlin für demenziell erkrankte Migrant/innen sowie deren Angehörige tätig. Das Projekt wurde im Rahmen der niedrigschwelligen Betreuungsangebote im Mai 2005 nach Landesrecht anerkannt und erhält seitdem jährlich Fördermittel für Information, Beratung und Vermittlung von demenziell erkrankten Migrant/innen. Heute hat IdeM das Angebot auch auf Menschen mit psychischen Erkrankungen und geistigen Behinderungen mit Migrationshintergrund erweitert.

Das Projekt „IdeM“ arbeitet mit Ehrenamtlichen mit Migrationshintergrund unterschiedlicher Herkunft. Diese übernehmen meist die Rolle von Sprachmittler/innen. Ziel von „IdeM“ ist es auch, die Öffentlichkeit aufzuklären, Versorgungslücken für Migrant/innen aufzudecken und für sie das Versorgungsangebot zu verbessern sowie mehr Akzeptanz und einen offenen Umgang mit Demenzerkrankungen insbesondere bei Migrantengruppen zu fördern. Dafür haben sich die Projektverantwortlichen berlinweit ein großes Netzwerk aufgebaut und sich 2010 an der Gründung des multiprofessionellen Forums „Demenz und Migration“ beteiligt.

Für den stationären Altenpflegebereich kann beispielhaft aufgeführt werden, dass das Kompetenz Zentrum für die Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe (kom•zen) mit dem Vitanas Senioren Centrum im Märkischen Viertel, Berlin-Reinickendorf, ein Projekt zu Interkulturellen Öffnung in der Einrichtung durchgeführt hat, u.a. mit Schulungen der Mitarbeiterschaft, einer klinikinternen Abfrage von muttersprachlichen Ressourcen, die nun eingesetzt werden, falls Sprachbarrieren eine Kommunikation mit Patient/innen und deren Angehörigen behindern, sowie einer Palette an weiteren Maßnahmen. Welche anderen stationären Einrichtungen in Berlin einen solchen Prozess der interkulturellen Öffnung angestoßen und erfolgreich in der Praxis umgesetzt haben, müsste konkret erhoben werden. Dies wäre sinnvoll, um die „Good Practice Liste für Berliner Bezirke“ vom Mai 2013, die kom•zen für die Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe erstellt hat und die fortlaufend ergänzt werden soll, auch für den stationären Bereich der Altenpflege zu erstellen (Kompetenz Zentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe 2013).

In welcher Anzahl muttersprachliche bzw. kultursensible Kurzzeitpflegeangebote in Berlin zu finden sind, kann zu diesem Zeitpunkt nicht verifiziert werden, weil hierzu nicht genügend Datenmaterial vorliegt. Im Bereich der Palliativpflege und Sterbebegleitung existiert ein für Berlin einzigartiges interkulturelles Projekt, das als beispielhaft und herausragend zu bezeichnen ist und im Folgenden vorgestellt wird.

Ein ganz besonderes kultursensibles Angebot im Feld der Palliativpflege: „Dong Ban Ja – Interkulturelles Hospiz“

„Dong Ban Ja“ (bis 2009 „Dong Heng“) wird als Projekt in Trägerschaft des Humanistischen Verbands Deutschland umgesetzt und von der südostasiatischen Migrantenselbstorganisation „Dong Heng“ als Förderverein unterstützt, die das Projekt auch ursprünglich gegründet hatte. Dieses Angebot hat sich zum Ziel gesetzt, sterbende oder pflegebedürftige Menschen aus unterschiedlichen Kulturkreisen und ihre Angehörigen kultursensibel zu begleiten. „Dong Ban Ja“ spricht gezielt Menschen aus (Ost)Asien an und betreut und berät ausschließlich durch Ehrenamtliche Sterbende, Pflegebedürftige und Angehörige aus 14 Nationen. Darüber hinaus bildet „Dong Ban Ja“ Interessierte zu ehrenamtlichen Hospiz-Begleiter/innen aus. Das Angebot ist herausragend, da es nicht nur kultursensibel ist, sondern tatsächlich interkulturell ist. D.h. hier werden Ältere aus zahlreichen Herkunftsländern betreut, wenn auch aus einem ähnlichen Kulturkreis, und nicht nur Menschen einer Muttersprache und aus einem Heimatland. „Dong Ban Ja“ hat in den letzten Jahren ein weitreichendes Netzwerk in die Bezirke, in die Verwaltung und Politik und zu Migrantenselbstorganisationen und zu sozialen Trägern aufgebaut und setzt sich aktiv für eine interkulturelle Öffnung der Altenhilfe- und -pflege in Berlin ein.

Die Pflegestützpunkte

Die Pflegestützpunkte (PSP) spielen eine besondere Rolle im Puzzle der Regelversorgungsstrukturen. Sie sollen im Einzelfall unabhängig, umfassend und übergreifend beraten. Anfang Mai 2009 wurde zwischen den Landesverbänden der Pflege- und der Krankenkassen und dem Land Berlin ein Landesrahmenvertrag gemäß § 92c Abs. 8 SGB XI zur Arbeit und zur Finanzierung der PSP abgeschlossen. Im September 2009 wurden in Berlin in einem ersten Schritt zunächst 26 PSP (heute gibt es 28) als wohnortnahe Anlaufstellen geschaffen. Ihre beratenden, koordinierenden und vernetzenden Tätigkeiten richten sich auf die Versorgung alter und pflegebedürftiger Menschen. Ihre Leistungen sind unentgeltlich und werden trägerneutral gewährt. Sie beraten u.a. zu allen Fragen rund um die Pflege und zu Leistungen der Pflege- und Krankenkassen wie auch zu Sozialleistungen des Staates und zu allen Hilfsangeboten der Pflege. Sie helfen, wenn eine Wohnung senioren- und pflegegerecht umgebaut werden muss und informieren über Hilfsmittel und Alltagshilfen.

Die PSP haben eine „Lotsenfunktion“, um Ratsuchende durch die Vielfalt und Komplexität des Sozial- und Gesundheitswesens zu führen, ihre Funktion liegt in der Information und Auskunft, Beratung und Begleitung (Case-Management) und in der Vernetzung (Care-Management). In zwei Berliner PSP waren 2012 Beratungen in mehreren Sprachen möglich (Deutsch, Englisch, Russisch, Französisch, Portugiesisch und Spanisch (Kollak/Schmidt 2012, 15f.). Das ist das Ergebnis einer Untersuchung von Studierenden der Alice-Salomon-Hochschule zur Bekanntheit von Berliner PSP.

Das Anliegen, die PSP bei älteren Migrant/innen und ihren Familien bekannter zu machen, wurde im Rahmen des Projekts „Initiative für kultursensible Pflegestützpunktarbeit – Empfehlungen und Arbeitshilfen“ aufgegriffen. Eine Projektgruppe aus PSP-Mitarbeitenden hat 2013 Ideen erarbeitet, wie die bestehenden Zugangsbarrieren ausgeräumt werden könnten und eine Handreichung entwickelt (Orlowski 2013, 1f.). Die Empfehlungen der Handreichung lauten: einen kontinuierlichen Sprach- und Kulturvermittler/innen-Pool zu gewährleisten, der mit Sachkenntnis und interkultureller Kompetenz arbeitet und Informationsmaterial in wichtigen Migrationssprachen bereitzustellen, um zum einen Sprachbarrieren zu minimieren und zum anderen

Informationsvermittlung zu fördern und symbolisch zu transportieren, dass jeder Mensch im PSP ernst genommen wird. Weitere wichtige Erkenntnisse sind, dass mehr Menschen mit Migrationshintergrund einzustellen sind, gezielter Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben ist und dass für eine kultursensible Beratung mehr Zeit- und Personalressourcen zur Verfügung stehen müssen. Aus diesen Überlegungen heraus entstand eine zweiseitige Checkliste für ein kultursensibles Beratungsprofil in Berliner Pflegestützpunkten.

Im Herbst 2013 hat das Kompetenzzentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe (kom•zen) den Großteil der Berliner PSP-Mitarbeiterschaft in Schulungen zur „kultursensiblen Ausrichtung von Beratung, Information und Angeboten zur Altenhilfe und Beratung zur Pflege“ fortgebildet. Geplant ist aktuell auch, die Informationsmedien der PSP in die wichtigsten Migrantensprachen zu übersetzen und eine Plakatwerbung in unterschiedlichen Migrationssprachen zu starten, um auf die Arbeit der PSP aufmerksam zu machen.

Weitere Initiativen der PSP waren Fachveranstaltungen und ein Projekt des PSP Friedrichshain-Kreuzberg in der Wilhelmstraße 115. Dieses ermöglichte zwischen 2009 bis 2012 Zugang zu einem kostenlosen Gemeindedolmetscherdienst, um Sprach- und Kulturbarrieren besser abbauen zu können.

Die Sicht der Expert/innen

Samplebeschreibung

Einschätzungen von Expert/innen zu Problemen, Bedarfen und guter Praxis im Themenfeld der interkulturellen Altenpflege sind durch insgesamt elf Interviews erhoben worden. Zunächst werden die Organisationen, die die Interviewpartner/innen vertreten kurz vorgestellt. Dabei handelt es sich um fünf Migrantenselbstorganisationen, eine interkulturelle Begegnungsstätte, einen interkulturellen Pflegedienst, ein Pflegeheim, zwei Pflegestützpunkte und ein Experten-zentrum.

Türkische Migrantenselbstorganisation (türkische MSO): Die Organisation ist der Dachverband für zahlreiche türkische Organisationen, setzt sich für die rechtliche, soziale und politische Gleichstellung von Menschen mit Migrationshintergrund ein und ist Träger von Beratungs- und Qualifizierungsangeboten. In den Vorstandssitzungen der Organisation werden Erfahrungen aus der Praxis der Mitglieder der Berliner Gesellschaft Türkischer Mediziner (BGTM), die Mitglied in der Organisation ist, zum Thema Altenhilfe / Altenpflege diskutiert. Teils sind Träger von Pflegestationen Mitglied in der BGTM. Der Interviewpartner ist Mitglied im Vorstand der Organisation und war auch im Vorstand der BGTM aktiv.

Arabische Migrantenselbstorganisation (arabische MSO): Die Organisation ist das Kooperationsvorhaben von zehn arabischen Vereinen in Berlin. Ein sozialer Träger ist ein weiterer Kooperationspartner. Ziel ist es, die Bildungschancen für arabische Kinder und Jugendliche zu verbessern und Familien in allen Lebensbereichen zu beraten. Darüber hinaus werden auch Angebote für Ältere umgesetzt. Der Interviewpartner ist bei der Organisation für den Bereich Senioren zuständig.

Vietnamesische Migrantenselbstorganisation (vietnamesische MSO): Die Organisation kümmert sich um die Rechte der ehemaligen Vertragsarbeiter/innen aus Vietnam. Weitere Schwerpunkte sind verschiedene Beratungsangebote und die Betreuung von Familien. Das Thema Älterwerden in Deutschland ist seit ca. fünf Jahren Thema in der Organisation. Die Interviewpartnerin ist Geschäftsführerin des Vereins.

Südostasiatischer Hospizdienst einer Migrantenselbstorganisation (südostasiatischer Hospizdienst): Der Hospizdienst wird in Trägerschaft des Humanistischen Verbands Deutschland umgesetzt und von der südostasiatischen Migrantenselbstorganisation als Förderverein unterstützt, die das Projekt auch ursprünglich gegründet hatte. Dieses Angebot hat sich zum Ziel gesetzt, sterbende oder pflegebedürftige Menschen aus unterschiedlichen Kulturkreisen und ihre Angehörigen kultursensibel zu begleiten. Die Interviewpartnerin ist die Leiterin des Hospizdienstes.

Migrantenselbstorganisation mit Schwerpunkt russischsprachige Zuwander/innen (MSO russischsprachige Migrant/innen): die Organisation ist eine generationsübergreifende multikulturelle Einrichtung mit Kultur-, Handwerk- und Bastelangeboten. Schwerpunktmäßig werden russischsprachige Migrant/innen angesprochen. Es wird derzeit ein Projekt in Kooperation mit einer Einrichtung eines Bezirksamtes umgesetzt, bei dem Mitglieder der Einrichtung des Bezirksamtes und ehrenamtliche russischsprachige Menschen russischsprachige Bewohner/innen in Tandems aufsuchen und Informationen zum Altenhilfesystem vermitteln.

Begegnungsstätte: Die interkulturelle Begegnungsstätte ist mit einer Beratungsstelle und mit Bildungsangeboten in Kreuzberg aktiv. Selbsthilfegruppen und Projekte richten sich an Familien, Kinder und ältere Menschen. Der Schwerpunkt interkulturelle Altenhilfe wird durch ein Beratungsangebot für Pflegebedürftige und durch verschiedene Seniorengruppen repräsentiert. Die Interviewpartnerin ist Sozialberaterin im Migrationsdienst.

Pflegedienst: Zum Angebot des interkulturellen Pflegedienstes gehören die ambulante Pflege, die Betreuung und Pflege in einer Tagesstätte für türkische und arabische Pflegebedürftige, zwei interkulturelle Wohngemeinschaften und eine Begegnungsstätte für Menschen mit Behinderung. Es werden sowohl arabisch- als auch türkischsprachige Pflegekräfte beschäftigt. Die Interviewpartnerin ist stellvertretende Geschäftsführerin des Pflegedienstes.

Stationäre Einrichtung: Das Pflegeheim liegt in Trägerschaft eines der größten privaten Pflegeheimbetreibers in Deutschland, zu dessen Leistungen die stationäre Pflege und Betreuung von Senior/innen, die Betreuung von Menschen mit geistigen Behinderungen bzw. psychischen Erkrankungen, die Behandlung von geriatrisch Erkrankten und die Aus- und Fortbildung von Pflegepersonal gehört. Das Pflegeheim hat 186 Plätze, davon sind höchstens drei Prozent von Migrant/innen, türkischer, polnischer, tschechischer, russischer und griechischer Herkunft belegt. Seit 2009 wird die interkulturelle Öffnung des Pflegeheims durch kom•zen² unterstützt und begleitet. Der Interviewpartner ist Pflegedienstleiter.

Vertreter/innen von zwei Pflegestützpunkten: Die Pflegestützpunkte haben die Aufgabe, Informationen über das Versorgungssystem an Interessierte weiterzugeben und Ratsuchende zu den Leistungen der Angebote und Einrichtungen der Pflege zu beraten. Zudem unterstützen sie Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung und vermitteln weitere Unterstützung bei der häuslichen Pflege, wie z.B. Dienstleistungen für Maßnahmen der Wohnraumanpassung. Für einen der beiden Pflegestützpunkte wurde angegeben, dass ca. 30 Prozent der Klientel des Pflegestützpunktes aus Menschen mit Migrationshintergrund bestehen.

Expertenzentrum: Das Expertenzentrum beschäftigt sich im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales mit den Themen Altern, Migration und Pflege. Es begleitet, initiiert und berät Modellprojekte, stößt die Fachdebatte an, setzt Impulse zur Entwicklung und Förderung stabiler Netzwerke und berät Fachkräfte und Träger im Themenfeld.

Informationsstand von Migrant/innen zum Versorgungssystem

Probleme und Barrieren

Viele Migrant/innen haben einen geringen Kenntnisstand zum Altenpflege-Versorgungssystem.

Nach Ansicht der Expert/innen ist in allen Einwanderergruppen der Kenntnisstand bezüglich des Versorgungssystem eher gering. So erhalten beispielsweise arabische Familien nicht ausreichend Aufklärung und Beratung. Es bestehen Unsicherheit, Ängste und Informationsdefizite, u.a. auch zur Finanzierung der Pflege mit Arbeitslosengeld-II-Bezug (arabische MSO). Auch aufseiten der südostasiatischen Migrant/innen herrscht ein Informationsmangel, so eine Expertin (südostasiatischer Hospizdienst)

Von Migrant/innen wird das Nachdenken darüber, ob sie in Deutschland oder im Herkunftsland altern möchten, lange hinausgezögert oder vermieden.

Der überwiegend als gering beschriebene Kenntnisstand zum Versorgungssystem korrespondiert mit dem eher zögerlichen Nachdenken über das eigene Altern. Für die vietnamesischen

2 Vgl. dazu den Abschnitt „Das Kompetenz Zentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe (kom•zen)“, S. 20

und die anderen südostasiatischen Einwanderungsgruppen beschreiben die beiden Expert/innen des südostasiatischen Hospizdienstes bzw. der vietnamesischen Migrantenselbstorganisation, dass die Mehrheit der Älteren lange die Illusion hegt/e, zum Altwerden und Sterben in die Heimat zurückzukehren. Sie schildern, dass Migrant/innen teils Fragen danach verdrängen, ob und wie sie in Deutschland altern wollen. Teils ist erst seit Kurzem ein Prozess im Gang, in dem sich die Menschen darauf vorbereiten, dass sie nicht mehr in ihr Herkunftsland zurückkehren werden (südostasiatischer Hospizdienst, vietnamesische MSO).

Auch die erste Generation der türkischen und arabischen Einwander/innen hat sich vor ca. 20 Jahren keinerlei Gedanken über das Älterwerden in Deutschland gemacht. Dies ist typisch für die Arbeits- und Pendlermigrant/innen, *die „mit einem Bein immer noch ein bisschen im Heimatland stehen“, meint die Vertreterin des Expertenzentrums. Die Vorsorge erstreckt sich häufig ausschließlich auf Rückführungsversicherungen. Zu diesem Thema sind sie häufig sehr gut informiert und haben Vorsorge getroffen. Aber bezüglich der „klassischen Vorsorge – Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung – fehlen Information und Beratung und auch das Verständnis dafür, dass es bestimmte Angelegenheiten gibt, die jede/r in die eigene Hand nehmen kann“ (türkische MSO). Besonders schlecht informiert sind alleinlebende Menschen mit wenig Kontakten.*

Es gibt Hinweise auf geringe Altersvorsorge bei vietnamesischen Migrant/innen.

Auch Probleme im Bereich der Altersabsicherung durch Renten- und Pflegeversicherung wurden in den Interviews angedeutet. Für die vietnamesischen Migrant/innen kommt nach Ansicht der Vertreterin der vietnamesischen Migrantenselbstorganisation zum geringen Kenntnisstand über das Versorgungssystem im Alter hinzu, dass kaum Rentenversicherungsbeiträge gezahlt werden und teils nicht einmal eine Krankenversicherung besteht und damit auch keine Absicherung über eine Pflegeversicherung (vietnamesische MSO).

Auch der Vertreter der Türkischen Migrantorganisation merkt an, dass wenige der älteren Generation vorgesorgt haben. Möglicherweise ist es bei den Jüngeren nicht anders (türkische MSO).

Es bestehen Barrieren aufgrund von Diskriminierungserfahrungen.

Teils besteht das Informationsdefizit auch, weil sich Migrant/innen mitunter scheuen, sich in deutschen Institutionen beraten zu lassen, da sie dort die Haltung fürchten, *„Lernt erst mal deutsch. Wir sind hier, ihr könnt kommen und euch beraten lassen“.* In den Institutionen gibt es keine „Vertrauensperson“, die ansprechbar ist (südostasiatischer Hospizdienst). Der geringe Kenntnisstand scheint also auch in Barrieren, die in Diskriminierungserfahrungen begründet sind, zu liegen.

Pflegestützpunkte sind unter Migrant/innen kaum bekannt.

Die Pflegestützpunkte spielen nach Ansicht der Mehrheit der interviewten Vertreter/innen der Migrantenselbstorganisationen kaum eine Rolle für Migrant/innen, um direkt an Informationen zu gelangen oder Beratung zu erhalten. Selbst aktive und engagierte Migrant/innen kennen das Angebot der Pflegestützpunkte nicht. Eine Vertreter/in des Expertenzentrums wünscht sich, dass sich die Pflegestützpunkte etwas mehr auf Migrant/innen zubewegen, damit sie Informationen zu Leistungen und Angeboten erhalten. Diese Unterstützung würde für die Migrant/innen eine Entlastung darstellen (Expertenzentrum).

Es besteht ein Mangel an kultursensibler Öffentlichkeitsarbeit von Beratungs- und Unterstützungsangeboten.

Die Unwissenheit der Migrant/innen liegt auch in der mangelnden Kommunikation der Beratungs- und der Unterstützungsangebote nach außen begründet. Dies betrifft nicht nur die An-

sprache in der Muttersprache, sondern auch die Bilder, die durch eine auf Deutsche fokussierte Öffentlichkeitsarbeit vermittelt werden, in der verbal und optisch Menschen mit einem anderen kulturellen Hintergrund kaum vorkommen, so dass sich Migrant/innen wenig oder gar nicht angesprochen fühlen. Dadurch besteht neben einem geringen Informationsstand der Migrant/innen auch die Gefahr, dass sich eher die schlechten Erfahrungen einzelner herumsprechen und Unsicherheit und Vorbehalte geschürt werden (Expertenzentrum).

Ansätze, Vorschläge und gute Praxis

Treffs und Beratungsstellen für Migrant/innen bieten gute Anknüpfungspunkte zur Weiterleitung von Informationen.

Migrant/innen mit guten Kontakten zu Begegnungsstätten und Beratungsstellen zu anderen Themenschwerpunkten sind nach Ansicht der Vertreter/innen des Experten-zentrums tendenziell besser informiert. Begegnungsstätten, Treffs und Beratungsstellen bieten neben der gezielten Informationsweitergabe auch die Gelegenheit, das Nachdenken über das eigene Altern anzustoßen. Beispielsweise hat eine interkulturelle Begegnungsstätte in den Seniorengruppen das Nachdenken über die Frage „Wie lebe ich in Deutschland weiter, wenn ich älter werde und nicht mehr arbeite? Wie will ich mein Altern gestalten?“ angestoßen (Begegnungsstätte).

Zu nennen sind außerdem informelle Treffs, wie z.B. Männercafés. Männer haben hier einen Vorteil, beschreibt der Vertreter der türkischen Migrantenselbstorganisation. Sie treffen sich häufig in türkischen Männercafés, in denen es mitunter einen Mann gibt, der gut deutsch spricht und Informationen hat und sich auskennt. Dieses Phänomen wird auch von einer Expertin des Experten-zentrums beschrieben (Expertenzentrum).

Begegnungsstätten und Treffs erfüllen auch eine Präventionsfunktion.

Betreute Treffs für ältere Migrant/innen halten auch die Vertreter/innen des südostasiatischen Hospizdienstes bzw. der vietnamesischen Migrantenselbstorganisationen für wichtig. Diese dienen zum einen dazu, dass Senior/innen Informationen erhalten, besonders aber auch zur Gesundheitsvorsorge und um den Vereinsamungstendenzen entgegenzuwirken, von denen diese Migrantengruppe wie auch andere Migrantengruppen zu Teilen betroffen ist. Jedoch scheint nach ihrer Auffassung der Bezirk hier keinen Bedarf zu sehen, da bereits Seniorentreffs bestehen würden, in die auch die Migrant/innen gehen könnten (südostasiatischer Hospizdienst und vietnamesische MSO).

Engagierte Migrant/innen aus den Communities werden als Multiplikator/innen geschult.

An den aktiven und engagierten älteren Migrant/innen setzt die Begegnungsstätte mit ihren Multiplikatoren-schulungen an. Ältere Migrant/innen, vornehmlich Schlüsselpersonen aus der türkischen Community, werden in Gruppen über das Hilfesystem bei Pflegebedürftigkeit informiert. Sie setzen sich mit Erfahrungen und tradierten Erwartungen und Vorstellungen vom Altwerden, mit Ängsten und Vorbehalten sowie mit den Lebensumständen von Migrant/innen auseinander und lernen Pflegeeinrichtungen kennen. Die Multiplikator/innen stoßen in ihrer Community eine Auseinandersetzung mit den Themen Altwerden in Deutschland und Pflege an. Dies geschieht teils in Gruppen, die durch die Multiplikator/innen geleitet werden (Begegnungsstätte).

Veranstaltungen in Kooperation von Migrantenselbstorganisationen, Begegnungsstätten und Pflegestützpunkten unterstützen die Informationsvermittlung.

Zur Informationsvermittlung zum Thema Pflege werden durch die Begegnungsstätte auch Informationsveranstaltungen durchgeführt, die so gestaltet sind, dass sie auch für Menschen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, gut verständlich sind. Teilweise werden die Veranstal-

tungen in der Muttersprache oder mit Übersetzung angeboten. Diese werden in Kooperation von Begegnungsstätten oder Migrantenselbstorganisationen einerseits und Pflegestützpunkten oder anderen Fachexpert/innen andererseits durchgeführt (Begegnungsstätte).

Kooperationen von Pflegestützpunkten mit Migrantenselbstorganisationen und anderen Organisationen sind gute Möglichkeiten, die Sprachschwierigkeiten in der Beratung zu beheben.

Aus der Perspektive eines Pflegestützpunktes wird angegeben, dass knapp ein Drittel der Klientel in der Beratung einen Migrationshintergrund hat, dass sie neben der Beratung teils gezielt Unterstützung, wie z.B. die Begleitung zu Behörden, nachfragen. Häufig bestehen in der Beratung Sprachschwierigkeiten, denen angesichts der Sprachenvielfalt nicht aus den Ressourcen des Pflegestützpunktes heraus begegnet werden kann. Dann wird in der Beratung auf die Unterstützung von Netzwerkpartnern zurückgegriffen, wie z.B. auf ein interkulturelles Beratungs- und Begegnungszentrum, den Gemeindedolmetscherdienst, interkulturelle Pflegedienste oder auch auf Angehörige. Die Zusammenarbeit mit diesen Netzwerkpartnern hat sich bewährt (Pflegestützpunkt 1).

Fortbildungen für Multiplikator/innen bzw. für Mitarbeiter/innen von Pflegestützpunkten fördern die Bekanntheit des Pflegestützpunktes einerseits und das Verständnis für die Situation von älteren Migrant/innen andererseits.

Um Pflegestützpunkte als Beratungsangebot bekannt zu machen, werden die oben erwähnten Multiplikatorenschulungen gemeinsam mit Mitarbeiter/innen eines Pflegestützpunktes durchgeführt. Mit dieser Kooperation hat die Vertreterin der Begegnungsstätte gute Erfahrungen gemacht. Wichtig war vor allem, dass der Bekanntheitsgrad des Pflegestützpunktes erhöht wurde, wodurch das Beratungsangebot des Pflegestützpunktes ins Bewusstsein der Migrant/innen rücken konnte (Begegnungsstätte). Umgekehrt sind Fortbildungen für die Mitarbeiter/innen von Pflegestützpunkten zur interkulturellen Öffnung wichtig, damit Strategien entwickelt werden, dass die Pflegestützpunkte mehr Präsenz in den Migrantengemeinschaften erlangen (Expertenzentrum).

Hausärzt/innen spielen eine wichtige Rolle bei der Verbreitung von Informationen und benötigen mehr Unterstützung bei der gezielten Informationsweitergabe.

Hausärzt/innen werden von einigen Interviewpartner/innen als Quellen benannt, über die Migrant/innen Informationen zu Beratungsmöglichkeiten und Unterstützungsangeboten erhalten. Die Rolle des Hausarztes/der Hausärztin wird z.T. als Schlüsselposition in der Funktion der Berater/in und Vermittler/in beschrieben (türkische MSO, arabische MSO). Zudem stellen für Alleinlebende Hausärzt/innen oftmals die einzige mögliche Informationsquelle zu Fragen des Gesundheits, des Alters und der Pflegebedürftigkeit dar (Pflegestützpunkt 2). Aus der Perspektive der interviewten Pflegestützpunkte wird beschrieben, dass sich Hausärzt/innen Informationen bei Pflegestützpunkten beschaffen oder ihre Patient/innen an Pflegestützpunkte verweisen (Pflegestützpunkt 1). Dies hat besonders für Alleinlebende eine große Bedeutung. Der Vertreter der türkischen Migrantenselbstorganisation (türkische MSO) schlägt vor, dass mehrsprachige Informationsmaterialien von Pflegestützpunkten gezielt an Arztpraxen verteilt werden sollten.

Muttersprachliche Medien und Informationsquellen sind eine gute Möglichkeit, Informationen an Migrant/innen zu vermitteln.

Hervorgehoben wird von einer Interviewpartnerin die gezielte Öffentlichkeitsarbeit des VdK-Projektes „Informationszentrum für demenziell und psychisch erkrankte sowie geistig behinderte Migrantinnen und ihre Angehörigen“ (IdeM), das Aufklärungsreihen in türkischsprachigen Fernsehprogrammen zu den Regelungen der Pflegeversicherung und zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten präsentiert hat. Das Projekt IdeM wurde im Mai 2003 als bundesweit erste Informations- und Beratungsstelle für demenziell erkrankte Migrant/innen vom Sozialverband

VdK Berlin-Brandenburg eingerichtet. Es bietet neben der individuellen Beratung und Vermittlung auch Angebote für professionelle Dienstleister im Bereich Pflege an, wie beispielsweise Informationsveranstaltungen und Fortbildungen, gemeinsame Aktionen zur Öffentlichkeitsarbeit oder mehrsprachige Informationsmaterialien. Der/Die Vertreter/in der Begegnungsstätte führt auch gemeinsam mit IdeM Informationsveranstaltungen zum Thema Pflege durch (Begegnungsstätte).

Die Informationsweitergabe in der Muttersprache symbolisiert Akzeptanz und fördert die Aneignung der Informationen

Die Sprache ist nach Ansicht des Vertreters der arabischen Migrantenselbstorganisation mit Ausnahme der ersten Generation der Zuwander/innen nicht vorrangig ein Problem des Verstehens und der Verständigung. Er hält für wichtiger, dass Sprache etwas symbolisiert und Akzeptanz vermittelt. „Wenn ich etwas in meiner eigenen Sprache lese, fühle ich mich akzeptiert, fühle ich mich angenommen, fühle ich, dass dieses Angebot für mich ist. Ich werde in meiner Sprache, in meiner Kultur respektiert.“ Dies kann Hemmschellen und Ängste abbauen (arabische MSO). Muttersprachliche Fachexperten werden von einer Migrantenselbstorganisation bei der Informationsweitergabe als wichtig angesehen. Beispielsweise hat der Verein „ImPULS“ gute Erfahrungen mit Hausbesuchen bei russischsprachigen Senior/innen durch deutsch- und russischsprachige Tandems gemacht, durch die Informationen zum Altenhilfesystem vermittelt werden.

Migrantenselbstorganisationen sollten eine aktive Vermittlerrolle bei der Verbreitung von Informationen in die Communities einnehmen, was angesichts knapper Ressourcen teils sehr schwierig ist.

Einerseits werden Migrantenselbstorganisationen, Verbände und Religionsgemeinschaften als gute „Wege“ in die Communities benannt, um Diskussionen und Nachdenken anzustoßen und gezielt Informationen zu vermitteln (türkische MSO). Andererseits werden die Ressourcen für eine thematische Erweiterung der Tätigkeiten in Richtung Seniorenarbeit und Altenhilfe als äußerst knapp beschrieben. Die Vertreter/in der vietnamesischen Migrantenselbstorganisation erläutert, dass sie als Organisation über keine Ressourcen verfügen, sich mit dem Thema Älterwerden und Pflege intensiver zu beschäftigen und beispielsweise eine Seniorengruppe zu initiieren. Sie sind mit der Beratung, Betreuung, Begleitung und Unterstützung von Familien, mit Sprachdiensten und Dolmetschen sowie kulturellen Angeboten ausgelastet. In diesem Kontext bemängelt sie, dass es keine Angebote für vietnamesische Einwander/innen gibt, dass diese Zielgruppe „nicht existiert in den Köpfen“, anders gesagt, dass sie keine Lobby haben (vietnamesische MSO).

Die aktive Kontaktaufnahme in die Communities und aufsuchende Arbeit von Beratungsstellen sind geeignete Wege zur Verbreitung von Informationen und zur Unterstützung der Migrant/innen.

Die Vertreter/innen der Begegnungsstätte und des Expertenzentrums sehen in der aufsuchenden Arbeit von Beratungsstellen, wie z.B. den Pflegestützpunkten, einen guten Weg, um Informationen über das Pflegesystem zu verbreiten. Vielfältige Gelegenheiten könnten dafür genutzt werden: Nach dem Freitagsgebet oder zu einer Vereinssitzung, zum Samowar-Teetreffen der türkischen Frauengruppe oder zum chinesischen Neujahrsfest könnte ein Pflegestützpunkt Kontakt aufnehmen und Gelegenheiten zur Informationsweitergabe nutzen. Aufsuchende Arbeit ist bei Migrant/innen, die nicht gut vernetzt sind und/oder allein leben, besonders wichtig. Hier sind bei den Beratungsstellen auch Zeitkontingente für Hausbesuche erforderlich, um Hinweisen von Nachbar/innen auf Hilfebedürftige nachgehen zu können (Begegnungsstätte). Ein gutes Beispiel aufsuchender Beratungsarbeit bietet der Verein „ImPULS“ mit seinen zweisprachigen Tandems, die Senior/innen gezielt aufsuchen, um Informationen zum Altenhilfesystem zu vermitteln (russischsprachige MSO)

Zusammenfassung zu Problemen, Barrieren und guter Praxis

Die vorhandenen Informations- und Beratungsstrukturen sowie die Angebote müssen sich einerseits zunehmend auf Migrant/innen einstellen. Dies kann geschehen durch muttersprachliche Angebote und Öffentlichkeitsarbeit und die Kooperation mit Migrantenselbstorganisationen, um so den Informationsgrad der zugewanderten Senior/innen zu verbessern. Andererseits sind die Ressourcen und Stärken älterer Migrant/innen ein wichtiger Ausgangspunkt, sie beim Altwerden zu begleiten und zu unterstützen. Beispielsweise stellen die sozialen Netzwerke und solidarischen Hilfen migrantischer Communities wichtige Anknüpfungspunkte für die Verbreitung von Informationen, die Entwicklung von Selbsthilfestrukturen und die Bewältigung von Anforderungen und Problemen des Alterns dar.³

Probleme

- Es besteht überwiegend ein geringer Kenntnisstand zum Versorgungssystem in den durch die Interviews repräsentierten Migrantengruppen.
- Das rechtzeitige Nachdenken über das eigene Altwerden – ob in Deutschland oder im Herkunftsland – und über Vorsorge wird oft lange hinausgezögert oder verdrängt.
- Es gibt Hinweise auf Unterschiede zwischen den Communities hinsichtlich der Vorsorge: Türkische Migrant/innen sind vergleichsweise besser altersabgesichert. Das andere Extrem: Vietnames/innen haben keine Lobby, sind völlig auf sich gestellt, sind teils schlechter abgesichert als andere Migrantengruppen.
- Die vietnamesische Migrantenselbstorganisationen verfügt über keine Ressourcen, sich mit dem Thema Altern und Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund intensiver zu beschäftigen und Angebote für alternde Migrant/innen zu entwickeln.
- Die Angebote der Pflegestützpunkte sind überwiegend nicht bekannt.

Barrieren

- Aufgrund von vorausgegangenen Diskriminierungserfahrungen bestehen Hemmungen, Institutionen, Verwaltungen bzw. Beratungsstellen aufzusuchen und sich beraten zu lassen.
- Informationsmaterialien werden häufig ausschließlich in deutscher Sprache mit entsprechender „deutscher“ Bebilderung präsentiert, dadurch fühlen sich Menschen mit Migrationshintergrund oftmals nicht angesprochen.

Gute Praxis und Vorschläge zur Verbesserung des Kenntnisstands zum Thema Altwerden und Pflege

- Förderung von Seniorengruppen und informellen Treffs, um Diskussionen zum Thema Vorsorge anzustoßen
- Ausbildung von Multiplikator/innen, die in Seniorengruppen und informellen Treffs aktiv werden und Informationen weitergeben
- Ausbildung von Multiplikator/innen aus der Community in Kooperation mit Pflegestützpunkten, um diese auch dadurch bekannt zu machen
- Muttersprachliche Aufklärung über das Pflegesystem und über Beratungsangebote in muttersprachlichen Fernsehsendern
- Informationsveranstaltungen von Migrantenselbstorganisationen und Begegnungsstätten in Kooperation mit Pflegestützpunkten, IdeM und anderen externen Berater/innen
- Kooperation von Pflegestützpunkten und anderen Trägern mit Fachexpertise mit Begegnungsstätten mit dem Ziel der Informationsvermittlung und Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund
- Verbesserung Informationsvermittlung und Vermittlung an Beratungsangebote durch Hausärzt/innen durch muttersprachliches Informationsmaterial

³ Arbeiterwohlfahrt Landesverband Berlin e.V.; Leitfaden für eine interkulturelle Seniorenarbeit, Das Konzept der AWO Berlin, Berlin 2004, S. 4.

- Sprachmittlung in Pflegestützpunkten durch Migrantenselbstorganisationen oder Dolmetscherdienste

Zur Rolle der Familie bei der Pflege von Migrant/innen

Bei der Pflege steht die Familie bei türkischen und arabischen Migrant/innen an erster Stelle.

Bei der Versorgung von Pflegebedürftigen ist „die Familie die Nummer eins, ähnlich wie bei Deutschen“, konstatiert die Vertreter/in des Expertenzentrums. Noch stärker als bei Deutschen ist die Stigmatisierung durch das persönliche Umfeld und in der Community, wenn man einen Angehörigen nicht selbst pflegt, so die Vertreterin des Expertenzentrums. Hohen sozialen Druck, die Pflege in der Familie zu leisten, beschreibt auch der Vertreter der türkischen Migrantenselbstorganisation (türkische MSO).

Die Pflege durch Familienangehörige steht an erster Stelle, erst danach folgen ambulante Versorgungsangebote. Als letzter Ausweg gilt die stationäre Pflege: „Wenn Zuhause gar nichts mehr geht. Wenn (...) eine absolute Überforderung und Überlastung aller Beteiligten (erreicht ist), dann muss man ins Heim“ (Begegnungsstätte). Die meisten Pflegebedürftigen wollen zu Hause bleiben, um die Verbindung zu ihren Familien nicht zu verlieren. Auch die Vertreter/innen eines Pflegestützpunktes schätzen ein, dass Migrant/innen aus der Türkei eher vor Pflegeheimen „zurückschrecken“, sie wollen Pflege zumeist innerhalb der Familie organisieren (Expert/in Pflegestützpunkt).

Bei Alleinlebenden und wenn Familien überfordert sind, unterstützen teils Netzwerke in der Nachbarschaft oder Religionsgemeinschaften.

Für die vietnamesische Community wird beschrieben, dass Netzwerke in der Nachbarschaft oder in Religionsgemeinschaften eine Rolle bei der häuslichen Pflege in der Familie spielen. Diese Netzwerke – so ein Vorschlag aus der vietnamesischen MSO – sollten gefördert und gestärkt werden. Denn ehrenamtliche Selbsthilfe ist wichtig, habe aber ihre Grenzen, da sie über zu wenig finanzielle Ressourcen verfügt. Auch die türkische MSO beschreibt die Unterstützung der pflegenden Familien durch nachbarschaftliche Beziehungen.

Angehörige, insbesondere Töchter und Schwiegertöchter, sind in der Pflicht.

Die Erwartungshaltung gegenüber der Familie spiegelt teils klare Rollenverständnisse: Es besteht eine „unausgesprochene Erwartungshaltung“, dass hier Töchter und Schwiegertöchter in der Pflicht sind. „Pflege ist weiblich“, so die Mitarbeiterinnen des Expertenzentrums. „Egal ob ambulant, ob es zu Hause, ob es im Altersheim ist, also es ist klar, Frauen sind die Pflegenden“ (Expertenzentrum). Häufig stehen Frauen unter Druck und fühlen sich überfordert, sie müssen zusätzlich zu den Kindern auch die alten (Schwieger-)Eltern betreuen (Expertenzentrum). Zudem müssen sie häufig eigene Interessen zurückstellen, wie z.B. eine eigene Berufsausbildung oder berufliche Tätigkeit (ambulanter Pflegedienst). Allerdings zeigen Ergebnisse aus den Interviews mit pflegebedürftigen Migrant/innen und ihren Angehörigen, dass eine gleichgeschlechtliche Pflege gewünscht wird, was dazu führt, dass auch Söhne sich verstärkt in der Pflege engagieren (müssen).

Tendenziell bestehen geringere familiäre Ressourcen unter vietnamesischen Migrant/innen.

Für vietnamesische Ältere scheint es schwierig zu sein, sich nur auf die Familie zu verlassen. Viele Vertragsarbeiter/innen sind allein in die DDR gekommen und durften zunächst keine Familienmitglieder nachholen. Aufgrund der oftmals engen Zeit- und Finanzressourcen sowie der engen Wohnverhältnisse der meisten Vietnames/innen kann eine Pflege kaum in der Familie geleistet werden (vietnamesische MSO). Deshalb ist es für Angehörige dieser Gruppe wichtig,

sich ein „gutes Netzwerk“ zu schaffen, um zu Hause optimal betreut zu werden, z.B. mit Hilfe von Nachbar/innen und oder Angehörigen der Religionsgemeinschaft.

Es kommt zu einem Wertewandel in den jüngeren Generationen.

Jedoch wird von den Vertreter/innen der arabischen und der türkischen Migrantenselbstorganisation eine Verschiebung der Werte bei Jüngeren gesehen, die es nicht als selbstverständlich ansehen, die Älteren zu pflegen (türkische MSO, arabische MSO).

Die unausgesprochene Erwartungshaltung kann auch zu Konflikten führen, wenn klar wird, dass die Jüngeren die Pflege eines älteren Angehörigen nicht als selbstverständliche familiäre Aufgabe ansehen. Teils spüren Ältere auch selbst, dass die nachfolgende Generation die Pflege nicht leisten kann, weil sie an einem anderen Ort lebt (Pflegedienst).

Auch das vietnamesische Familiengefüge hat sich verändert: „Viele sind zwar mit Familie gekommen bzw. haben hier eine Familie gegründet, aber der familiäre Zusammenhalt ist nicht mehr so stark wie früher. Kinder, die hier geboren sind, sind genau wie Deutsche“, sagt die Gesprächspartnerin der vietnamesischen MSO. Viele Ältere suchen sich eine „Ersatzfamilie“ in Kirchengemeinden, in buddhistischen Gemeinden oder in Migrantenvereinen. Hier werde dann gegenseitige Hilfe und Unterstützung geleistet. Dass die Familie als Ressource in den Hintergrund rückt, ist auch eine Folge von Rahmenbedingungen: Kinder gehen in eine andere Stadt um zu studieren oder zu arbeiten und sind nicht selbstverständlich vor Ort, wenn die Eltern alt und pflegebedürftig werden (vietnamesische MSO). Wenn die Berufstätigkeit eines pflegenden Familienmitglieds eine Betreuung und Pflege erschwert, werden ambulante Dienste hinzugezogen.

Nicht immer wird durch die Familie in ausreichender Qualität gepflegt.

Eine familiäre Pflege kann nach Ansicht des befragten ambulanten Pflegedienstes nicht so professionell sein, wie es erforderlich wäre. Hinzu kommt, dass sie auch sehr belastend für die Familie sein kann (ambulanter Pflegedienst). Auch der Vertreter der türkischen Migrantenselbstorganisation führt an, dass die Versorgung, die die Familie bietet, in einigen Fällen unter medizinischen Gesichtspunkten nicht ausreichend ist. In diesen Fällen wäre statt der Auszahlung des Pflegegeldes an die Familie die Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst sinnvoller (türkische MSO).

Pflegende Angehörige müssen bei praktischen Fragen der Pflege und aufgrund psychosozialer Belastungen durch Schulungen und Selbsthilfegruppen unterstützt werden.

Pflegende Familienangehörige benötigen Aufklärung und teils auch Anleitung dabei, wie sie die Pflege praktisch, z.B. in Fragen der Körperhygiene, umsetzen können. Dies könnte durch Kurse der Krankenkassen geleistet werden (arabische MSO) oder durch Anleitungen durch einen ambulanten Pflegedienst (ambulanter Pflegedienst).

Zudem entstehen bei familiärer Pflege oftmals Situationen, die für alle Beteiligten belastend sind: Für die Pflegebedürftigen, weil sie abhängig sind und ein schlechtes Gewissen haben, die Familie sehr stark zu beanspruchen; und für die pflegenden Angehörigen, weil sie durch die Mehrfachbelastung durch Beruf, Kinder und Pflege erschöpft sind. Hilfreich wäre eine verstärkte psychosoziale Betreuung für Betroffene (Expertenzentrum).

Eine weitere gute Möglichkeit zur Unterstützung der Angehörigen in ihren Pflegeaufgaben sind Mobilitätsdienste. Diese werden jedoch teils wegen Diskriminierungserfahrungen nicht angenommen (Begegnungsstätte).

Die Expertin der Begegnungsstätte erachtet es als notwendig, dass Selbsthilfeinitiativen von pflegenden Angehörigen gestärkt werden. Sie plädiert für interkulturelle Selbsthilfegruppen,

„wo Menschen sich zusammenfinden, die eben schon in einer Pflegesituation sind“. Besonders für pflegende Angehörige könnte dies eine sinnvolle Unterstützung sein (Begegnungsstätte).

(Pfleger) Angehörige nehmen eine wichtige Vermittlerrolle ein – sie müssen informiert und gestärkt werden.

Angehörige nehmen eine wichtige Vermittlerrolle ein – bei Ärzt/innen, in Einrichtungen und in Ämtern. Hier ist Aufklärung zu leisten, damit sie in der Lage sind, sinnvolle Entscheidungen bezüglich der Pflege zu treffen, wenn dies der/die Pflegebedürftige nicht mehr allein leisten kann. Zudem ist Aufklärung und Sensibilisierung für die Bedarfe der Pflegebedürftigen und die Qualität der medizinischen Versorgung vonnöten, damit Entscheidungen für eine professionelle Pflege leichter fallen (Begegnungsstätte). Schwerpunkt der Begegnungsstätte ist es auch, Präventionsarbeit zu leisten, damit pflegende Angehörige und Pflegebedürftige es schaffen, sich selbst zu helfen. Hier wird auch ein wichtiges Aufgabenfeld für die Pflegestützpunkte gesehen.

Sensibilisierung und Aufklärung sind besonders wichtig bei Demenzerkrankungen, um beispielsweise zu verstehen, dass in diesen Fällen eine Pflege in der Familie nahezu nicht möglich ist. Mit ausreichender Information kann es leichter fallen, sich für eine Pflege außerhalb der Familie zu entscheiden.

Die Weiterzahlung des Pflegegeldes im nicht- europäischen Ausland wäre sinnvoll, um Reisen ins Herkunftsland zu erleichtern. Diese können das seelische Wohlbefinden der Pflegebedürftigen positiv beeinflussen.

Wenn pflegebedürftige Pendlermigrant/innen in ihr Herkunftsland reisen, sollte die Pflege dort finanziert werden, so die Expertin der Begegnungsstätte. Sie sieht es als „*lebensverlängernd*“ an, da ein Aufenthalt in der Heimat emotionale Kraft gibt (Begegnungsstätte). Auch der Vertreter der türkischen Migrantenselbstorganisation betont, dass die Reise in die Heimat für die seelische Gesundheit wichtig ist, das mentale Wohlbefinden beeinflusst auch die Psyche (türkische MSO). Bisher wird das Pflegegeld im Nicht-EU-Ausland nur in den ersten sechs Wochen des Aufenthaltes ausgezahlt; manche Krankenkassen gewähren das Pflegegeld gar nicht, wenn bereits bei Antragstellung deutlich wird, dass ein Aufenthalt länger als sechs Wochen geplant ist.

Insbesondere bei Demenzkranken wird zu wenig professionelle Unterstützung in Anspruch genommen.

Die Vertreterin der Begegnungsstätte konstatiert, dass pflegende Familienangehörige noch zu wenig professionelle Unterstützung als Entlastung bei der Pflege von dementiell Erkrankten in Anspruch nehmen (Begegnungsstätte).

Einschätzungen der Expert/innen zu Angeboten und Einrichtungen der Pflege

Ambulante Angebote

Ambulante Angebote werden stärker als stationäre nachgefragt.

Grundsätzlich gilt für Migrant/innen, dass die Nutzung ambulanter Angebote vor stationären steht, formuliert eine Expertin des Expertenzentrums. Stationäre Angebote werden nur in Anspruch genommen, wenn die Pflege zu Hause nicht mehr zu leisten ist oder von alleinlebenden Migrant/innen, die keine Familie (am Ort) haben (Expertenzentrum).

Ambulante Angebote entstehen aus den Communities heraus. Es gibt Anzeichen, dass sich für große Migrantengruppen ein wachsendes muttersprachliches ambulantes Angebot entwickelt.

Aus dem Bedarf nach muttersprachlichen Pflegeangeboten entwickeln sich aus den Communities heraus ambulante Pflegeangebote, so die Vertreter/in des Expertenzentrums. Dies betrifft die türkische, die arabische und die russische Community (Expertenzentrum). Diese Entwicklung wird durch die Vertreter/in der Begegnungsstätte bestärkt. Sie konstatiert, dass sich im Bereich der ambulanten Pflege immer mehr kultursensible muttersprachliche Pflegedienste gründen, bei denen die Pflege in einer bestimmten Muttersprache der Pflegebedürftigen durchgeführt wird und auf die entsprechenden kulturellen und religiösen Bedürfnisse eingegangen wird, z.B. werden während des Ramadan die Einsatzzeiten der Pflegekräfte den veränderten Essenszeiten angepasst. Diese Angebote sind keine interkulturellen Angebote, sondern Angebote für Pflegebedürftige einer Muttersprache oder eines Kulturkreises. Die Interviewpartner/in schätzt ein, dass in diesem Bereich das Angebot bereits recht gut entwickelt ist (Begegnungsstätte).

Es besteht Bedarf an qualifizierten muttersprachlichen Pflegekräften in den Pflegediensten. Dies gilt insbesondere für kleine Migrantengruppen.

Defizite bestehen im Bereich der Pflegeangebote für kleine Minderheiten. Hier wären Pflegedienste erforderlich, die eine kultursensible Pflege anbieten, um ihren Bedürfnissen Rechnung zu tragen (Begegnungsstätte). Wichtig ist dabei, dass beispielsweise für vietnamesische Pflegebedürftige, für die es keine muttersprachlichen Pflegedienste gibt, in einem interkulturell ausgerichteten Pflegedienst vietnamesische Pflegekräfte beschäftigt werden, die nicht nur die Sprache beherrschen, sondern auch die Kultur kennen und verstehen (vietnamesische MSO).

Mitunter haben Pflegebedürftige und Angehörige überhöhte Vorstellungen, was ein Pflegedienst zu leisten hat.

Bei Inanspruchnahme eines Pflegedienstes wird häufig verglichen, was die Pflegedienste anbieten; Pflegebedürftige bzw. Angehörige entscheiden sich dann für denjenigen, der die meisten Leistungen anbietet. Die Vertreterin des Pflegedienstes konstatiert weiter, dass vielfach überhöhte Vorstellungen bestehen, was ein ambulanter Pflegedienst zu leisten hätte. Wenn Wünsche nicht erfüllt werden, wird der Pflegedienst gewechselt. Das wird häufig durch die Angehörigen entschieden, teils auch „über den Kopf der zu Pflegenden“ hinweg (Pflegedienst).

Stationäre Angebote

Stationäre Angebote werden nur in Anspruch genommen, wenn die Pflege zu Hause nicht mehr bewältigt werden kann.

Wenn in der häuslichen Pflege eine starke Überforderung und Überlastung aller Beteiligten eingetreten ist, dann wird der/die Pflegebedürftige in einem Heim untergebracht (Expertenzentrum, südostasiatischer Hospizdienst). Einige Interviewpartner/innen formulieren, dass Pflegebedürftige „prefinal“ ins Heim gehen, um zu sterben (Expertenzentrum, stationäre Einrichtung).

Barrieren, ins Pflegeheim zu gehen, bestehen in der ausschließlich oder vorrangig „deutsch“ geprägten Einrichtungskultur.

Die wichtigsten Barrieren in ein „deutsches“ Pflegeheim zu gehen, liegen in der mangelnden interkulturellen Öffnung begründet. Von den Interviewpartner/innen wurden insbesondere das deutsche Essen und die Pflege in deutscher Sprache genannt, aber auch entsprechende Musik, das Feiern von ausschließlich deutschen Festen und Feiertagen, die Nutzung von deutschsprachigen Medien und eine deutschsprachige Öffentlichkeitsarbeit. Häufig gibt es ausschließlich deutschsprachiges Pflegepersonal. Zu diesen Barrieren kommt die Befürchtung dazu, dass die hohen Kosten das gesamte Ersparte verschlingen (südostasiatischer Hospizdienst).

Angehörige geben Pflegebedürftige eher in ein Heim, wenn kultursensible Pflege geleistet wird.

Die Entscheidung, eine/n Senior/in in ein Pflegeheim zu geben, treffen häufig die Angehörigen. Diese Entscheidung wird auch von der Art und Weise beeinflusst, wie durch die Mitarbeiter/innen auf die Angehörigen zugegangen wird. Zudem können sprachliche Probleme und Vorurteile dazu führen, dass sich der/die Betroffene unwohl fühlt, und dann Angebote möglicherweise nicht genutzt werden (stationäre Einrichtung).

Wichtig ist den Angehörigen, wenn sie ein Familienmitglied in ein Pflegeheim geben, dass Pflegekräfte aus dem gleichen Kulturkreis wie der/die Pflegebedürftige beschäftigt werden. Diese bringen dann die erforderlichen Sprachkenntnisse und ein Wissen um kulturelle Besonderheiten mit (vietnamesische MSO, türkische MSO). Auch der Vertreter der stationären Einrichtung benennt die Pflege in der Muttersprache als wichtiges Entscheidungskriterium, eine/n Pflegebedürftige/n in ein Heim zu geben. Der Wunsch nach muttersprachlichen Pflegekräften und Ärzten ist neben der Berücksichtigung von religiösen Vorstellungen, d.h. ob ein Gebetsraum vorhanden ist oder Reinheitsvorstellungen eingehalten werden, der Berücksichtigung von Ernährungsgewohnheiten und Hygienevorstellungen ein wichtiges Entscheidungskriterium. Die Muttersprache wird für demente Senior/innen besonders wichtig, da sie zunehmend in der Vergangenheit leben und auch die deutsche Sprachkompetenz verloren geht (stationäre Einrichtung).

Geeignete Maßnahmen zur Entwicklung einer kultursensiblen Pflege in einer stationären Einrichtung sind beispielsweise Mitarbeiterschulungen und Ressourcenanalysen.

Der Vertreter der stationären Einrichtung sieht in Fortbildungen für Mitarbeiter/innen zu den Themen Privatsphäre, Essen und Religion einen wichtigen Schritt, um eine kultursensible Pflege zu entwickeln. Weiterhin benennt er Fallbesprechungen im Pflegeheim, in denen besprochen wird, welche Situationen hinsichtlich Essen, Versorgung und hygienischen Bedürfnissen bei einzelnen Senior/innen auftreten können, als wichtige Maßnahme.

Eine Ressourcenanalyse aufseiten des Personals hinsichtlich der Sprachkompetenzen ermöglicht es, z.B. das Pflegepersonal entsprechend seiner sprachlichen Kompetenzen einzusetzen oder zumindest zu ermöglichen, dass Pflegekräfte bei Bedarf für eine Übersetzung angesprochen werden können. Dies kann beispielsweise in einem Gespräch mit Angehörigen der Fall sein oder bei der Beratung von Senior/innen.

Neue Wohnformen – Wohngemeinschaften

Neue Wohnformen, wie z.B. Wohngemeinschaften, werden von den Vertreter/innen der Migrantenselbstorganisationen als geeignete Möglichkeiten für ein bedarfsgerechtes Leben im Alter eingeschätzt.

Vor dem Hintergrund, dass Barrieren für die Nutzung von Pflegeheimen bestehen und eher ambulante Pflegedienste genutzt werden, schätzen die Vertreter/innen der Migrantenselbstorganisationen ein, dass in Zukunft zunehmend gemeinschaftliche Wohnformen entwickelt werden sollten, insbesondere dann, wenn die Angehörigen mit der Pflege überfordert sind. Diese unterstützen die Selbstbestimmung der Senior/innen und ermöglichen bestenfalls ein Verbleiben in der vertrauten Umgebung (türkische MSO).

Oftmals ist die soziale Hürde, einen Angehörigen in eine Wohngemeinschaft zu geben, nicht so hoch, wie die Unterbringung in einem Heim. Zur bedarfsgerechten Ausgestaltung gehört neben behindertengerechten Aspekten auch die Berücksichtigung von biografischen Bezügen. So gibt es beispielsweise eine interkulturelle Wohngemeinschaft für Menschen, die im Laufe ihres Lebens Bezüge zu anderen Kulturen im Alltag, z.B. im Arbeitsleben, hatten. Dieses Angebot

ist neben Wohngemeinschaften, die eher muttersprachlich und kulturspezifisch geprägt sind ebenso wichtig (Begegnungsstätte). Mit Blick auf die Bestrebungen, für größere Migrantengruppen muttersprachliche Wohngemeinschaften einzurichten, prognostiziert die Vertreter/in der vietnamesischen Migrantenorganisation, dass für kleine Minderheiten ein solches Angebot schwierig umsetzbar ist. Möglich wäre aber beispielsweise eine interkulturelle Wohngemeinschaft vietnamesischer Migrant/innen, die aus den verschiedenen Ländern Südostasiens kommen (südostasiatischer Hospizdienst).

Die arabische Migrantenselbstorganisation strebt eine Wohngemeinschaft als Modellprojekt für Angehörige der Community an.

Die Idee einer Wohngemeinschaft für Angehörige der arabischen Community verfolgt der Vertreter der arabischen Migrantenselbstorganisation. In dieses Vorhaben sollen weitere Kooperationspartner einbezogen werden, wie z.B. die Arabische Medizinergesellschaft, um eine medizinische Versorgung in der Muttersprache zu gewährleisten. Wichtige Komponenten des Zusammenlebens, bei denen die kulturellen Gewohnheiten bzw. die Muttersprache der Bewohner/innen berücksichtigt werden sollten, wären die Nahrungszubereitung, Musik, Bücher und Fernsehen. Bei Pflegebedarf der Bewohner/innen ist es wichtig, dass die ambulante Pflege in der Muttersprache gewährleistet wird und dass Frauen und Männer durch Angehörige des gleichen Geschlechts gepflegt werden. Dies bietet die Möglichkeit, dass die Senior/innen, die sich mit zunehmendem Alter und besonders auch bei fortschreitender Demenz immer stärker zu ihren Wurzeln hingezogen fühlen, Halt und Sicherheit erleben. Neben den Zimmern für die Bewohner/innen sollte die Wohngemeinschaft über einen Gebetsraum, eine gemeinsame Küche, einen Familienraum für Besucher/innen und einen gemeinsamen Aufenthaltsraum verfügen. In einer Vorlaufphase sollten die zukünftigen Bewohner/innen Gelegenheit haben, sich kennenzulernen. Dafür könnte der Seniorentreff der Organisation genutzt werden (arabische MSO).

Für demente Senior/innen in Wohngemeinschaften ist eine kultursensible Pflege besonders wichtig.

Insbesondere für demente Senior/innen gibt es Wohngemeinschaften, die auch sehr stark nachgefragt werden. In Wohngemeinschaften mit überwiegend deutschen Bewohner/innen können demente Migrant/innen schnell in die Isolation geraten. Mit fortschreitender Demenz kehren die Senior/innen immer mehr in die Vergangenheit zurück, sie verlieren im Laufe des Lebens erworbene deutsche Sprachkenntnisse und können ausschließlich noch in der eigenen Muttersprache kommunizieren. In einer Wohngemeinschaft, in der alle Bewohner/innen aus dem gleichen Kulturkreis kommen, finden sich die Senior/innen besser zurecht und es lässt sich eine muttersprachliche Pflege besser gewährleisten (Expertenzentrum).

In Wohngemeinschaften ist eine gute Kooperation zwischen den Pflegekräften und den Angehörigen erforderlich.

Die Vertreter/in des interkulturellen Pflegedienstes wünscht sich eine bessere Kooperation der Angehörigen mit den Pflegekräften in einer Wohngemeinschaft. Die Angehörigen haben häufig die Haltung, dass in der Wohngemeinschaft der Pflegedienst für alles zuständig ist. Dem ist aber nicht so. Die Bereitschaft der Angehörigen, auch etwas zu übernehmen – z.B. mal einen Tee zuzubereiten –, wäre eine Unterstützung im Alltag für alle Beteiligten. Zudem können die Angehörigen dadurch auch dem Gefühl, den Pflegebedürftigen „abgeschoben“ zu haben, entgegen wirken (interkultureller Pflegedienst).

Worauf kommt es bei Pflegeangeboten grundsätzlich an?

Kultursensible Angebote erfordern eine entsprechende Haltung und Kompetenz der Mitarbeiter/innen – „Jeder Mensch hat ein Recht auf eine Sonderbehandlung“.

Alle interviewten Expert/innen betonen, dass die Angebote kultursensibel ausgerichtet sein sollten. Dies impliziert einerseits eine entsprechende Haltung und Bereitschaft der Mitarbeiter/innen, andererseits sollte sich die Kultursensibilität durch alle Ebenen ziehen. Folglich sollten neben den Kompetenzen der Mitarbeiter/innen strukturelle Aspekte, wie z.B. die kultursensible Gestaltung von Pflegeplänen oder die Öffentlichkeitsarbeit ebenso berücksichtigt werden.

Wichtige Kompetenzen von Mitarbeiter/innen zur Umsetzung kultursensibler Angebote sind, Unterschiede wahrzunehmen (Begegnungsstätte), sich auf Menschen mit verschiedenen Bedürfnissen (stationäre Einrichtung), mit unterschiedlichen Biografien und kulturellen Hintergründen einzustellen (vietnamesische MSO), die Andersartigkeit anderer zu respektieren und ihnen auf gleicher Augenhöhe zu begegnen (südostasiatischer Hospizdienst). Die Haltung der Mitarbeiter/innen sollte von dem Bewusstsein geprägt sein, dass jeder Mensch ein Recht auf eine Sonderbehandlung hat (Begegnungsstätte). Nicht immer müssen alle Mitarbeiter/innen die kulturellen Besonderheiten und die Sprache der Pflegebedürftigen beherrschen, wichtig ist es jedoch, Interesse zu entwickeln und Empathie zu zeigen. Weiterhin ist es wichtig, Mythen und Zuschreibungen zu vermeiden (stationäre Einrichtung).

Kulturelle Besonderheiten sind nichts „Störendes“, sondern sollten als eine Ressource verstanden und genutzt werden.

Wenn migrantische Senior/innen beispielsweise teils mehr Besuch als deutsche erhalten, sollten Mitarbeiter/innen dafür Verständnis entwickeln und dies nicht als etwas Schwieriges oder Hinderliches begreifen, sondern eher als eine Ressource, die man auch einbinden kann (stationäre Einrichtung). Eine solche ressourcenorientierte Haltung sollte grundsätzlich für den Umgang mit Unterschieden gelten.

Kooperationen mit Migrantenselbstorganisationen sowie die Einstellung von Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund sind wichtige Maßnahmen der interkulturellen Öffnung.

Neben einer bereits erwähnten Ressourcenanalyse hinsichtlich sprachlicher und kultureller Kompetenzen der Mitarbeiter/innen sowie der Förderung dieser Kompetenzen sind weitere Aktivitäten, die die interkulturelle Öffnung unterstützen, Kooperationen mit Migrantenselbstorganisationen im Umfeld der Einrichtung (Expertenzentrum) sowie die Einstellung von Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund. Dies wird als wichtige Maßnahme struktureller Integration angesehen und vom Vertreter der arabischen Migrantenselbstorganisation für unerlässlich gehalten, wenn man mehr Senior/innen mit Migrationshintergrund aufnehmen bzw. pflegen möchte (arabische MSO).

Junge Menschen mit Migrationshintergrund sollten für eine Ausbildung als qualifizierte Pflegefachkräfte gewonnen werden.

Besonders die Vertreter/innen der vietnamesischen Migrantenselbstorganisationen bzw. des südostasiatischen Hospizdienstes sehen in der Ausbildung junger Menschen mit Migrationshintergrund eine gute Möglichkeit, dem Pflegefachkräftemangel entgegenzuwirken und den Bedarf an muttersprachlichen Pflegekräften zu befriedigen. Sie sind der Ansicht, dass eine Ausbildung zum /zur Pflegehelfer/in ein guter Weg dahin sein könnte. Dafür ist es erforderlich, dass intensiv geworben wird (südostasiatischer Hospizdienst und vietnamesische MSO). Darüber hinausgehend hält eine Vertreterin des Experten-zentrums eine größere Diversität in der Ausbildung für erforderlich. Es sollten nicht nur Hilfskräfte ausgebildet werden, sondern es sollten junge Menschen mit Migrationshintergrund dafür geworben werden, eine Ausbildung

zur Pflegefachkraft zu absolvieren. Pflegefachkräfte mit einem hohen fachlichen Niveau haben einen anderen Stellenwert, sie werden stärker akzeptiert (Expertenzentrum). Die Vertreterin des Pflegedienstes hält das Ausbildungssystem für zu kompliziert, es sollte Erleichterung bei der Ausbildung von jungen Menschen mit Migrationshintergrund geschaffen werden (interkultureller Pflegedienst). Das bei einer Ausbildung zur Pflegefachkraft erforderliche Schulgeld ist anscheinend eine Hürde, eine Ausbildung zu starten (Expertenzentrum).

In der Pflegeausbildung sollten die Themen interkulturelle Kompetenz und Biografiearbeit berücksichtigt werden.

Schwerpunkte in der Ausbildung aller Pflegekräfte sollten interkulturelle Kompetenz und Biografiearbeit sein. Zudem ist es wichtig, dass authentische Erfahrungen gesammelt werden (südostasiatischer Hospizdienst, Expertenzentrum).

Der Dialog von Behörden, professionellen Angeboten und den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sowie mit Migrantenselbstorganisationen ist erforderlich.

Die Mehrheit hält den Dialog und die Vernetzung zwischen allen Beteiligten für erforderlich. Besonders die Migrantenselbstorganisationen sollten zurate gezogen werden. Dringend geboten ist eine Vernetzung zwischen Angeboten und Einrichtungen der Pflege mit Migrantenselbstorganisationen (arabische MSO). Die Vertreter/innen der vietnamesischen Migrantenselbstorganisationen und des südostasiatischen Hospizdienstes wünschen sich eine Fachtagung zum Thema Migration und Alter. Diese wird entweder ausschließlich für die vietnamesische Community gewünscht oder für alle Einwanderergruppen in Berlin. Von einer solchen Tagung könnte auch ein Impuls in Richtung Vernetzung und Kooperation gesetzt werden.

Die Sicht der pflegebedürftigen Senior/innen und ihrer pflegenden Angehörigen

Um die Perspektive der pflegebedürftigen Senior/innen und ihrer Familien zu beschreiben, wurden Interviews mit den Senior/innen bzw. mit ihren pflegenden Angehörigen geführt. Es wurden ausschließlich türkischsprachige Berliner/innen interviewt. Türkischsprachige Migrant/innen über 65 Jahre stellen mit Abstand die größte Gruppe der in Berlin wohnenden Migrant/innen dar.

Da das Thema Pflege sehr persönliche und oftmals auch sehr schmerzhaft Erfahrungen berührt, war es nicht einfach, innerhalb der kurzen Zeitspanne zwischen Beauftragung und Erstellung des Gutachtens Interviewpartner/innen für dieses Thema zu gewinnen. Durch einen türkischsprachigen, in der Community gut vernetzten Sozialwissenschaftler konnten acht Interviews geführt werden; die Zugänge erfolgten über persönliche Kontakte, über Seniorentreffpunkte in Nachbarschaftshäusern und über informelle Treffpunkte wie eine Bäckerei und ein Bistro. Die Interviews wurden ausschließlich in der Muttersprache geführt, was sich positiv auf das Vertrauensverhältnis und die Gesprächsatmosphäre auswirkte.

Samplebeschreibung

Die acht Interviews wurden als fallbezogene Einzel- bzw. Familieninterviews geführt. Drei Interviews konnten mit den pflegebedürftigen Senior/innen selbst im Alter zwischen 69 und 80 Jahren geführt werden; darunter ein Mann und zwei Frauen. Zwei davon verfügten über eine Einstufung in Pflegestufe I, die dritte Rentnerin erhält bislang noch keine Leistungen aus der Pflegeversicherung und hat eine Einstufung als Schwerbehinderte. Alle drei kamen vor rund 40 Jahren als Arbeitsmigrant/innen nach Berlin, arbeiteten beispielsweise in Großküchen und als Raumpflegerinnen und sind in der Türkei geboren.

Weiterhin wurden fünf Interviews mit pflegenden bzw. zeitweilig pflegenden Angehörigen geführt. So konnten sechs Personen befragt werden, darunter fünf Söhne, eine Tochter und ein pflegender Ehemann. Die von ihnen betreuten pflegebedürftigen Senior/innen sind zwischen 76 und 90 Jahren; eine Seniorin ist kürzlich verstorben. Die Senior/innen sind in Pflegestufe II und III eingestuft; aufgrund der fortgeschrittenen Pflegebedürftigkeit (u.a. aufgrund von Demenz) war ein Interview direkt mit den Senior/innen nicht möglich. Auch hier sind alle Senior/innen in der Türkei geboren und kamen im Zuge der Arbeitsmigration in den 60er und 70er Jahren nach Deutschland. Zum Teil wuchsen die Kinder in unterschiedlichen Familienkonstellationen sowohl in der Türkei als auch in Berlin auf, so dass die Familien über vielfältige transnationale Verbindungen verfügen.

Zwei der befragten Senior/innen erhalten Sozialhilfe, eine schwerbehinderte Seniorin erhält eine geringfügige Rente aufgrund ihrer Frühverrentung. Bei einigen wird die finanzielle Last der Pflege von den Kindern übernommen, da die Rentenbezüge nicht ausreichen, um die Pflege zu finanzieren. Drei Familien besitzen Ferien- bzw. Eigentumswohnungen in der Türkei; in einem Fall sind die Kinder gerade dabei, die Ferienwohnung zu verkaufen, um die Pflege der Eltern zu finanzieren. Ein Befragter erhält eine doppelte Rente (staatliche Rente und Betriebsrente).

Außerdem wurden Gruppeninterviews mit mehrheitlich nicht pflegebedürftigen Senior/innen geführt (vgl. die Auswertung der Gruppeninterviews im Kapitel „Die Perspektive nicht pflegebedürftiger Migrant/innen“). In den Gruppeninterviews waren aber auch einzelne pflegebedürftige Migrant/innen.

tige Senior/innen anwesend; ihre Aussagen, die jedoch nur Teilaspekte der Einzelinterviews betreffen, wurden in der Auswertung mit berücksichtigt. Es handelte sich dabei um zwei Türkinnen, einen Marokkaner und einen Palästinenser, die durch ambulante Pflege und/oder die eigene Familie zuhause versorgt werden.

Organisationsformen der Pflege: Schwierigkeiten und Ressourcen

Die Gruppe der Befragten erweist sich bezüglich der Organisation der Pflege als durchaus heterogen, auch wenn dies das Sample zunächst nicht vermuten lässt, da es sich bei den Befragten – abgesehen von den Gruppeninterviews – ausschließlich um türkischsprachige Senior/innen der ersten Einwanderungsgeneration und ihre Kinder handelt. Dies verweist darauf, wie differenziert Probleme und Bedarfe betrachtet werden müssen, die unter dem Themenfeld Migration verhandelt werden. Es lassen sich idealtypisch vier Organisationsformen der Pflege herausarbeiten:

1. Senior/innen, bei denen die Pflege von der Familie transnational organisiert wird;
2. Senior/innen, bei denen die Organisation der Pflege durch pflegende Familienangehörige in Berlin die zentrale Rolle spielt – in Kombination mit professionellen Unterstützungsangeboten;
3. Senior/innen, die ausschließlich durch Familienangehörige gepflegt werden;
4. Senior/innen, die weder aktive transnationale noch familiäre Bindungen in Berlin haben und die ausschließlich auf professionelle Angebote zurückgreifen müssen.

Im Folgenden werden diese vier Organisationsformen beschrieben.

Typ 1: Bei der Organisation der Pflege wird auf transnationale Ressourcen zurückgegriffen.

Eine transnationale Perspektive auf Pflege gilt in der aktuellen Forschung als noch wenig erforschtes Phänomen. Strumpfen (2010) stellt fest, dass ältere Migrant/innen transnational altern und Entscheidungen zu ihrer Lebensführung im Kontext der sozialen, kulturellen und finanziellen Einbindung zweier Länder treffen. Diese Perspektive, so Strumpfen, muss auch bei der Entwicklung von Handlungsempfehlungen Berücksichtigung finden.

Ein Teil der Befragten verfügt über vielfältige transnationale Ressourcen, die zur Organisation der Pflege eingesetzt werden. Dies betrifft insbesondere Pendelmigrant/innen, die bereits vor der Pflegebedürftigkeit zwischen der Türkei und Berlin pendelten und dadurch über mindestens zwei Lebensmittelpunkte verfügen. Bei dieser Form der Pendelmigration werden jeweils die Ressourcen vor Ort aktiviert, so z.B. familiäre Bezüge und nachbarschaftliche Kontakte, die zur Unterstützung und Betreuung eingesetzt werden. Dies ist jedoch nur möglich, solange die Senior/innen trotz beginnender Pflegebedürftigkeit noch in der Lage sind zu reisen. Auch werden Familienangehörige aus der Türkei zeitweilig eingeflogen, um die Pflege vor Ort in Berlin zu unterstützen. In einem Fall wurde die Pflege ganz in die Türkei verlegt, weil die Familie dort insgesamt bessere Bedingungen vorfand. Bei einer anderen befragten Familie wurde die Pflege zeitweilig in der Türkei mit privat bezahlten Pflegekräften organisiert.

Allerdings ist die transnationale Pflege der Angehörigen sehr voraussetzungsvoll und in großem Maße davon abhängig, wie eng die familiären, freundschaftlichen und nachbarschaftlichen Kontakte in die Türkei sind und welche finanziellen Mittel und Ressourcen (z.B. in Form von Eigentumswohnungen) in der Familie vorhanden sind. Zudem ist bei der transnationalen

Organisation der Pflege zu berücksichtigen, dass die Leistungen der Pflegeversicherung in der Türkei nicht ausgezahlt werden. Bei der Pflege in der Türkei fallen regelmäßig Flugkosten für die Kinder an, die ihre Eltern besuchen wollen; reisen pflegende Angehörige aus der Türkei ein, die die Pflege zeitweilig übernehmen, so entstehen ebenfalls Reisekosten und die Unterbringung muss organisiert werden.

Fallbeispiel Familie Hüryan:

Die pflegebedürftige Rentnerin Frau Hüryan ist Mutter von drei Kindern, zwei davon leben in Berlin, ein Kind in einer anderen deutschen Stadt. Frau Hüryan kam im Zuge der Familienzusammenführung in den 70er Jahren als Arbeitsmigrantin nach Berlin; sie pendelte aber mit ihren Kindern in der Folgezeit zwischen Berlin und der Türkei bis Ende der 80er Jahre hin und her. Bis zu ihrer Rente arbeitete sie in Berlin als Raumpflegerin. Sie erkrankte an Demenz und wurde von ihrem Mann mit Unterstützung der Kinder und eines ambulanten Pflegedienstes gepflegt. Zu Beginn der Demenzerkrankung von Frau Hüryan hielt sich das Ehepaar in den Sommermonaten regelmäßig in der Ferienwohnung der Familie in der Türkei auf und konnte dort auf die Hilfe familiärer und nachbarschaftlicher Netzwerke zurückgreifen. Dann starb der Mann vor einem Jahr. Da die Kinder aufgrund von familiären und beruflichen Verpflichtungen die Pflege nicht übernehmen konnten, wiesen sie die Mutter in eine deutschsprachige kirchliche Pflegeeinrichtung ein. Der Gesundheitszustand der Seniorin verschlimmerte sich rapide; sie fühlte sich in der für sie fremden Umgebung nicht wohl. In der Konsequenz entschieden sich die Kinder, die Pflege in der Türkei zu organisieren. Frau Hüryan wohnt jetzt in einer Eigentumswohnung im ehemaligen Sommerhaus der Familie mit mehreren Wohneinheiten. Im gleichen Haus wohnen mietfrei zwei Familien, die sie wechselseitig betreuen. Da ihre Rente zur Finanzierung dieses Pflegemodells nicht ausreicht, wird sie von ihren Kindern finanziell unterstützt. Eine zusätzliche Unterstützung ist die bereitwillige Hilfe aus der Nachbarschaft. Die Mutter ist nun viel ausgeglichener als vorher und nicht mehr so verwirrt und aggressiv. Ihr Lebensalltag hat sich in einer für sie geschützten und vertrauten sozialen Umgebung verbessert.

Typ 2: Die Familie ist die zentrale Ressource, die in Kombination mit professionellen Unterstützungsangeboten die häusliche Pflege gewährleistet.

Bei fast allen Befragten ist die Familie die zentrale Ressource, um die Pflege zu organisieren. Dies gilt nicht nur für den hier beschriebenen Typ 2, sondern auch für den oben beschriebenen Typ 1 und selbstverständlich für Typ 3. Soweit es möglich ist, übernehmen der / die Ehepartner/in, die Kinder oder auch die Enkelkinder die Pflege des pflegebedürftigen Menschen im häuslichen Umfeld in Berlin. Auch wird auf Unterstützung aus der engeren Verwandtschaft vor Ort zurückgegriffen. Senior/innen, deren Pflegebedürftigkeit noch nicht sehr weit fortgeschritten ist, suchen darüber hinaus auch Unterstützung durch soziale Netzwerke im Rahmen von formellen und informellen Treffpunkten (z.B. türkische Bäckereien und Bistros, Seniorentreffpunkte in Nachbarschaftseinrichtungen). Erst wenn eine Pflege innerhalb der Familienstrukturen nicht mehr organisiert werden kann, werden professionelle ambulante Unterstützungsangebote in Anspruch genommen, wie z.B. ein ambulanter Pflegedienst oder Tagespflegeeinrichtungen. Stationäre Heime oder Pflege-Wohngemeinschaften sind erst dann eine Option, wenn die Pflege trotz ambulanter professioneller Unterstützung und großem Engagement der Kinder nicht mehr bewältigt werden kann, weil der Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Eltern nur noch eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung zulässt, z.B. bei fortgeschrittener Demenz. Bei der

Auswahl von Unterstützungsangeboten wird vorzugsweise auf türkischsprachige Angebote zurückgegriffen.

Fallbeispiel Familie Rüya:

Die Familie Rüya kam Ende der 60er Jahre im Zuge der Arbeitsmigration nach Berlin. Drei Kinder leben in Berlin, die älteste Tochter hat ihren Lebensmittelpunkt in der Türkei. Die Senior/innen lebten zu Beginn ihrer Rente zusammen mit der jüngsten Tochter in einer Wohnung und wurden von ihr bei der Pflege unterstützt. Sie konnten sich noch weitgehend selbst versorgen und pendelten in der Anfangszeit noch zwischen Berlin und der Türkei. Die Tochter starb jedoch früh an einer Krankheit; die Pflege der Eltern musste nun neu organisiert werden, insbesondere aufgrund der zunehmenden Demenz der Mutter. Die Pflege wurde nun von den beiden Söhnen und der Frau des jüngsten Sohnes übernommen; außerdem konnte der Vater einen Teil der Betreuung der Mutter übernehmen. Es wurden weitere Ressourcen aus dem engsten Familienkreis aktiviert, da sich der Gesundheitszustand der Mutter verschlechterte. Die Familie entschied sich, im Rahmen der Möglichkeiten der Pflegestufe III die familiäre Unterstützung mit den Unterstützungsleistungen eines ambulanten türkischsprachigen Pflegedienstes sowie einer türkischsprachigen Tagespflege zu kombinieren. Mit zunehmender Demenzerkrankung auch des Vaters und seiner psychischen und körperlichen Überlastung durch die Pflege seiner Frau war dieses Modell nicht mehr ausreichend, zumal einer der Söhne sich immer mehr aus dem Berufsleben zurückgezogen hatte, um die häusliche Pflege der Eltern sicherzustellen. Der psychische, körperliche und zeitliche Aufwand der häuslichen Pflege überstieg die Ressourcen der Familie. Hinzu kam die Unzufriedenheit mit den bestehenden Angeboten der ambulanten Pflege. Obwohl den Kindern die Entscheidung schwer fiel, weil sie den Eltern gerne eine Pflege zuhause ermöglicht hätten, entschieden sie sich schließlich für die Unterbringung der Eltern in einer neu eröffneten türkischsprachigen Senioren-WG, die kultursensible Pflege anbietet. Auch wenn das Angebot nicht vollständig ihren Vorstellungen entsprach, sahen die Eltern keine Alternative, da eine Pflege durch Familienangehörige weder in Berlin noch in der Türkei realisierbar war.

Typ 3: Häusliche Pflege durch Familienangehörige ist das ausschließliche Pflegemodell, da eine „fremde“ Pflege nicht dem familiären, sozialen und kulturellem Werteverständnis entspricht.

Bei einer der befragten Familien sind die familiären Strukturen nicht nur wie oben beschrieben die zentrale Ressource zur Organisation der Pflege, sondern die häusliche Pflege durch Familienangehörige ist das einzig vorstellbare Pflegemodell. In dieser Familie und in ihrem Umfeld ist es eher verpönt, wenn pflegebedürftige Familienmitglieder in die Hände von „Fremden“ oder gar in pflegende Einrichtungen abgegeben werden. Eine „fremde“ Pflege entspricht nicht dem bis dahin von Generation zu Generation bestehenden und in der Gemeinschaft fest verankerten Verständnis der Pflege von kranken und pflegebedürftigen Familienangehörigen im häuslichen Umfeld durch die eigenen Angehörigen. Ein Zuwiderhandeln gegen diese familiären und milieuspezifischen Normen würde bei den Familienangehörigen starke Gewissensbisse erzeugen, zudem wären die Familienangehörigen im familiären und verwandtschaftlichen Umfeld einem sozialen Druck in Form von Gerede ausgesetzt. Außerdem spielt auch die Scham des / der Pflegebedürftigen, sich vor „Fremden“ entblößen zu müssen und ggf. seine körperliche Versehrtheit zu zeigen, bei der Entscheidung für eine Pflege ausschließlich innerhalb der Familie eine große Rolle.

Fallbeispiel Familie Pia:

Der Familienvater wanderte Mitte der 60er Jahre aus einer ländlichen Region in Ost-anatolien nach Deutschland ein. Er ist Teil einer religiösen Priesterfamilie, die als geistig-spiritueller Vorbild in der Glaubensgemeinschaft gilt. Die Familienmutter pendelte zunächst zwischen Berlin und ihrem Herkunftsdorf. Insgesamt werden fünf Kinder geboren; davon ist nur das älteste Kind männlich. Der Vater arbeitete im Gartenbau, die Mutter als Raumpflegerin und als Hausfrau. Ende der 90er Jahre wurde der Vater pflegebedürftig und frühverrentet. Die Pflege des zum größten Teil gelähmten Familienvaters wird von seiner Frau, seinen drei Töchtern und seinem Sohn in Berlin übernommen. Der Familie gelang es, sich aus der Praxis heraus entsprechende pflegerische Kompetenzen anzueignen. Sie war darin weitgehend auf sich alleine gestellt und nahm keine Beratung in Anspruch. Der Vater erhält zuhause Physio- und Ergotherapie; dabei wird bewusst auf türkischsprachige Anbieter verzichtet, da mit diesen schlechte Erfahrungen gemacht wurden (z.B. in Sachen Pünktlichkeit, Sorgfalt und Erfahrung). Die Pflege des Familienvaters ist inzwischen durch genaue Planung und Arbeitsteilung zu einer Routine für die pflegenden Angehörigen geworden. Der Sohn, der neben der Mutter als einziges männliches Kind wegen des Wunsches nach gleichgeschlechtlicher Pflege die Hauptverantwortung für die Pflege des Vaters hat und diese von montags bis samstags jeweils am Vormittag übernimmt, nimmt die Pflege des Vaters für sich nunmehr so an, als wenn er als Pfleger zur Arbeit gehen würde. Damit gelingt es ihm, eine Distanz zwischen der Pflege seines Vaters und seinem Privatleben zu schaffen. Zuvor hatte ihn die Pflege körperlich und seelisch zu sehr belastet, so dass er ein Burnout erlitten hatte, von dem er sich erst nach entsprechenden Reha-Maßnahmen erholte.

Typ 4: Alleinstehende Senior/innen sind auf professionelle Unterstützungen angewiesen, wenn sich nicht auf belastbare familiäre oder soziale Netzwerke zurückgreifen können.

Alleinstehende Senior/innen, deren Ehepartner/innen bereits verstorben sind, die getrennt leben oder ledig sind und die weder in Berlin noch in der Türkei auf belastbare familiäre und verwandtschaftliche Strukturen und Netzwerke zurückgreifen können, stehen angesichts ihrer eigenen Pflegebedürftigkeit vor besonderen Herausforderungen. Sie sind auf professionelle Angebote angewiesen, die sie nur im Umfang der ihnen zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel nutzen können. Da sie als Arbeitsmigrant/innen der ersten Generation nicht selten gering bezahlte berufliche Tätigkeiten ausgeübt haben, erhalten sie nur eine niedrige Rente. Auch können sie die Grenzen des vorhandenen Versorgungssystems nicht oder nur im geringen Maße durch familiäre Unterstützung ausgleichen und geraten in Gefahr, sozial zu vereinsamen und nicht ausreichend versorgt zu werden. Hier spielen zur Unterstützung soziale Netzwerke und soziale Treffpunkte eine große Rolle; dazu zählen sowohl informelle Orte wie beispielsweise Cafés und Bistros und Angebote der Altenhilfe wie Seniorentreffs in Begegnungsstätten und Nachbarschaftszentren. Bei letzteren können jedoch Informationsdefizite die Inanspruchnahme verhindern.

Fallbeispiel Herr Foter:

Der heute 80-jährige Herr Foter kam 1970 nach Berlin; seine Ehefrau und seine drei Söhne blieben jedoch in der Türkei und migrierten nicht nach Deutschland. Herr Foter hat in Deutschland viele schwere gesundheitsschädigende berufliche Tätigkeiten ausgeübt, so dass er aus gesundheitlichen Gründen in Frührente gehen musste und aufgrund der geringen Rentenansprüche nun heute an der Armutsgrenze lebt. Herr Foter bezieht als Rentner mit Schwerbehinderung Sozialhilfe; ihm wurde die Pflegestufe I zuerkannt. Über die Möglichkeit, Pflegegeld zu beziehen, wusste er allerdings bis zum Zeitpunkt des Interviews nichts; der türkischsprachige Interviewer informierte ihn im Zuge des Interviews über seine Rechte und möglichen Ansprüche. Herr Foter hat zwar Bekannte und Verwandte, die in seiner Nachbarschaft leben, die ihn jedoch nicht praktisch bei seiner Lebensführung unterstützen (können). Er sucht jedoch regelmäßig eine türkischsprachige Bäckerei auf. Zwar hat Herr Foter noch Kontakt zu seiner Familie in der Türkei; seine Frau lebt jedoch selbst in prekären finanziellen Verhältnissen in einem Dorf bei der Familie des jüngsten arbeitslosen Sohns. Eine Rückkehr in die Türkei ist aus finanziellen Gründen nicht möglich; außerdem ist zu vermuten, dass er sich inzwischen von seiner Familie entfremdet hat. Bis vor kurzem nutzte er die häusliche Pflege durch verschiedene türkischsprachige Pflegedienste. Weil er mit der Qualität der Unterstützungsleistungen nicht zufrieden war, engagierte er eine turkmenischsprachige Hauspflegerin, die ihn ab und zu im Rahmen seiner begrenzten finanziellen Mittel bei der Haushaltsführung unterstützt. Seine prekäre Situation ist durch Armut, Krankheit, Isolation, Einsamkeit und Entfremdung in der Migration gekennzeichnet. Kenntnisse von Versorgungsstrukturen, von Pflege- und Sozialberatung, von türkischsprachigen Seniorentreffs und Seniorenfreizeiteinrichtungen fehlen ihm nahezu vollständig und haben zu seiner sozial und gesundheitlich prekären Lage beigetragen.

Die zusammenfassende Analyse der Pflegesituation zeigt, dass eine zufriedenstellende Pflege in hohem Maße davon abhängig ist, welche Ressourcen bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen vorhanden sind.

Zu den relevanten Ressourcen, die für die Pflege genutzt werden, gehören erstens ökonomische Ressourcen, mit denen die Pflege finanziert wird (wie z.B. die Höhe von staatlicher Rente und Betriebsrente, die Einstufung des Pflegebedarfs, die finanziellen Mittel innerhalb der Familie und eventuell das Vorhandensein von Immobilien). Eine zweite wichtige Ressource stellen die sozialen Beziehungen dar, also die Unterstützung durch pflegende Angehörige (auch transnational) und durch weitere soziale Netzwerke (z.B. Nachbar/innen). Und drittens spielt auch der Bildungshintergrund und insbesondere die Sprachkompetenz eine Rolle, die den Zugang zu Informationen und Beratungsangeboten ermöglichen, die in der Regel auf eine deutschsprachige Zielgruppe (s. Ausführungen unter „Beratung und Information“) zugeschnitten sind. Dabei ist nicht nur der Bildungshintergrund der Senior/innen von Bedeutung, sondern auch der der Kinder.

Familie als Ressource versus Belastung von pflegenden Angehörigen

Die Pflege innerhalb der familiären Strukturen und ggf. weiterer sozialer Netzwerke wie Nachbar/innen ermöglicht es den pflegebedürftigen Menschen, möglichst lange im vertrauten häuslichen Umfeld in Berlin oder auch in der Türkei zu verweilen.

Pflegende Angehörige benötigen psychosoziale Unterstützung.

Gleichzeitig bedeutet dies aber auch eine enorm starke Belastung der pflegenden Angehörigen, die sich jedoch aufgrund einer größeren Geschwisterzahl häufig auf mehrere Schultern verteilt. Gleichwohl werden einzelne Angehörige so stark belastet, dass sie sich zunehmend aus ihrem Beruf zurückziehen, um für ihre Eltern dazu sein. Ein pflegender Angehöriger berichtet von einem Burnout infolge der starken seelischen Belastung. Er wünscht sich spezielle soziale, kulturelle und sportliche Freizeitangebote, die besonders auf die Situation von Pflegebedürftigen und ihren pflegenden Angehörigen ausgerichtet sind, um sich auszutauschen und sich gegenseitig zu stärken.

Die Familien kämpfen mit Schwierigkeiten bei der Finanzierung der häuslichen Pflege und prekären sozialen Lagen.

Als ein gravierendes Problem wird die Unverhältnismäßigkeit zwischen dem, was die Familie für die Pflege des Familienangehörigen leistet, und dem, was an Geldleistungen von der Pflegekasse für die Pflege in der Familie gezahlt wird, beschrieben. Angehörige wünschen sich ein Grundpflegegeld für pflegende Angehörige, um eine Pflege zu Hause in der Familie optimal zu gewährleisten und den Lebensunterhalt der pflegenden Angehörigen bzw. den ihrer eigenen Familie abzusichern. Das vorhandene Pflegegeld, das an die Pflegebedürftigen ausgezahlt wird und nicht an die Angehörigen, wird nicht als ausreichend angesehen.

Das gilt auch für die Inanspruchnahme von ambulanten Pflegediensten oder die Finanzierung von weiteren professionellen Angeboten. Da viele der Pflegebedürftigen aus der ersten Einwanderergeneration nur geringe Einkommen erzielt haben, verfügen sie nur über geringe Renten und können die Lücken der Pflegeversicherung kaum durch zusätzliche Mittel ausgleichen. Insbesondere alleinstehende Rentner/innen befinden sich nicht selten in prekären sozialen Lagen. Zudem wird mehrfach von den Befragten kritisiert, dass sämtliche Pflegeleistungen von der Pflegekasse bei einer Pflege im Ausland, in dem Falle in der Türkei, ausbleiben. Eine zeitweise Pflege in der Türkei bringt pflegenden Angehörigen vor Ort eine große Entlastung und kann deren Überforderung verhindern, wie die Interviews zeigten.

Fehlende zufriedenstellende stationäre und teilstationäre Angebote erzeugen ein Gefühl der Ohnmacht bei den Angehörigen.

Andere Angehörige sind so stark in den eigenen Beruf und / oder die Betreuung der eigenen Kinder eingebunden, dass eine Pflege nur noch mit professioneller Hilfe zu bewältigen ist; sie wollen aber aufgrund der engen emotionalen Bindung und ihres Verantwortungsbewusstseins die Pflege ihrer Eltern nicht komplett in die Hände Dritter geben. Sie stecken in einem angespannten Dilemma, aus dem sie einen Ausweg suchen. Häufig sind sie verzweifelt, weil sie keine für sich und die Eltern zufriedenstellenden stationären Angebote finden können und das Angebot an muttersprachlichen betreuten Wohngemeinschaften noch zu gering und die Wartelisten dementsprechend lang sind.

Ein Rentner beschreibt, dass er am meisten mit einem Gefühl der Ohnmacht und Hilflosigkeit zu kämpfen hat, weil er seiner inzwischen verstorbenen Ehefrau keine würdevolle Pflege gewährleisten konnte. Er hätte gerne die pflegebedürftige Ehefrau mit Demenz in vertrauensvolle und kompetente Hände übergeben, weil er sie selbst aufgrund eigener Gebrechlichkeit nicht mehr betreuen konnte. Ihm fehlte aber das ausreichende Wissen zur Pflege in der als fremd empfundenen Großstadt Berlin und das Wissen über das Vorhandensein kultursensibler muttersprachlicher stationärer Angebote.

Beratung und Information: Barrieren und Ressourcen

Die Interviewpartner/innen wurden gefragt, ob sie bzw. ihre Angehörigen sich hinsichtlich ihrer Pflegeansprüche und ihrer Pflegesituation haben beraten lassen, inwiefern ihnen die Angebotsstruktur in Berlin bekannt ist und wo sie sich informiert haben.

Der Informationsstand ist abhängig vom Bildungsstand und / oder der beruflichen Qualifikation der Angehörigen.

Da die Kinder und manchmal auch die Enkelkinder eine große Rolle bei der Pflege spielen, sind es oftmals die Angehörigen, die das Einholen von Informationen und die Antragstellung erledigen. Wie gut diese informiert sind, hängt nicht zuletzt von ihrem Bildungsstand und ihrer beruflichen Qualifikation ab. So waren unter den Befragten drei Angehörige nach eigener Einschätzung gut über die Leistungsansprüche ihrer pflegebedürftigen Eltern und über die vorhandene Angebotsstruktur informiert. Sie hatten studiert, verfügten über medizinische Kenntnisse oder arbeiteten im sozialen Bereich.

Pflegestützpunkte sind fast gänzlich unbekannt; es liegt aber eine sehr positive Beratungserfahrung bei einem Pflegestützpunkt vor.

Unter den befragten neun Personen war nur ein einziger Interviewpartner, der um das Beratungsangebot der Pflegestützpunkte wusste und dieses auch in Anspruch genommen hatte. Der pflegende Sohn war durch einen Flyer auf das Beratungsangebot aufmerksam geworden. Er hatte bereits vorher aktiv zum Krankheitsbild der Demenz recherchiert und entsprechende Angebote gesucht. Insgesamt suchte er drei- oder viermal den Kreuzberger Pflegestützpunkt auf und wurde dort sehr gut beraten. Dabei ging es ihm nicht nur um sachliche Beratung, sondern um eine Reflexion der Pflegesituation der Eltern, um die Organisation der Pflege und um psychosoziale Unterstützung aufgrund der starken psychischen Belastung durch die Demenzerkrankung der Eltern. Die Beraterin hat sich viel Zeit für ihn genommen, war sehr empathisch, entgegenkommend, sensibel und sehr gut informiert. Die Beratung konnte so bei der Entscheidung für die Wahl eines bedarfsgerechten professionellen Angebots unterstützend wirken und hatte gleichzeitig einen entlastenden Effekt, weil der pflegende Sohn sich sehr gut in seiner psychischen Situation aufgefangen fühlte. Positiv auf die Beratung wirkte sich auch die Zusatzausbildung der Beraterin als Mediatorin aus. Thema der Beratung war auch die Unterstützung bei der Frage, wie der Sohn sich als Angehöriger an der Einrichtung, für die sich die Familie in Folge der ersten Beratungssitzungen entschied, beteiligen kann und wie die Einrichtung eines Pflegebeirats umgesetzt werden könnte.

Es werden vorrangig muttersprachliche Medien und soziale Netzwerke als Informationsquellen für (muttersprachliche) Angebote genutzt.

Alle anderen Befragten gaben an, von dem Beratungsangebot der Pflegestützpunkte noch nichts gehört zu haben. Sie nutzten andere Quellen, um sich über vorhandene Angebote zu informieren. Kenntnisse über ambulante Pflegeangebote erhielten sie vor allem über türkischsprachige Medien (Fernsehen, Radio, Magazine) sowie durch die Gespräche mit Freunden, Bekannten und Verwandten, von denen sie auch unterstützende Hinweise und Tipps erhielten. Dies betrifft allerdings vor allem türkischsprachige Angebote.

Weiterhin wurden von den pflegebedürftigen Senior/innen selbst oder von ihren Ehepartner/innen türkischsprachige Seniorentreffs in Nachbarschaftshäusern oder Seniorenfreizeiteinrichtungen als wichtige Orte der Information und Beratung genannt. So berichtet Herr Pehlivan, dass er sehr froh über die Beratungsangebote (Rechts- und Gesundheitsberatung) in den Seniorentreffs ist, die er regelmäßig aufsucht. Er selbst überlässt die Beantragung von Leistungsansprüchen und die Bearbeitung von behördlicher Korrespondenz jedoch seinen Kindern, weil sie sich damit besser auskennen als er.

Die Bedeutung von informellen Orten als Informationsbörsen und Orten der Unterstützung und des Austauschs ist hoch.

Von den pflegebedürftigen Senior/innen selbst wurden auch informelle Orte wie eine türkischsprachige Bäckerei und ein türkischsprachiges Bistro als wichtige soziale Treffpunkte und Informationsbörsen genannt. So berichtet die schwerbehinderte Rentnerin Frau Alyanak, dass für sie die sozialen Kontakte in einem Bistro eine große Hilfe sind. Der regelmäßige Besuch des Bistros verhindert nicht nur die soziale Isolation. Hier erfährt sie auch im Austausch mit anderen Rentner/innen, wie diese ihren Alltag bewältigen. Dabei stärken und unterstützen sie sich gegenseitig bei der Bewältigung ihrer alltäglichen Probleme. Frau Alyanak erfuhr hier z.B., wo sie einen guten Orthopäden oder Physiotherapeuten wegen ihres gebrochenen Arms finden kann.

Die Kenntnisse von Versorgungsstrukturen sind nicht ausreichend.

In den Interviews zeigte sich, dass viele Befragte, insbesondere die befragten Senior/innen, aber auch ein Teil der befragten Angehörigen, eher geringe Kenntnisse der grundsätzlichen Versorgungsstrukturen und ihrer bestehenden Rechtsansprüche haben. So wusste ein Rentner mit Pflegestufe I, der aufgrund von Unzufriedenheit mit mehreren türkischsprachigen ambulanten Pflegediensten eine Haushaltshilfe privat bezahlte, nicht über die Möglichkeit des Pflegegeldes Bescheid. Dem pflegebedürftigen Senioren fehlte eine umfangreiche Rechts-, Sozial- und Gesundheitsberatung und Kenntnisse über türkischsprachige Seniorenfreizeiteinrichtungen. Das fehlende Wissen um Angebots- und Versorgungsstrukturen trug zu seiner sozial und gesundheitlich prekären Lage bei. Einer der befragten pflegenden Angehörigen war sich der Möglichkeit der Höherstufung der Pflegebedürftigkeit seines Vaters nicht bewusst und wurde erst durch den Interviewer mit der Möglichkeit und den sich daraus ergebenden Leistungsansprüchen konfrontiert.

Es bestehen bürokratische und sprachliche Barrieren bei der Inanspruchnahme von Beratungsangeboten und Versorgungsleistungen und ein fehlendes Vertrauen in Institutionen.

Welche Barrieren bei der Inanspruchnahme von Beratungsangeboten und Versorgungsleistungen bestehen, zeigt auch das folgende Beispiel:

Fallbeispiel:

Frau Alyanak lebt alleine. Sie nutzt keine Angebote zur Beratung und Information – zum einen, weil sie diese gar nicht kennt, zum anderen, weil es ihr zu zeitaufwendig und kompliziert erscheint, diese ausfindig zu machen und aufzusuchen. Ihrer Erfahrung nach ist die Hürde zu groß und es zu aufwendig, dort eine geeignete und vertrauensvolle Person zu finden, um das eigene Anliegen zu schildern und eine unkomplizierte Lösung zu finden. Daher hat Frau Alyanak keinen Antrag auf Pflegeleistungen bei der Pflegekasse und Hilfe zur Pflege beim Sozialamt, auf Wohngeld oder auf einen Schwerbehindertenausweis beim Versorgungsamt gestellt. Sie begründet dies darin, dass sie einfach ämtermüde ist und unabhängig sein möchte von solchen Hilfen. Es gibt sprachliche und formale Hürden bei der Antragsstellung, so dass es viel Wissen, Überwindung, Zeit und Geduld kostet, um einen Erfolg versprechenden Antrag zu stellen, meist mit der Befürchtung, dass diese Anträge doch wieder abgelehnt werden. Dies weiß sie aus eigener Erfahrung und von der Erfahrung anderer und ist all dessen überdrüssig geworden. Innerlich hat sich bei ihr eine widerständige und ablehnende Haltung gegenüber Verwaltungen, Behörden und Versicherungen entwickelt. Sie zieht es lieber vor, nichts mit all diesen Institutionen zu tun haben zu müssen und so ihre Ruhe zu haben. Dass sie

bestimmte Ansprüche hätte, weiß sie zwar aus ihrem sozialen Umfeld. Bei Beratungsstellen war sie bisher aber aus den genannten Gründen noch nie – die Institutionen waren jedoch auch noch nie bei ihr. Sie kann noch weitgehend für sich selbst sorgen, kommt mit ihrer geringen Rente gerade so über die Runden und wird bei Bedarf von ihren Kindern und Enkelkindern unterstützt.

Das Beispiel zeigt, dass neben bürokratischen und sprachlichen Hürden das Problem vor allem darin liegen kann, dass kein Vertrauen in Verwaltungsstrukturen und Beratungsinstitutionen besteht – aus der Befürchtung oder auch aus der Erfahrung heraus, dort nicht unkompliziert und einfühlsam unterstützt zu werden. Daraus ergibt sich eine stolze Haltung bezüglich der Inanspruchnahme von möglichen Unterstützungsangeboten und der Durchsetzung von Rechtsansprüchen. Auch eine andere Rentnerin berichtet davon, dass sie im Moment lieber keine Angebote in Anspruch nehmen möchte, da die Pflege des Ehemannes ausreichend ist. Dabei verzichtet sie lieber auf mögliche Ansprüche, wie z.B. auf eine mögliche Höherstufung ihres Pflegebedarfs. Ihr sind die formalen Hürden zu hoch und das Procedere zu anstrengend und zu lästig.

Die Anerkennung von Leistungsansprüchen erfordert Geduld und Hartnäckigkeit.

In anderen Fällen spielt der Kampf um Anerkennung der aus Sicht der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen adäquaten Pflegestufe eine große Rolle. So berichtet der palästinensische Interviewpartner aus einem der Gruppeninterviews, dass der Gutachter sich nur zehn Minuten Zeit genommen hätte, um seinen Zustand zu begutachten. Die ihm zugemessene Pflegestufe I mit entsprechender Pflegezeit empfindet der über 70-jährige Invalide mit Arm- und Beinprothese als nicht ausreichend. Familie Rüya beschreibt, dass der Medizinische Dienst lange die Höherstufung der Pflegeleistungen für den demenzkranken Vater verweigerte und dass es erst durch die Ansammlung von Fachwissen aus Büchern, Broschüren und dem Internet sowie durch die Unterstützung eines Pflegestützpunktes gelang, eine Höherstufung zu erreichen. Dies erforderte viel Geduld und Hartnäckigkeit, das Beharren auf den Ansprüchen und den Widerspruch auf Ablehnungsbescheide.

Zusammenfassung der Barrieren und Ressourcen

Zusammenfassend lässt sich formulieren, dass das umfangreiche Beratungsangebot der Pflegestützpunkte die befragte Zielgruppe nicht erreichte. Zum Teil fehlen bei den Befragten Kenntnisse der Versorgungsstrukturen und der Rechtsansprüche. Gleichzeitig werden aber auch bestimmte Ressourcen deutlich. Diese werden hier zusammenfassend dargestellt:

Barrieren

- Fehlende Lebenswelt bezogenen Informationskanäle in Bezug auf die (nicht-muttersprachige) Angebotsstruktur und die Versorgungsansprüche
- Bürokratische bzw. formale Schwierigkeiten bei der Antragstellung
- Kampf um Anerkennung der aus Sicht der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen adäquaten Pflegestufe
- Schlechte Erfahrungen mit und / oder Misstrauen gegenüber Behörden und Institutionen
- Stolz bzw. Widerständigkeit bezüglich der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten oder Durchsetzung von Ansprüchen
- Sprachschwierigkeiten bei den pflegebedürftigen Senior/innen der ersten Einwanderungsgeneration bzgl. der Inanspruchnahme von Informations- und Beratungsangeboten

Ressourcen

- Unterstützung durch gut ausgebildete Angehörige der zweiten Migrationisgeneration mit hohem Bildungsstand und / oder entsprechender beruflicher Qualifikation
- Muttersprachliche Seniorentreffs in Nachbarschaftshäusern und Seniorenfreizeiteinrichtungen als wichtige Orte der Prävention und Information
- Informelle Orte (wie Bistro, Bäckerei) und Anlaufstellen (wie Ärzt/innen und Physiotherapeut/innen) als Informationsbörsen und Orte des Austauschs
- Wissen innerhalb der Community über Verwandte, Freunde und soziale Netzwerke
- Türkischsprachige Medien (Fernsehen, Radio, Zeitung) als wichtige Informationsquellen

Auswahlkriterien für bestehende professionelle Unterstützungsangebote

Für die Wahl der Pflegeangebote bestehen unterschiedliche Auswahlkriterien. Zunächst ist festzuhalten, dass alle Befragten Senior/innen die häusliche Pflege durch Angehörige (Kinder oder Ehepartner/in), unter Umständen unterstützt durch professionelle ambulante Dienstleistungen, einem stationären Angebot vorziehen. Professionelle Pflegeangebote werden erst dann in Anspruch genommen, wenn die häusliche Pflege ausschließlich durch Angehörige nicht mehr bewältigt werden kann. Die Ausnahme bilden alleinstehende Senior/innen ohne belastbare familiäre Netzwerke vor Ort, die aus diesem Grunde direkt auf ambulante Pflegedienstleistungen zurückgreifen müssen.

Muttersprachlichkeit der Pflegeangebote ist für die erste Einwanderungsgeneration ein sehr wichtiges Auswahlkriterium: Sprache ist Mittel der Verständigung und Vertrautheit.

Bei allen Befragten ist die Muttersprachlichkeit des Angebots ein äußerst wichtiges Kriterium, in fast allen Fällen sogar der erste Filter, nach dem die Angebote ausgesucht wurden. Es gab einige Befragte, die türkischsprachige ambulante Pflegedienste engagierten, ohne überhaupt deutschsprachige Angebote in Betracht zu ziehen, obwohl sie unzufrieden mit den bestehenden türkischsprachigen Angeboten waren und mehrfach die Anbieter gewechselt hatten. Ein Grund sind hier zum einen tatsächliche Verständigungsschwierigkeiten, zum anderen aber auch das Gefühl der Vertrautheit, das mit der Verständigung in der Muttersprache verbunden ist. Andere entschieden sich zwar nicht im Pflege-, aber im medizinisch-therapeutischen Bereich für deutschsprachige Anbieter/innen bzw. Ärzt/innen, weil sie hier eine bessere Qualität erwarteten und / oder erfahren haben. Für die Bedeutung der Muttersprachlichkeit des Angebots ist u.a. entscheidend, wie selbstverständlich sich die pflegebedürftige Person in einer deutschsprachigen Umgebung heimisch fühlt und welche Sprachkenntnisse die Person hat. Außerdem ist entscheidend, welcher Art die Pflegebedürftigkeit ist. So gilt für Menschen mit Demenzerkrankungen, dass bei stetigem Gedächtnisverlust zumeist lediglich Erfahrungen und das Wissen aus der Zeit der Kindheit und Jugend in Erinnerung bleiben und die deutsche Sprache, die meist als Zweit- oder Drittsprache erlernt wurde, nach und nach vollständig verloren geht.

Die Muttersprachlichkeit eines Angebots garantiert noch keine kultursensible Pflege.

Mit der Auswahl eines muttersprachlichen Angebots ist die Erwartung einer kultursensiblen Pflege verbunden – im Sinne einer bedarfs- und biografieorientierten Pflege, bei der der einzelne Mensch mit seinen spezifischen kulturellen, religiösen, sozialen etc. Bedürfnissen im Mittelpunkt steht und seine Selbstbestimmung gefördert bzw. berücksichtigt wird. Dies ist jedoch bei den muttersprachlichen Angeboten nicht automatisch gegeben, wie die noch zu schildernden Negativerfahrungen zeigen, sondern ist auch dort ein Frage der ganz konkreten Qualität des Angebots und der Fähigkeit der Pfleger/innen, auf den einzelnen Menschen lebenswelt- und biografiebezogen einzugehen.

Neben der Muttersprachlichkeit des Angebots wurden Kriterien genannt, die sich insgesamt mit den Kategorien ‚Qualität des Angebots‘ und ‚Kompetenz des Pflegepersonals‘ zusammenfassen lassen. Hier alle genannten Kriterien im Überblick:

- Muttersprachlichkeit des Angebots
- Zuverlässigkeit, fachliche Erfahrung und Vertrauenswürdigkeit des Angebots
- Gewissenhaftigkeit, Genauigkeit und Pünktlichkeit der Pflegekräfte
- Sorgsamkeit, Empathie und Sensibilität für die biografische und lebensweltliche Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen
- Berücksichtigung von sozialen, kulturellen und religiösen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen (z.B. Ernährungsgewohnheiten, religiöse Vorschriften, Feste und Feiern)
- Förderung der Autonomie und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen
- Gute Erreichbarkeit des stationären Angebots für die Angehörigen

Erfahrungen mit ambulanten und teilstationären Angeboten

Viele der Befragten nutzten ambulante Pflegeangebote, um die häusliche Pflege zu unterstützen, sobald die Belastung der Angehörigen zu groß wurde und diese nicht mehr allein von den Angehörigen getragen werden konnte. Auffällig ist, dass alle diejenigen, die ambulante Pflegedienste nutzen, türkischsprachige Pflegedienste ausgewählt haben. Unter den Befragten der Gruppeninterviews gibt es Befragte, die auch von der Unterstützung durch Pfleger/innen unterschiedlicher Herkunftssprache berichten und die offensichtlich interkulturell aufgestellte Pflegedienste in Anspruch nehmen. Auch hier berichtet eine Senior/in, dass sie ihren Pflegedienst gebeten hatte, nur noch türkischsprachige Pfleger/innen einzusetzen, weil sie sich mit diesen besser verständigen kann, was der Pflegedienst daraufhin möglich machte. Ein marokkanischer Rentner erzählt, dass er ebenfalls aus Gründen der Verständigung am liebsten von arabischsprachigen Pfleger/innen unterstützt wird; dies ist jedoch nicht immer möglich. Bei der Nutzung eines deutsch-türkischen Tagespflegedienstes wird von einer pflegebedürftigen Senior/in hervorgehoben, dass dort für die türkischsprachigen Bewohner/innen türkisch gekocht wurde.

Aufgrund von Unzufriedenheit mit der Qualität der ambulanten Pflege kommt es zu häufigen Anbieterwechseln.

Insgesamt ist weiterhin zu verzeichnen, dass es sehr viel Unzufriedenheit mit den genutzten Pflegediensten gibt, so dass es häufig zu Anbieterwechseln kommt. Beispielsweise hatte Herr Foter insgesamt vier türkischsprachige Pflegedienste ausprobiert, hat aber inzwischen kein Vertrauen mehr in das Angebot und bezahlt privat ab und zu eine turkmenische Haushaltshilfe. Er kritisiert, dass die Pfleger/innen nur halbherzig und gestresst ihre Arbeit machten, unzuverlässig und unpünktlich waren und ihn unhöflich behandelten. Seinem Eindruck nach dominiert im Pflegebereich die Profitgier (er spricht im Interview von einer „Zocker- und Betrügermentalität“). *Er selbst befand sich im Rechtsstreit mit einem Pflegedienstanbieter, dem er fingierte Rechnungen vorwarf.*

Auch Familie Diyar wechselte mehrfach den türkischsprachigen Pflegedienst, weil sie unzufrieden mit den Dienstleitungen war. Die Tochter kritisiert, dass Pflegeleistungen nur unzureichend und oberflächlich erbracht wurden, Dienstzeiten nicht eingehalten wurden und der Umgangston unfreundlich und schroff war. Sie betont darüber hinaus auch die mangelnde fachliche Qualifikation der Pfleger/innen, die keine Erfahrungen mit Menschen mit Demenz hatten und deshalb auch nicht einfühlsam und verständnisvoll mit ihrer Mutter umgehen konnten. Im Unterschied dazu zeigte sich die Tochter von Frau Diyar sehr zufrieden mit einem türkischsprachigen Tagespflegedienst; die Mutter fühlte sich dort sehr wohl und angenommen und ging gerne dorthin.

Interessant ist hier als kontrastierende Gegenüberstellung jedoch auch die Perspektive eines interviewten interkulturellen ambulanten Pflegedienstanbieters (vgl. Auswertung der Experteninterviews), der im Gespräch darauf hinwies, dass Pflegebedürftige und ihre Angehörigen häufig überzogene Vorstellungen von dem haben, was ein Pflegedienst realistisch leisten kann. Die Interviewpartnerin führt aus, dass Angehörige die Pflegedienste schnell kündigen, sobald die Palette der aus ihrer Sicht nicht leistbaren Erwartungen nicht erfüllt wird.

Die Rahmenbedingungen für die zu erbringenden Dienstleistungen entsprechen nicht dem tatsächlichen Pflegebedarf.

Auch weitere Interviewpartner/innen berichten von nur unzureichend erbrachten Dienstleistungen. Dies wird aber nicht nur auf die Anbieter selbst zurückgeführt, sondern auch auf die schlechten Rahmenbedingungen, in denen die Pfleger/innen ihre Arbeit erbringen müssen, und auf den begrenzten Umfang der durch die Pflegekasse finanzierten Leistungen. So berichtet Herr Pehlivan, der seine Frau pflegte, die inzwischen verstorben ist, dass die ambulante Pflege zwar eine Entlastung brachte, aber keine bedarfsgerechte Rundumpflege, da der Pflegebedarf größer war als die zur Verfügung stehende Pflegezeit. Der Sohn von Frau Hüryan kritisiert, dass die Pfleger/innen ihre Arbeit wie am Fließband machen müssen und die von den Pflegestufen abhängigen Leistungskomplexe in knapp bemessenen Zeiten kaum erfüllen können. Das führt seiner Erfahrung nach dazu, dass diese durch „Tricksen“ Zeit sparen, indem z.B. bei der Reinigung der Wohnung nicht auf hygienische Standards geachtet wird oder indem nicht pünktlich mit der Arbeit begonnen wird, weil vermutlich die Pflege des vorhergehenden Klienten mehr Zeit in Anspruch genommen hat, als abgerechnet werden kann, und dies nun auf Kosten des Folgeklienten geht.

Es fehlt fachlich kompetentes, ausreichend qualifiziertes muttersprachliches Pflegepersonal, insbesondere für Menschen mit Demenz.

Ein großes Problem ist nach Ansicht der Interviewpartner/innen die schon am Beispiel von Familie Diyar geschilderte Kritik an der fehlenden fachlichen Kompetenz des Pflegepersonals, insbesondere für Menschen mit Demenzerkrankung. So führt der Sohn von Frau Hüryan aus, der mehrfach die ambulanten türkischsprachigen Pflegedienstanbieter wechselte, dass die Pfleger/innen dieser Anbieter meist nicht über eine qualifizierte Ausbildung verfügten. Aufgrund von Fachkräftemangel beschäftigen die Anbieter nicht ausschließlich ausgebildete Altenpfleger/innen oder Krankenpfleger/innen, sondern auch Menschen, die über die Jobcenter eine Kurzausbildung als Altenhelfer/innen absolviert haben. Entsprechend fehlen Kompetenz und Erfahrung.

Zusammenfassung der Erfahrungen mit den ambulanten und teilstationären Angeboten

Im Folgenden werden die von den Interviewpartner/innen angesprochenen Schwierigkeiten und Vorteile der muttersprachlichen Pflegedienste zusammengefasst:

Genannte positive Aspekte aus Sicht der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen:

- Muttersprachlichkeit vorhandener ambulanter und teilstationärer Angebote: Sprache als Mittel der Verständigung und Vertrautheit
- Berücksichtigung von kulturspezifischen Ernährungsgewohnheiten

Genannte Probleme und Schwierigkeiten aus Sicht der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen:

- Beschäftigung von nicht ausreichend qualifiziertem (muttersprachlichem) Fachpersonal, da aufgrund von Fachkräftemangel häufig Altenhelfer/innen anstatt Alten- oder Krankenpfleger/innen eingesetzt werden,
- fehlende Zusatzqualifizierung der Pfleger/innen für türkischsprachige Menschen mit Demenz,

- von den Pflegestufen abhängige, zu knapp bemessene finanzierte Pflegezeit, die nur durch familiäre Ressourcen aufgefangen werden kann,
- Diskrepanz zwischen der von der Pflegekasse bezahlten Pflegezeit und den vereinbarten Leistungen des ambulanten Pflegedienstes,
- gestresste Pfleger/innen, die „tricksen“, um das vereinbarte Soll zu erfüllen bzw. die Pflegeleistungen unzureichend erbringen,
- Unzuverlässigkeit, Unpünktlichkeit und Unhöflichkeit der Pflegekräfte,
- fehlende Einfühlsamkeit und Verständnis im Umgang mit dem Pflegebedürftigen, insbesondere bei Demenzerkrankung,
- fehlende Einhaltung von hygienischen Standards,
- Profitorientierung des Anbieters statt Konzentration auf das Wohlergehen und die speziellen individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen.

Erfahrungen mit ambulant betreuten Wohngemeinschaften

Nur eine befragte Familie, Familie Rüya, hat Erfahrungen mit einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft gemacht. Die hier geschilderten Einschätzungen beruhen also ausschließlich auf den Erfahrungen der genannten Familie. Die Angehörigen entschieden sich nach eingehender Recherche und Beratung im Pflegestützpunkt für die Unterbringung der demenzkranken Eltern in einer türkischsprachigen Wohngemeinschaft. Der Entscheidung gingen Besuche in den wenigen und meist überbuchten türkischsprachigen Wohngemeinschaften voraus.

In der Wohngemeinschaft ist ein umfassendes zweisprachiges Angebot vorhanden.

Bis auf die Ausnahme einer arabischsprachigen Pflegerin findet die Verständigung in der Wohngemeinschaft zwischen Pfleger/innen und Bewohner/innen zweisprachig, d.h. in türkischer und deutscher Sprache, statt. Auch alle weiteren Menschen, die sich um die Senior/innen kümmern bzw. diese behandeln, wie Pflegedienstleitung, Pflegekoordination, Hausarzt, Sozialarbeiter, Krankenpflegerin, Raumpflegerin, Köchin, Praktikant/innen, Azubis, Ergotherapeut/innen und Physiotherapeut/innen sprechen fast ausschließlich sowohl türkisch als auch deutsch, so dass eine fast komplette zweisprachige Infrastruktur vorhanden ist. Das erleichtert wesentlich die Verständigung im Sinne der WG-Bewohner/innen, die zumeist kaum Deutsch sprechen, zumal mit steigendem Alter und fortschreitender Demenz die Zweit- bzw. Drittsprache Deutsch zunehmend verloren geht.

Es werden individuelle, kulturelle und religiöse Bedürfnisse berücksichtigt.

Bei der Zubereitung des Essens und der Bereitstellung von Getränken werden zusätzlich zu den ärztlichen Ernährungsvorgaben insbesondere auf die individuellen und kulturellen Vorlieben und Gewohnheiten sowie religiösen Vorschriften der WG-Bewohner geachtet. Kulturelle und religiöse Festtage und Geburtstage der Bewohner/innen werden beachtet, wertgeschätzt und zumeist gefeiert, so z.B. das Opferfest. Gelegentlich wird bei schönem Wetter im Garten gegrillt. Die Zimmer der WG-Wohnung sind meist geräumig und hell; es gibt einen Gemeinschaftswohnraum sowie einen direkt vom Gemeinschaftsraum zugänglichen großen Gemeinschaftsgarten. Damit die WG-Bewohner/innen Abwechslung im Tagesablauf haben, besteht bei Bedarf an bestimmten Tagen in der Woche die Möglichkeit, zur Tagespflege gefahren zu werden.

Diesen genannten positiven Aspekten der Wohngemeinschaft, die sich im Wesentlichen auf Aspekte der kultursensiblen Pflege beziehen, werden negative Aspekte gegenübergestellt.

Es fehlen feste Bezugspersonen, eine ausreichende Qualifikation des Pflegepersonals und die Förderung des Dialogs unter den Bewohner/innen.

Das Pflegepersonal befindet sich (aufgrund von Krankheit, Urlaub, Kündigung, Schicht) häufig im Wechsel. Gerade für Menschen mit Demenz, die feste Bezugspersonen brauchen, ist diese Art der Pflege nicht angemessen.

Das Personal ist außerdem zum Teil nicht ausreichend qualifiziert, insbesondere wenn es sich um die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz handelt. Entsprechend fehlt es meist an erforderlichen Kompetenzen, um mit Menschen mit Demenz bewusst und sensibel umzugehen. Außerdem ist das Pflegepersonal allzu oft sehr überfordert und belastet und die vereinbarten und versprochenen Leistungen wurden nicht immer eingehalten.

Ein weiterer Problembereich ist, dass die WG-Bewohner/innen mit ihren unterschiedlichen Krankheitsbildern und Pflegebedarfen nicht zueinander passen; die Folge ist, dass Konflikte unter den WG-Bewohner/innen auftreten, wenig Geselligkeit und Dialog zustande kommt, Vereinsamung, geistig-körperlicher Abbau, Angst und Depressionen sich symptomatisch bemerkbar machen. Infolgedessen werden Bewohner/innen nicht selten medikamentös ruhig gestellt. Die Pflege in der WG wird nicht ausreichend durch soziale und kulturelle Aktivitäten ergänzt, da hierzu kein Konzept vorliegt.

Es wurde trotz Wunsch der Angehörigen bislang kein Bewohner- und Angehörigenbeirat eingerichtet.

Damit die WG-Bewohner/innen und ihre Angehörigen sich im Dialog gegenseitig unterstützen und stärken und ihre Interessen aktiv wahrnehmen können, wünscht sich Familie Rüya einen Bewohner- und Angehörigenbeirat. Dieser fehlt nach wie vor, obwohl dieser auf Anfrage von Familie Rüya vom Pflegedienst initiiert werden sollte.

Eine weitere befragte Familie hat zwar noch keine betreute Wohngemeinschaft in Anspruch genommen, kennt jedoch nach eigenen Angaben die Angebotspalette für türkischsprachige Senior/innen und ihre Angehörigen recht gut. Die Familie von Frau Diyar konnte keine passende türkischsprachige Wohngemeinschaft für Frau Diyar finden. Die Tochter kritisiert, dass die türkischsprachigen Wohngemeinschaften für Demenzkranke nicht immer türkischsprachige Pfleger/innen beschäftigen und nicht von türkischsprachigen Bewohner/innen bewohnt sind, was die Verständigung schwer macht. Außerdem beanstandet auch sie, dass den Pfleger/innen eine Zusatzqualifikation für die Pflege demenzkranker Bewohner/innen fehlt.

Zusammenfassung der Erfahrungen mit einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft

Die folgenden Erfahrungen beziehen sich, wie beschrieben, auf die Erfahrungen, die eine Familie mit der Nutzung einer Wohngemeinschaft machte.

Genannte positive Aspekte:

- das Vorhandensein einer umfangreichen zweisprachigen Infrastruktur (deutsch-türkisch), die Pflege- und Unterstützungsleistungen in der Muttersprache ermöglicht,
- die Berücksichtigung von individuellen, kulturellen und religiösen Ernährungsgewohnheiten,
- die Berücksichtigung von kulturellen und religiösen Feiern und Festtagen,
- die großzügigen und hellen Räumlichkeiten vor Ort, zu denen auch ein Garten gehört,
- die Möglichkeit für die Bewohner/innen, bei Bedarf ein Tagespflegeangebot in Anspruch zu nehmen, um Abwechslung im Alltag zu schaffen.

Genannte Probleme und Schwierigkeiten:

- fehlende feste Bezugspersonen aufgrund von häufigem Personalwechsel aufgrund von Krankheit, Urlaub, Schichtsystem und Kündigungen,
- fehlende fachliche Qualifikation für die Betreuung von Demenzkranken,
- Überforderung und zeitliche Überlastung des Personals,
- heterogene Zusammenstellung der Bewohner/innen in Bezug auf Krankheitsbilder und Pflegebedarfe,
- Konflikte zwischen den Bewohner/innen, Mangel an Geselligkeit und Dialog, Vereinsamung,

- nicht ausreichende soziale und kulturelle Aktivitäten aufgrund von fehlender Konzeption,
- fehlender Bewohner- und Angehörigenbeirat, damit diese ihre Interessen aktiv wahrnehmen können,
- lange Wartelisten bei vorhandenen muttersprachlichen Wohngemeinschaften aufgrund eines insgesamt unzureichenden Angebotes.

Erfahrungen mit stationären Einrichtungen

Es gibt unter den Befragten zwei Familien, die bereits Erfahrungen mit stationären Angeboten gesammelt haben. In beiden Fällen vermissten die Angehörigen eine interkulturelle Öffnung der in Anspruch genommenen stationären Angebote.

Fehlendes muttersprachliches Personal macht eine Verständigung zwischen Pfleger/innen und Pflegebedürftigen schwer bis unmöglich.

So berichtet Herr Pehlivan, dessen Frau unter anderem Kurzzeitpflege in unterschiedlichen Einrichtungen in Anspruch nahm, dass mit dem Personal eine sprachliche Verständigung meist kaum möglich war. Das lag einerseits daran, dass in diesen Einrichtungen das Personal zumeist Deutsch sprach und zum anderen Frau Pehlivan aufgrund ihrer fortgeschrittenen Demenz mit Verlust der deutschen Sprache sich gar nicht mehr auf Deutsch verständigen konnte. Zudem suchen Menschen mit Demenz in solchen für sie als fremd erlebten Einrichtungen in ihrem Umfeld, so z.B. bei Zimmernachbar/innen, sprachlich und kulturell vertraute Bezugspersonen, mit denen sie sich verstehen und verständigen könnten. Diese gab es jedoch nicht.

Auf die Vielfalt von pflegebedürftigen Senior/innen mit unterschiedlichen Sprachen, Ess- und Freizeitgewohnheiten, Medienkonsum, kulturellen Bezügen, religiösen Ritualen und Praxen sind die Heime in ihrem Pflegekonzept nicht eingestellt.

Aufgrund fehlender Verständigung und mangelndem Wissen des Personals über individuelle und kulturelle Gewohnheiten und Bedürfnisse konnte weder eine zufriedenstellende noch eine vertrauensvolle Pflegeatmosphäre im Sinne von Frau Pehlivan geschaffen werden. Herr Pehlivan nannte als Beispiel die unzureichende Hygiene im Intimbereich. Körperliche Hygiene ist dabei nicht nur ein gesundheitliches Erfordernis, sondern auch ein kulturelles und religiöses Reinheitsgebot, das auch im Alter und bei Kranken einzuhalten ist. Herr Pehlivan führte dies im Interview nicht näher aus. Es ist aber zu vermuten, dass es dabei um das Einhalten muslimischer Körperpflegegebote geht, nach der Muslime beispielsweise das in deutschen Krankenpflegegeschulen erlernte Waschen mit der Waschschüssel als unhygienisch und unrein empfinden. Die Körperpflege muss demnach unter fließendem Wasser stattfinden und alle Körperöffnungen müssen mit Wasser ausgespült werden. Dieser zusätzliche Zeitaufwand für die Reinigung nach religiösen Vorschriften wird von den Kostenträgern nicht berücksichtigt (Deta-Med 2013); allerdings war im Falle von Frau Pehlivan das Wissen darüber in der Einrichtung auch gar nicht vorhanden. Außerdem waren die Einrichtungen personell unterbesetzt. So hatte Herr Pehlivan seine Ehefrau des Öfteren eingenässt und verschmiert in ihrem eigenen Stuhl in ihrem Pflegebett finden müssen. Für Herrn Pehlivan waren diese Erfahrungen sehr beschämend. Er beschreibt ein Gefühl von Ohnmacht und Hilflosigkeit angesichts der Tatsache, dass er eine würdevolle Pflege für seine Frau nicht gewährleisten konnte.

Auch Familie Hüryan stand vor der Entscheidung einer stationären Unterbringung, da die häusliche Pflege nicht mehr möglich war. Sie entschieden sich gegen das (inzwischen nicht mehr existierende) türkischsprachige Pflegehaus, da über diese in ihrem sozialen Umfeld viele Negativverzahlungen kursierten. So wurde ihnen von Bekannten berichtet, dass das türkischsprachige Pflegehaus einem überfüllten Seniorentrakt gleichkäme, in dem schwerstkranke pflegebedürftige ältere Menschen mit vielfältigen Krankheitsbildern unter einem Dach unter meist

nicht ganz hygienischen Bedingungen und nicht selten im verwaorlosten Zustand in relativer Isolation untergebracht seien. Dass es in einem deutschsprachigen Pflegeheim besser zugehen würde und die Mutter dort besser aufgehoben wäre, hatten sich die Kinder gedacht oder zumindest erhofft.

Die Ausrichtung des Heims erfolgt auf die Zielgruppe deutschsprachige Senior/innen.

Das deutschsprachige Pflegeheim entsprach zwar im Großen und Ganzen den Pflegeerwartungen der Kinder; so war die Einrichtung sauber und ordentlich und das Personal war freundlich. Das Pflegeheim war jedoch lediglich auf die Zielgruppe von deutschen Senior/innen ausgerichtet, obwohl es sich in einem Innenstadtbezirk mit einem großen Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund befand. Auf die Vielfalt von potenziellen pflegebedürftigen Senior/innen mit unterschiedlichen Sprachen, Ess- und Freizeitgewohnheiten, Medienkonsum, kulturellen Bezügen, religiösen Ritualen und Praxen war das Heim in seinem Pflegekonzept nicht eingestellt. Die Mutter fühlte sich dort nicht wohl. Sie konnte sich weder mit dem deutschsprachigen Personal noch den deutschsprachigen Senior/innen verständigen und anfreunden. Sie fühlte sich dort eingeschlossen, fremd und isoliert. Nach kurzer Zeit verschlimmerte sich ihr Gemütszustand. Ihre Verwirrtheit und Orientierungslosigkeit nahm zu. Sie verließ sich im Haus, ihr Tag-Nacht-Rhythmus kam durcheinander, sie nahm keine Nahrung zu sich, lehnte die Medikamente ab und durchlebte Zustände der Aggression. Als ihr Zustand unhaltbar wurde, entschieden sich die Kinder dafür, die Pflege ihrer Mutter in die Türkei zu verlegen.

Zusammenfassung der Erfahrungen mit stationären Angeboten

Zusammenfassend werden hier die Erfahrungen der beiden Familien mit stationären Angeboten dargestellt. Hier wurden vor allem Probleme und Schwierigkeiten genannt, die sich auf die mangelnde interkulturelle Öffnung des Pflegeheims beziehen:

- Verständigungsschwierigkeiten zwischen Pfleger/innen und Pflegebedürftigen (und Ehepartner/innen) aufgrund von fehlendem zweisprachigem Personal,
- Vereinsamung der Pflegebedürftigen aufgrund von fehlenden Heimbewohner/innen mit der gleichen Muttersprache,
- fehlende Berücksichtigung von kulturellen und religiösen Reinheitsvorstellungen, beispielsweise in der Frage der Körperwaschung,
- fehlende Sensibilität für und Berücksichtigung von individuellen, kulturellen und religiösen Ess- und Freizeitgewohnheiten,
- unzureichende hygienische Versorgung der Pflegebedürftigen und Überlastung des Personals.

Wie sollte das optimale Angebot aussehen?

Das optimale Angebot besteht in einer Pflege im häuslichen Umfeld durch Familienangehörige, wenn nötig unterstützt durch professionelle ambulante Dienstleistungen.

Die Antworten auf die Frage nach dem optimalen Angebot zeigen, dass sich die Pflegebedürftigen (bzw. ihre Angehörigen) eine Betreuung, Pflege und Unterstützung im häuslichen Umfeld wünschen, weil das Zuhause ihnen einen vertrauten, familiären und weitgehend selbstbestimmten Rahmen bietet. Die Pflege zu Hause durch Familienangehörige sollte so lange wie möglich unterstützt und gestärkt werden.

Sollte die Pflege allein durch Familienangehörige oder soziale Unterstützungsnetzwerke nicht oder nicht mehr möglich sein, so sind ambulante Dienstleistungen zur Unterstützung gewünscht. Wichtig aus Sicht der Befragten sind muttersprachliche Angebote, die u.a. durch Zuverlässigkeit, Vertrauen, Ehrlichkeit und fachliche und interkulturelle Kompetenz in der Pflege gekennzeichnet sind, so dass die Würde und die Selbstbestimmung im Alter gewahrt bleiben. So kann sich beispielsweise Frau Alyanak nicht vorstellen, ihr familiäres Kiezumfeld zu verlassen und in eine betreute Seniorenwohnung umzuziehen. Sie will sich solange wie möglich fit halten und in ihrer Wohnung bleiben. Wenn sie allerdings noch stärker pflegebedürftig werden sollte, wird sie sich wohl der Pflege durch Dritte anvertrauen müssen.

Eine betreute Wohngemeinschaft sollte eine vertrauensvolle Atmosphäre schaffen, bei der die Bedürfnisse des einzelnen Menschen im Mittelpunkt stehen und ein soziales Miteinander möglich ist.

Ist eine Pflege zuhause nicht mehr möglich, so wird als Option ein ambulant betreutes Wohnen in einer Wohngemeinschaft genannt. Optimal wäre es beispielsweise für Frau Alyanak, dass sie bei einem Umzug in ein betreutes Wohnen möglichst kieznah unterkommt, um so ihre bestehenden Kontakte weiter aufrechterhalten zu können. Wichtig ist für sie, dass sie weiterhin autonom leben kann und nicht bevormundet und entmündigt wird. Sie möchte in solch einer Unterbringung nicht verkümmern und vereinsamen, sondern weiterhin sie selbst sein können und auch dort eine soziale Gemeinschaft finden und ihre Kontakte pflegen können.

Auch Frau Güleriyüz spricht davon, in eine betreute Wohngemeinschaft für pflegebedürftige Senior/innen zu gehen, wenn eine ambulante Pflege zuhause nicht mehr möglich sein sollte. Allerdings wäre dies ein Schritt, den sie nur notgedrungen gehen würde. Sie erwartet eine würdevolle und altersgerechte Versorgung eingebettet in einem sozialen Miteinander der Vertrautheit und Mitmenschlichkeit. Gleichzeitig legt sie auch viel Wert auf die Wahrung und den Schutz der Intimität und Individualität jeder einzelnen Person. Eine stationäre Pflege in einem Altenheim kommt für Frau Güleriyüz dagegen nicht in Frage, da dies ihrer Vorstellung nach einer Abschiebung, Isolation und dem Verlust ihrer Selbstbestimmung gleich kommen würde.

Die anderen Befragten äußern sich nicht zur Möglichkeit einer stationären Unterbringung im Heim. Es ist zu vermuten, dass diese Vorstellung nicht ihren Wünschen nach einem optimalen Angebot entspricht.

Forderungen, Wünsche und Visionen der Befragten bzgl. Pflegesystem und Versorgungsstrukturen

Die pflegebedürftigen Senior/innen bzw. ihre Angehörigen wurden danach gefragt, welche Forderungen sie an Politik, Verwaltung und Pflegekassen stellen und welche Wünsche bzw. Visionen sie haben.

Zunächst ist festzuhalten, dass einige der Befragten kritisieren, dass ihrer Ansicht nach das Pflegesystem in Deutschland „völlig aus dem Ruder gelaufen“ ist, da „Geld und Gewinnstreben“ im Vordergrund stehen und die Pflegeangebote den Gesetzen des Marktes unterworfen sind. Die Befragten postulieren, dass hier ein Umdenken stattfinden muss, damit die Achtung der menschlichen Würde wieder in den Mittelpunkt gerückt wird. Mehrere Befragte formulieren, dass pflegebedürftige Menschen möglichst lange in ihrem familiären und sozialen Umfeld belassen werden sollten anstatt isoliert in Pflege- und Altenhäusern betreut zu werden. Auch sollten die Pflegeleistungen soweit genügen, dass eine Pflege im Bedarfsfall ausreichend gesichert ist, was aus der Perspektive der Befragten zurzeit nicht der Fall ist, so dass es leicht zu mangelhafter Versorgung bzw. Verarmung von Pflegebedürftigen kommen kann.

Im Folgenden werden die von den Befragten genannten Aspekte zusammenfassend dargestellt. Präventiv sollten Menschen über das Thema Alter, Krankheit und Pflege informiert werden, um so unnötige Notlagen aufgrund von Unwissen zu vermindern.

Um den Informationsstand zu verbessern, werden in erster Linie aufsuchende Angebote genannt. So wünschen sich die Befragten ein türkischsprachiges, stadtteilnahes Beratungsnetzwerk für Senior/innen, Pflegebedürftige und ihre Familienangehörigen, bei der muttersprachliche Paten oder Lotsen diese in ihren Stadtteilen und zu Hause aufsuchen („aufsuchende Senioren- und Pflegecoachs“).

Neben Seniorenbegegnungsstätten und Nachbarschaftstreffs sind nach Ansicht der Befragten auch informelle Begegnungsorte für ein solches aufsuchendes Pflegecoaching geeignet, wie z.B. Bistros im Kiez.

Weiterhin wünschen sich die Befragten eine intensivere Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Altern und Pflege, insbesondere unter Nutzung von muttersprachlichen Medien, wie türkischsprachiges Radio, Zeitungen und Fernsehen. Auch wünscht sich ein Befragter mehrsprachige und diversitätsbewusste Berater/innen in den Pflegestützpunkten, um den Zugang für Menschen mit Migrationshintergrund zu diesen Beratungsangeboten zu erleichtern.

Es ist wünschenswert, dass speziell für pflegende Familienangehörige Möglichkeiten geschaffen werden, um die emotionale und körperliche Belastung abzufedern.

Pflegende Angehörige, die einen Großteil der häuslichen Pflege tragen, wünschen sich mehr Unterstützung. So schlägt ein Befragter vor, dass pflegende Angehörige gleich bei Eintritt einer Pflegesituation in der Familie von Pflegecoachs individuell begleitet und beraten werden, um einer Überforderung frühzeitig entgegen zu wirken und die emotionale Belastung aufzufangen. Dabei ist es wichtig, dass die Pflegecoachs nicht nur über Fachwissen, sondern auch über interkulturelle und sprachliche Kompetenzen verfügen.

Außerdem wünschen sich pflegende Angehörige eine Unterstützung im pflegerischen Bereich durch muttersprachliche Pflegekurse, da sie sich pflegerische Kompetenzen erst mühsam durch die eigene Pflegepraxis aneignen müssen.

Darüber hinaus werden soziale und sportliche Freizeitangebote im Kiez als Wunsch genannt – sowohl zusammen mit pflegebedürftigen Senior/innen als auch ausschließlich für pflegende Angehörige. Hier geht es insbesondere darum, sich auszutauschen, eine mögliche Isolation zu überwinden und sich gegenseitig zu unterstützen. Auch die Unterstützung bei der Gründung von Selbsthilfegruppen ist wünschenswert.

Die Menschen, die im Pflegebereich arbeiten, sollten eine vielfältige und fundierte Ausbildung bekommen, die kultursensible Pflege einschließt.

Die Befragten wünschen sich, dass die Mitarbeiter/innen von ambulanten Pflegediensten besser qualifiziert werden, da ihrer Erfahrung nach die Beschäftigten nicht alle eine fundierte Ausbildung als Alten- oder Krankenpfleger/innen absolviert haben. Ihrer Meinung nach ist die Kurzausbildung als Althelfer/in nicht ausreichend. Dies gilt insbesondere für muttersprachliche Pflegekräfte. Hier herrscht nach Ansicht der Befragten ein Fachkräftemangel; insofern sollten insbesondere junge Menschen mit Migrationshintergrund den Anreiz erhalten, sich in diesen Berufssparten ausbilden zu lassen. Die Befragten finden es wichtig, dass die Pflegekräfte viel mehr gesellschaftliche Anerkennung finden und entsprechend entlohnt werden.

Die Befragten wünschen sich Pflegekräfte, die ihren Beruf und das Arbeiten mit älteren und pflegebedürftigen Menschen lieben: Empathie und Mitmenschlichkeit sollte für Menschen in Pflegeberufen selbstverständlich sein. Wenn Pflegekräfte mit Menschen mit Migrationshin-

tergrund arbeiten, sollten sie über die erforderlichen sprachlichen, kulturellen und religiösen Kenntnisse verfügen, um sich so überhaupt auf die spezifische Situation der pflegebedürftigen Menschen einzulassen und Verständnis für sie entwickeln zu können.

Die Befragten finden es wichtig, dass in Pflegeeinrichtungen je nach Bedarf bei der Einstellung von Personal auf interkulturelle Kompetenzen geachtet wird und diese Personen bevorzugt eingestellt werden. Muttersprachliche Angebote in Form von ambulanten Diensten und betreuten Wohngemeinschaften sollten weiter gefördert werden.

Die Beteiligung, Selbstbestimmung und Vernetzung pflegebedürftiger Menschen sollten gefördert werden.

Einige der befragten Senior/innen machen deutlich, wie wichtig ihnen die Angebote der Seniorenfreizeitstätten und Begegnungszentren sind, weil diese ihnen helfen, andere Senior/innen in der gleichen Situation kennenzulernen. Daraus lässt sich schließen, dass diese eine wichtige präventive Funktion haben, da sie Senior/innen mobilisieren und soziale Isolation verhindern.

Ein Befragter macht deutlich, dass er es sehr wichtig findet, dass in den Pflegeeinrichtungen ältere Menschen und ihre Angehörigen dabei unterstützt werden, sich in Betroffenen- und Angehörigenbeiräten zu organisieren, um sich gegenseitig zu stärken und ihre Interessen gegenüber den Pflegeeinrichtungen vertreten zu können.

Weiterhin wird vorgeschlagen, eine unabhängige Ombudsstelle in jedem Bezirk zu schaffen, die Beschwerden über Missstände im Pflegebereich aufnimmt, diese beobachtet, dokumentiert und die Betroffenen unterstützt, ggf. rechtliche Maßnahmen einzuleiten.

Die Migrantenselbstorganisationen sollten das Thema Altwerden in der Migrationsgesellschaft auf ihre Agenda setzen.

Die Befragten sind der Meinung, dass die Migrantenselbstorganisationen (MSO) sich dem Thema des Alterns und der Pflege stärker als bisher annehmen sollten. Möglich wären durch bzw. in Kooperation mit Migrantenselbstorganisationen muttersprachliche Informationsveranstaltungen, Kurse, Diskussionen, Beratungen zum Thema Altwerden und Pflege etc. Dabei sollten die MSO eng mit Pflegestützpunkten, Wohlfahrtsverbänden und Selbsthilfeeinrichtungen zusammenarbeiten.

Außerdem ist es wünschenswert, dass ältere Menschen sich auch innerhalb der Mitgliedsstrukturen der MSO im Rahmen von Gremien oder Räten organisieren und Vertreter/innen in die Vorstände entsenden, um so ihre Interessen besser vertreten und nach außen tragen zu können.

Die Pflege im häuslichen Umfeld und die transnationale Pflege sollten gesundheitspolitisch stärker gefördert werden.

Ein Teil der Befragten formuliert auch ganz konkrete gesundheitspolitische Forderungen. Viele der Befragten empfinden es als ungerecht, dass die Leistungen der Pflegekasse in der Türkei nicht bzw. nur für einen Zeitraum von sechs Wochen gezahlt werden. Sie wünschen sich eine Auszahlung der Leistungen der Pflegekasse auch im Herkunftsland, um eine transnationale Pflege zu ermöglichen.

Um eine Pflege zu Hause in der Familie optimal zu gewährleisten, sollte ein Grundpflegegeld an pflegende Angehörige ausgezahlt werden, über das diese sozial- und unfallversichert sind und ihren Lebensunterhalt bzw. den ihrer eigenen Familie sichern können.

Wünschenswert wäre außerdem die erleichterte Erteilung eines Einreisevisums nach Deutschland für pflegende Familienangehörige, die in der Türkei leben. Weiterhin wurde vorgeschlagen, dass Agenturen für die Vermittlung von qualifizierten Pflegekräften aus dem Ausland, z.B. aus der Türkei, aufgebaut werden sollten. Diese Pflegekräfte sollten dann ein erleichtertes Einreisevisum erhalten.

Die Perspektive nicht pflegebedürftiger Migrant/innen

Um die Perspektive nicht pflegebedürftiger Migrant/innen zu beschreiben, wurden Gespräche und Gruppendiskussionen mit insgesamt 44 Migrant/innen geführt. Die Mehrheit der Befragten war zwischen 60 und 77 Jahre alt. Neun Befragte waren unter 60 Jahre alt. Es beteiligten sich auch Gesprächspartner/innen an den Gruppendiskussionen, die das Rentenalter noch nicht erreicht haben, sich jedoch aus familiären oder gesundheitlichen Gründen für das Thema Altenpflege interessieren. Insgesamt wurden 25 Frauen und 19 Männer aus acht Nationen befragt.

Samplebeschreibung

Die Befragungen nicht pflegebedürftiger Migrant/innen fanden im Rahmen von Freizeit- oder Informationsveranstaltungen für Migrant/innen in den Räumlichkeiten von Migrantenselbstorganisationen, Nachbarschaftszentren und Seniorenfreizeiteinrichtungen statt und wurden in deutscher oder türkischer Sprache geführt, wobei für einzelne Gesprächspartner/innen auch übersetzt wurde. Der zentrale Lebensort aller Befragten ist Berlin. Einige der türkischen Befragten und eine Griechin können als Pendelmigrant/innen bezeichnet werden, da sie regelmäßig einen Teil des Jahres in ihrer alten Heimat verbringen. Alle Befragten leben seit mindestens zehn Jahren, die meisten seit vielen Jahrzehnten in Deutschland.

In mehreren Terminen wurden insgesamt elf türkische Frauen und acht türkische Männer erreicht. Auf zwei Veranstaltungen für türkischsprachige Senior/innen wurden Gespräche mit je acht türkischen Frauen und Männern im Alter zwischen 70 und 75 geführt. Die Senior/innen sind in ihrer Mehrheit verwitwet und leben alleine, wobei sie von ihren Familien unterstützt werden. Häufig muss die geringe Rente durch Sozialleistungen aufgestockt werden. An einer weiteren Gruppendiskussion beteiligten sich drei türkische Hausfrauen im Alter zwischen 49 und 60 Jahren. Ihre Familien verfügen über ein sehr geringes Einkommen und / oder beziehen staatliche Leistungen.

Eine weitere Gruppendiskussion wurde mit sechs Rentnerinnen unterschiedlicher Herkunft geführt, die sich regelmäßig für gemeinschaftliche Handarbeiten in einer Einrichtung der Arbeiterwohlfahrt treffen. Sie sind zwischen 62 und 77 Jahre alt und stammen aus der Türkei, aus Italien und aus Polen. In mindestens drei Fällen wird die geringe Rente durch Sozialleistungen aufgestockt. Zwei der Befragten geben an, mit ihrem Mann und / oder der Familie zusammen zu wohnen, vier der Befragten wohnen alleine. Alle Frauen haben Kinder in Berlin.

Während einer Veranstaltung für Senior/innen in einem arabischen Kulturzentrum wurden fünf aus dem Irak, Marokko und Palästina stammende Männer zwischen 56 und 74 Jahren befragt. Alle Gesprächspartner geben an, mit ihren Frauen und / oder Familien zusammen zu leben. Während zwei der befragten Männer in deutlich prekären Verhältnissen leben, verfügen drei weitere Befragte über ein höheres sozioökonomisches Kapital, welches sich in akademischen Titeln und Hinweisen auf einen relativen ökonomischen Wohlstand bemerkbar macht.

Während einer Veranstaltung für griechische Seniorinnen wurden vier Seniorinnen im Alter zwischen 63 und 70 Jahren befragt. Drei der Befragten verfügen als ehemalige Gastarbeiterinnen über eine geringe Rente, die in zwei Fällen durch Sozialleistungen ergänzt wird. Bei einer Befragten handelt es sich um die mittlerweile berentete, ehemalige Sozialarbeiterin der Einrichtung, die sich nach wie vor für die griechische Gemeinde engagiert.

Eine weitere Gruppendiskussion wurde in den Räumlichkeiten eines vietnamesischen Vereins mit den Besucher/innen geführt. An dem Treffen nahmen insgesamt vier Frauen und sechs Männer im Alter zwischen 47 und 63 Jahren teil; sie waren damit im Schnitt deutlich jünger als die Befragten der anderen Gruppendiskussionen. Viele von ihnen kamen noch zu DDR-Zeiten als Vertragsarbeiter/innen nach Deutschland. Die Mehrheit der Befragten lebt mit ihren Ehepartner/innen und/oder Familien zusammen; drei Befragte geben an, alleinstehend zu sein, darunter eine alleinerziehende Mutter. Zahlreiche Befragte sind krank und können aus gesundheitlichen Gründen nicht (mehr) arbeiten. Drei Befragte geben an, arbeitslos zu sein und/oder Sozialhilfe zu empfangen. Drei männliche Interviewteilnehmer gehen einer selbstständigen Tätigkeit nach, zwei Befragte üben unqualifizierte Tätigkeiten in Teilzeit aus. Lediglich ein Befragter gibt an, eine Rente zu beziehen.

Mit den Gruppendiskussionen und Interviews wurden Senior/innen mit sehr unterschiedlichen kulturellen sowie sozioökonomischen Hintergründen erreicht. Zahlreiche Befragte repräsentieren jene Arbeitsmigrant/innen, deren Lebenssituation auf Grund von niedriger Bildung, Krankheit, Arbeitslosigkeit und niedrigen Renten als prekär bezeichnet werden muss. Viele der Befragten beziehen Sozialleistungen oder müssen ihre geringe Rente im Zuge der Grundsicherung aufstocken. Demgegenüber wurden jedoch auch Migranten aus mittelständigen Verhältnissen befragt, die z.T. über höchste Bildungsabschlüsse und über einen gewissen Wohlstand zu verfügen scheinen.

Zahlreiche der ehemaligen Arbeitsmigrant/innen blicken auf eine eigene Krankheitsgeschichte zurück und / oder wurden frühzeitig berentet. Ihren Alltag bestreiten die Befragten jedoch noch weitgehend selbstständig und empfangen keine Pflegeleistungen, weshalb sie als (noch) nicht pflegebedürftig bezeichnet werden können.

Der Umstand, dass die Gesprächspartner/innen über Migrantenselbstorganisationen, Nachbarschaftszentren und Senioreneinrichtungen akquiriert wurden, deren Angebote sie regelmäßig in Anspruch nehmen, lässt darauf schließen, dass es sich um recht aktive Senior/innen handelt, die sich um Anschluss und soziale Kontakte bemühen. Zahlreiche Befragte geben darüber hinaus an, sich in Vereinsstrukturen zu engagieren.

Angebote der Altenpflege: Erfahrungen, Information und Vorsorge

Die Erfahrungswerte der Befragten mit Institutionen und Dienstleistungen der Altenpflege sind sehr unterschiedlich und reichen von keinerlei eigener Erfahrung bis zu eigenen Pflegetätigkeiten. Entsprechend der unterschiedlichen Erfahrungen sind die Befragten unterschiedlich gut über Angebote und Dienstleister sowie über die Funktionsweise des deutschen Pflegesystems informiert.

Vier Befragte unterscheiden sich durch ihre Kenntnisse und Vorerfahrungen von der Mehrheit der nicht pflegebedürftigen Migrant/innen. Auf Grund der eigenen Arbeitserfahrung als Hauspflegerin, Pflegeerfahrungen von nahen Angehörigen oder der eigenen Krankheitsgeschichte verfügen sie über ein grundlegendes Verständnis des deutschen Pflegesystems und wissen, wo sie sich Information und Hilfe holen können. Während zwei Befragte staatliche Pflegeleistungen für ihre Angehörigen in Anspruch nehmen, haben sich zwei weitere Befragte in der Vergangenheit erfolglos um diese bemüht. Häufig verbindet sich bei ihnen Unverständnis mit einem Gefühl von Ungerechtigkeit.

Bei der Mehrheit der Befragten lässt sich in Bezug auf das Thema Altenpflege ein Gefühl der Verunsicherung und Orientierungslosigkeit feststellen.

Sie geben an, bisher keinen Kontakt mit Angeboten deutscher Pflegedienste gemacht zu haben. Ihre Kenntnisse über bestehende Pflegeangebote beruhen auf den Erzählungen von Freund/innen und / oder Bekannten und sind sehr vage. Die Mehrheit der Befragten gibt an, sich bisher

nicht oder kaum mit dem Thema Altersvorsorge beschäftigt zu haben, was sie teilweise selbst für einen Fehler halten. Pflegestützpunkte sind ihnen nicht bekannt. Viele der Befragten beklagen die eigene Desorientierung, Unsicherheit und Überforderung in Bezug auf das Thema Altenpflege. Z.T. beklagen sie auch einen Mangel an verständlichen Informationen. So gebe es z.B. keine oder kaum Informationen in griechischer, arabischer oder vietnamesischer Sprache.

Immer wieder lässt sich auch eine abwehrende Haltung beobachten, sich mit dem Thema des eigenen Alterns und einer möglichen Pflegebedürftigkeit auseinander zu setzen. So geben Befragte an, *„keine Ahnung“ zu haben und sind während des Gesprächs nicht bereit oder in der Lage, Wünsche und Bedarfe zu formulieren. Eine befragte Griechin beschreibt, sie würde „verrückt“, wenn sie sich zu viele Gedanken über die Zukunft mache, sie müsse stark sein. Von vielen wird die Frage nach der eigenen Pflege mit dem Wunsch abgetan, bis „zum Schluss“ fit zu bleiben oder eines Tages einfach nicht mehr aufzuwachen. In diesem Zusammenhang wird mehrfach ein türkisches Sprichwort zitiert, das sinngemäß besagt, dass man nach drei Tagen im Bett lieber sterben möchte.*

Die Mehrzahl der Befragten hat bisher keine Vorsorgemaßnahmen für eine mögliche Pflegebedürftigkeit getroffen.

Angesichts der fehlenden Information und Auseinandersetzung mit dem Thema Altenpflege verwundert es nicht, dass die überwiegende Mehrheit der Befragten bisher keine Vorsorgemaßnahmen für das eigene Altern getroffen hat. Eine berentete griechische Sozialpädagogin bezeichnet die mangelnde Auseinandersetzung und Pflegevorsorge als spezifisch *„migrantisches Problem“*. Auch einige arabische und vietnamesische Gesprächspartner/innen thematisieren und problematisieren die fehlende Beschäftigung mit dem Thema Altenpflege.

Exkurs in die arabische Community: *„Wenn jemand keine Angehörigen mehr hat, dann ist er verloren, einsam, stirbt langsam vor sich hin“.*

Aus den Gesprächen in einem arabischen Kulturzentrum zeichnet sich deutlich das Bild eines traditionellen Familien-Pflegeteles ab. Ein 56-jähriger Sozialpädagoge aus Palästina beschreibt, dass die pflegende Fürsorge in arabischen Familien vor allem von den ältesten Kindern erwartet wird. Mehrere Gesprächspartner gehen davon aus, dass sie Zeit ihres Lebens von ihren Frauen und Kindern, insbesondere ihren Töchtern, gepflegt werden.

In Bezug auf professionelle Pflegedienste lässt sich in den Äußerungen zahlreicher Befragter eine z.T. deutlich ablehnende Haltung feststellen. Pflegedienste seien nur etwas für Leute, die alleine sind. *„Bei uns wird so lange zu Hause gepflegt bis es geht nicht mehr. Nicht einfach ins Heim“* (m, 70, aus Palästina). Nach Auffassung des befragten Sozialpädagogen ist es zumindest in Teilen der arabischen Welt nicht gut angesehen, Familienangehörige in die Obhut Fremder zu geben oder Fremden Zutritt zu der eigenen Privatsphäre zu geben. Häufig verhindert auch die Scham, sich von Fremden pflegen zu lassen, eine Inanspruchnahme professioneller Dienste.

Das traditionelle Familien- und Pflegebild scheint angesichts veränderter Familien- und Lebensverhältnisse in Deutschland sowie beruflicher und finanzieller Herausforderungen jedoch zunehmend in Bedrängnis zu geraten. In Folge ist die Versorgung insbesondere von alleinstehenden Senior/innen nicht mehr gewährleistet. Verschiedene Gesprächspartner berichten voller Trauer und Sorge von einsamen arabischen Senior/innen, die nicht ausreichend versorgt würden. Die Angst, *„Niemanden mehr zu haben“*, wird in der Aussage eines hoch gebildeten 70-jährigen Irakers besonders deutlich: *„Wenn jemand keine Angehörigen mehr hat, dann ist er verloren, einsam, stirbt langsam vor sich hin“.*

Neben dem befragten Sozialpädagogen beschreibt auch ein 74-jähriger Rentner aus Marokko sehr eindrücklich die fehlende Auseinandersetzung mit dem Thema Altenpflege. Der Umgang mit dem Thema Alter sei in arabischen Kreisen nicht sehr offen; der Gedanke an Alter und Tod würde häufig verdrängt, weshalb es kaum Alternativkonzepte zu der familiären Versorgung gäbe. Beide Befragten formulieren die Notwendigkeit, sich den Herausforderungen durch sich verändernde Familienstrukturen und Pflegebedarfe in Deutschland zu stellen. „Wir müssen uns vorbereiten und wir müssen das ernst nehmen“ (m, 74, aus Marokko). Rund und um das arabische Kulturzentrum fange man gerade an, sich dem Thema Alter und Altenpflege zu widmen. Ein erster Schritt sei z.B. die Organisation des besuchten Seniorentreffs.

Formen der Altenpflege: Wünsche und Ängste

Das Ideal der familiären Pflege kollidiert insbesondere bei alleinstehenden und / oder weiblichen Gesprächspartner/innen mit ihren lebensweltlichen Realitäten.

Viele Befragte beschreiben das häusliche Pflegemodell, nach dem ein starker Familienzusammenhalt die Versorgung älterer Menschen durch ihre Kinder und Angehörigen gewährleistet, als Pflegemodell ihrer Herkunftskulturen. Zahlreiche Befragte reproduzieren dieses Bild, indem sie die familiäre Versorgung und Pflege als Ideal und in einigen Fällen gar als Selbstverständlichkeit beschreiben. Gleichzeitig machen die Interviewergebnisse jedoch auch deutlich, dass viele Befragte nicht davon ausgehen, in der Zukunft von ihren Kindern oder Familienangehörigen gepflegt zu werden.

Besonders eindeutig und übereinstimmend formuliert die Gruppe der Vietnames/innen, dass sie im Alter keine Unterstützung von ihren Kindern erwarten könnten. Als Gründe nennen sie insbesondere deren Berufstätigkeit. Zudem hätten sich die Lebenskonzepte und Familienbilder der in Deutschland aufgewachsenen und sozialisierten Generation verändert. Während Kinder in Vietnam traditionell die wichtigste Absicherung für ihre Eltern darstellten, sei eine Pflege der Alten für die in Deutschland aufgewachsene, junge Generation keineswegs mehr selbstverständlich.

Die Mehrheit der befragten Frauen sowie der alleinstehenden Senior/innen gibt an, auf professionelle Hilfe angewiesen zu sein, sollten sie einmal pflegebedürftig werden. Auch hier wird neben eigenen familiären Verpflichtungen die Berufstätigkeit ihrer Kinder als wichtigster Grund genannt. Andere Befragte glauben, dass ihre Kinder eine Pflege zwar ermöglichen würden, lehnen diese Unterstützung z.T. aus eigenen Pflegeerfahrungen ab, weil sie ihren Kindern nicht zur Last fallen wollen. Eine griechische Sozialpädagogin gibt zu bedenken, dass auch beengte Wohnsituationen ein Problem für die häusliche Pflege der Eltern darstellen kann.

Dementgegen erklären arabische Befragte, sich auf die Unterstützung ihrer Familie, insbesondere ihrer Frauen und Töchter zu verlassen und sich keine andere Form der Pflege vorstellen zu können. Eine befragte Italienerin, die selbst auf eine lange Krankheitsgeschichte zurückblickt, beschreibt ein sehr gut funktionierendes familiäres Netzwerk. Neben ihren Söhnen sei auch ihre Schwiegertochter immer für sie da. Sollte sie Pflege benötigen, könne sie sich voll und ganz auf ihre Familie verlassen.

Obwohl die Mehrheit der Befragten über familiäre Anbindungen in unmittelbarer Nähe verfügt und sich eine familiäre, häusliche Pflege zu wünschen scheint, ist nur eine Minderheit der Befragten optimistisch, bei fortschreitendem Pflegebedarf durch Familienangehörige gepflegt zu werden. Insbesondere unter den befragten Vietnames/innen, den weiblichen Gesprächspart-

nerinnen sowie den Befragten Witwen und Witvern zeichnet sich ein Bild ab, das den Bedarf geeigneter, professioneller Pflegelösungen verdeutlicht.

Stationäre Pflege erscheint den Befragten als letzte Alternative oder wird kategorisch abgelehnt.

Fast alle Befragten geben an, die Entscheidung für eine ambulante oder stationäre Pflege von ihrem Gesundheitszustand abhängig zu machen. Die meisten stimmen darin überein, dass sie bei akuter Krankheit und umfassendem Pflegebedarf stationär versorgt, sonst jedoch lieber zu Hause gepflegt werden wollen.

Auch wenn die Mehrheit der Befragten sich wünscht, in den eigenen vier Wänden zu altern, wird immer wieder auch die Angst vor der Einsamkeit und dem Alleinsein beschrieben.

In Bezug auf Angebote der ambulanten Pflege werden wiederholt Bedenken geäußert, ob der zeitliche Umfang der Leistung ausreiche. Neben der Hilfe im Haushalt und einer guten Körperpflege beschreiben viele Befragte auch die menschliche Zuwendung als besonders wichtig. Eine griechische Befragte, die selbst jahrelang in der ambulanten Altenpflege tätig war, kritisiert, dass bei den Besuchen kaum Zeit für Gespräche bleibe.

Die Vorstellungen von stationärer Pflege sind im Vergleich zu ambulanten Pflegediensten deutlich negativer konnotiert. Gerade einmal eine Befragte gibt an, im Alter in einem Altersheim leben zu wollen. Ein entscheidender Vorzug, den die Befragten mit stationären Lösungen verbinden, ist die umfassende Versorgung, dass immer jemand da sei und man nicht einsam wäre. Dennoch erscheint ein Heimaufenthalt für die meisten Befragten als letzte Alternative, von einigen wird er gar kategorisch abgelehnt. So begründen vier Gesprächspartner/innen ihre ablehnende Haltung mit den schrecklichen Erfahrungen, die sie als Reinigungs-, Küchen- oder Pflegekräfte in Seniorenheimen machten. Die Angst, in Pflegeheimen nicht korrekt und lieblos behandelt zu werden, wird auch von anderen Befragten geäußert.

Wenn die Befragten sich angesichts veränderter Familien- und Lebensmodelle dennoch vorstellen (müssen), bei steigendem Pflegebedarf in ein Altersheim zu gehen, wünschen sie sich ein „gutes“ Heim, indem sie „wie Menschen“ behandelt und aufmerksam umsorgt werden. Jedoch bezweifeln viele, dass sie sich solche Einrichtungen leisten können. Immer wieder wird betont, dass gute Pflege teuer und damit unerreichbar sei. Zwei befragte Polinnen sprechen von „unserer Situation“ und „unserem Problem“, wenn sie sich auf fehlende Wahlmöglichkeiten und Alternativen für migrantische Senior/innen mit geringen finanziellen Möglichkeiten beziehen. Das Ideal einer komfortablen Seniorenresidenz, in der man über Privatsphäre verfüge, gleichzeitig jedoch auf umfassende Versorgungs-, Freizeit- und Beschäftigungsangebote zurückgreifen könne, erscheint in den Darstellungen der Interviewpartner/innen ebenfalls unerreichbar.

Als Alternative zur vorhandenen Angebotsstruktur besteht der Wunsch nach gemeinschaftlichen Wohnformen innerhalb der eigenen Community.

Von einigen Befragten werden gemeinschaftliche Wohnformen als hoffnungsfrohe Alternative zu lieblosen Altersheimen und ungenügenden ambulanten Pflegeangeboten genannt. Im Gegensatz zu Altenheimen werden die Bewohner/innen von Alten-WGs als rüstig und eigenständig beschrieben. Jedoch haben die Befragten keine genaue Vorstellung oder Informationen solchermaßen imaginierte Formen gemeinschaftlichen Wohnens.

Exkurs in die vietnamesische Community: „Vietnamesische Alten-Wohngemeinschaften“

Unter vielen Befragten lässt sich eine deutliche Angst vor dem Alleinsein im Alter ausmachen. Die Gefahr der Vereinsamung wird in besonderer Weise auch von den vietnamesischen Diskussionsteilnehmer/innen beschrieben und zum Ausgangspunkt eigener Überlegungen gemacht.

So beschreibt ein befragter Blumenhändler, dass viele Vietnames/innen in Deutschland sehr stark auf ihr familiäres Leben konzentriert und z.B. nur selten in Clubs oder Vereinen organisiert seien, weshalb sie über ihre engen Kreise hinaus nur wenige Menschen kennenlernten. Neben der Angst, später alleine und isoliert in der eigenen Wohnung zu leben besteht auch die Angst, als einziger Vietnames in einem deutschen Altersheim zu leben, ohne sich verständigen zu können und ohne Kontakte zu anderen Landsleuten.

Ein weiterer Befragter erklärt, dass Vietnames/innen, insbesondere wenn sie alt und krank sind, „aus kulturellen Gründen niemals alleine wohnen können“. In Vietnam sei es Brauch, dass Kranke von Freund/innen und Verwandten besucht würden, die rund um die Uhr bei ihnen blieben, um sie zu pflegen. Der Umgang mit Krankheit und Pflege sei in Deutschland dagegen ein ganz anderer. Deutsche seien viel tapferer und würden vielleicht gar nicht wollen, dass sie andere in einem schlechten Zustand sehen. Kranke und pflegebedürftige Vietnames/innen seien dagegen sehr anspruchsvoll, forderten viel Zuwendung und Aufmerksamkeit.

In ihrem Club für ältere Vietnames/innen, so berichtet der Befragte weiter, würde man sich erst langsam der großen Herausforderungen bewusst, die das Thema Alter und Pflege unter den veränderten Lebensbedingungen in Deutschland mit sich bringe. Aus diesem Grund habe man Ideen gesammelt und diskutiert, wie man in Deutschland altern wolle. Dabei seien die Beteiligten auf die Lösung gemeinschaftlicher Wohnsiedlungen für ältere Vietnames/innen gestoßen. Diese sollten Raum bieten, um zusammen zu wohnen und gemeinschaftlichen Aktivitäten nachzugehen. Die Bewohner/innen könnten sich gegenseitig pflegen und unterstützen; darüber hinaus brauche es auch der Unterstützung durch professionelle Pflegekräfte.

Zwei Befragte beschreiben, sie hätten sich bereits in ihrem Freundeskreis informiert, ob Interesse bestehe und sich nach Möglichkeiten umgeschaut, gemeinsam in ein Haus zu ziehen. Bisher gebe es jedoch nur wenig Reaktion auf solche Vorschläge. Die meisten Freund/innen und Bekannten würden sich nicht mit dem Thema beschäftigen. Die Verteidiger der Idee, halten „vietnamesische Alten-WGs“ dennoch für wünschenswert und umsetzbar, da die meisten Älteren Zeit und Lust hätten, sich gegenseitig zu unterstützen.

Wünsche an das Pflegepersonal und interkulturelle Bedarfe in der Pflege

Zuverlässigkeit, Empathie, Wertschätzung, Respekt und Humor sind wichtige Eigenschaften professioneller Pflegekräfte.

In der Vorstellung der Befragten gelten deutsche Pflegekräfte als professionell und zuverlässig. Demgegenüber deutet sich vereinzelt jedoch auch Skepsis an, ob diese herzlich und liebevoll genug im Umgang mit alten Menschen seien. So glaubt eine 50-jährige Sozialpädagogin aus dem Irak, die sich am Rande einer Gruppendiskussion beteiligt, dass deutsche Pflegekräfte eher praktisch als emotional zugewandt seien. Für ihre Schwiegermutter wählten sie ein türkisches

Pflegeheim, weil sie dort eine ähnliche Behandlung und Mentalität erfahre, wie sie sie von zu Hause kennt. Die Mitarbeiter/innen mit türkischem Migrationshintergrund hätten keine Berührungängste, umarmten und „betüddelten“ sie und würden versuchen, ihr die Familie zu ersetzen. Zwei befragte Polinnen glauben, dass die Attraktivität von osteuropäischen Pflegekräften darin bestünde, dass es in diesen Ländern (noch) weiter verbreitet sei, sich um Angehörige zu kümmern, weshalb die Menschen mehr Verständnis für die Bedürfnisse alter Menschen hätten.

Die Pflege älterer Menschen, so der Kanon, solle von Herzen kommen. Es sei wichtig, freundlich, wertschätzend, liebevoll und herzlich mit ihnen umzugehen, denn alte Menschen seien sehr sensibel und leicht zu kränken. Eine positive Einstellung und Ausstrahlung und Humor könne einen in schwierigen Situationen wieder aufbauen. Vietnamesische Befragte betonen mehrfach, das Pflegepersonal müsse gesund sein. Nur die Gesunden könnten die Schwachen pflegen. Von einem palästinensischen Befragten wird insbesondere der Respekt vor dem Alter betont. Alte Menschen müssten für ihre Leistungen anerkannt und entschädigt werden.

Der Bezug zur eigenen Kultur und Sprache kann im Alter wieder an Bedeutung gewinnen.

Eine berentete griechische Sozialpädagogin glaubt, dass man im Alter immer „ethnischer“ werde und die eigene Religion und Kultur wieder an Bedeutung gewinne. Diese Auffassung wird auch von einer ehemaligen griechischen Altenpflegerin geteilt. Im Alter käme man der eigenen Kindheit wieder näher. Immer wieder erlebte sie, wie erleichtert griechische Klienten waren, wenn sie ihr aus ihrem Leben erzählen konnten und sicher sein konnten, dass sie sie verstand.

Die Bedeutung von sprachlichen, kulturellen und religiösen Aspekten in der Pflege ist abhängig von individuellen Bedarfen und Wünschen.

Viele der Befragten, die die deutsche Sprache gut beherrschen, geben an, es sei nicht wichtig, von wem sie gepflegt werden. Ein befragter Akademiker aus dem Irak, der seit über 50 Jahren in Deutschland lebt, sich in der deutschen Kultur zu Hause fühlt und die deutsche Sprache akzentfrei beherrscht, gibt an, lieber von deutschen als von arabischen Pflegekräften gepflegt werden zu wollen. Deutsche seien genauer, korrekter und zuverlässiger. Demgegenüber formulieren Migrant/innen mit schlechten Deutschkenntnissen die Notwendigkeit, von Menschen versorgt zu werden, die ihre Sprache sprechen.

Einige befragte Muslime und orthodoxe Griech/innen wünschen sich von Pflegekräften Respekt, Akzeptanz und Verständnis für ihre Religion. Dieselbe Religionszugehörigkeit scheint wünschenswert, wenn auch nicht notwendig. Für andere türkische und arabische Befragte sind religiöse Aspekte hingegen nicht entscheidend. Jedoch legen sie Wert auf Geschlechtertrennung in der Pflege, was z.B. für die Gruppe der Griech/innen und Vietnames/innen keine Rolle zu spielen scheint.

Sowohl muslimische als auch vietnamesische Befragte fordern, dass sich Pflegedienste auf ihre Essgewohnheiten einstellen. Auch mehrere griechische Befragte wünschen sich vertrautes Essen. Während muslimische Essgewohnheiten religiös begründet sind, geben Vietnames/innen an, die deutsche Küche nicht gut zu vertragen. So sei z.B. Brot für Vietnames/innen zu trocken; insbesondere wenn sie krank und schwach sind, essen sie lieber Suppen oder andere leichte Kost.

Aus den Gruppendiskussionen wird deutlich, dass es zahlreichen Interviewpartner/innen wichtig ist, im Alter nicht alleine „unter Fremden“, entfernt von dem eigenen kulturellen und sprachlichen Kontext zu leben. Sie möchten gerne gemeinschaftlich im Kreise ihrer Familie oder aber im Kontext ihrer Community alt werden bzw. gepflegt werden, wie beispielsweise der Wunsch nach vietnamesischen Alten-Wohngemeinschaften zeigt.

Befürchtungen und Barrieren

Aus den Gesprächen und Gruppendiskussionen lassen sich folgende Befürchtungen bzw. Barrieren für eine mögliche Inanspruchnahme bestehender professioneller Pflegeangebote ableiten:

- Fehlende Auseinandersetzung mit dem Thema Altenpflege: Insbesondere arabische und vietnamesische Befragte erklären, dass die Versorgung im Alter unter den veränderten Lebensbedingungen in Deutschland neue Herausforderungen mit sich bringe und ein Umdenken erfordere. Mit den Angeboten und Möglichkeiten in Deutschland habe man sich bisher kaum oder gar nicht auseinander gesetzt.
- Fehlende Aufklärung und Information: Die Mehrheit der Befragten weiß nicht um finanzielle Leistungen und Pflegeangebote bzw. weiß nicht darüber Bescheid, wo sie sich Informationen und Unterstützung holen können. Pflegestützpunkte sind nicht bekannt.
- Sprachliche Barrieren: Insbesondere Migrant/innen, die nicht gut Deutsch sprechen, haben Probleme sich zu informieren.
- Bürokratische Barrieren: Die Angst vor komplizierten bürokratischen Prozessen und unverständlichen Anträgen kann dazu führen, dass Migrant/innen ihre Rechte nicht in Anspruch nehmen.
- Mangelnde finanzielle Ressourcen: Fehlende ökonomische Möglichkeiten und Gestaltungsspielräume verhindern bei nicht pflegebedürftige Migrant/innen Vorsorgemaßnahmen. „Gute Pflege“ scheint unerreichbar. Das Gefühl fehlender Wahlmöglichkeiten lässt viele Befragte das Thema der eigenen Pflegebedürftigkeit verdrängen und hoffen, niemals auf Pflege angewiesen zu sein.
- Mangel an gemeinschaftlich orientierten muttersprachlichen bzw. kultursensiblen Angeboten: Zahlreichen Interviewpartner/innen ist es wichtig, im Alter nicht alleine „unter Fremden“, entfernt von der eigenen Kultur und Sprache zu leben. Indes fehlen Angebote für bestimmte Migrantengruppen oder sind ihnen nicht bekannt.
- Priorität familiärer Pflege aufgrund von kulturellen Werten und Normen: Von arabischen Befragten werden Angst und Scham, sich von Fremden pflegen zu lassen als Barriere beschrieben. Darüber hinaus fürchtet man eine soziale Verurteilung.
- Gefühl der Diskriminierung: Einzelne Gesprächspartner/innen empfinden die Einstufung ihrer pflegebedürftigen Angehörigen als ungerecht und glauben, dass diesen höhere Pflegeleistungen zustünden. Ein Befragter glaubt, dass es für „Ausländer“ schwieriger sei als für „Deutsche“, eine angemessene Pflegestufe zu bekommen.

Forderungen, Wünsche und Lösungsansätze

Aus den Äußerungen der befragten, nicht pflegebedürftigen Migrant/innen lassen sich zentrale Forderungen erkennen und Verbesserungsvorschläge ableiten:

Bewusstseins-schaffung und behutsame Annäherung an das Thema Pflegevorsorge

Die veränderten Lebensverhältnisse in Deutschland bedeuten für einige Migrant/innen den Verlust vertrauter Sicherungssysteme durch die Familie. Gleichzeitig werden nach Einschätzung der Befragten bestehende Versorgungsstrukturen (noch) nicht ausreichend in Anspruch genommen. Verschiedene Befragte halten einen Bewusstseinswandel für notwendig, um aktuelle Versorgungslücken zu schließen. Da der Blick auf das eigene Altern in Deutschland mit vielen Ängsten und Unsicherheiten verbunden ist, sei es jedoch wichtig, Migrant/innen sehr behutsam an das Thema der Alters- und Pflegevorsorge heranzuführen.

Um Migrant/innen die Möglichkeit zu geben, das eigene Altern in Deutschland besser zu planen und aktiv zu gestalten, scheint es notwendig, nach wie vor bestehende Informationslücken zu

schließen und den Informationsfluss über Unterstützungs- und Dienstleistungsangebote besser zu koordinieren.

Zielgruppengerechte Informationsmaterialien

Immer wieder findet sich die allgemeine Forderung, Migrant/innen in Deutschland müssten umfassender über ihre Rechte und Pflichten aufgeklärt werden, wofür einfache, klar verständliche und zielgruppengerechte Informationen in Form von Broschüren und Informationsveranstaltungen notwendig seien. Insbesondere Befragte aus Vietnam, arabischen Ländern und Griechenland vermissen Informationen in ihren Landessprachen. Damit die Informationsmaterialien über die aktiven Senior/innen hinaus alle Betroffenen erreichen, sollte man sie zu ihnen nach Hause schicken.

Attraktive Informationsveranstaltungen

Informationsveranstaltungen seien dann besonders attraktiv, wenn sie mit kulturellen und sozialen Angeboten (Treffen, Essen, Musik, Theater) verbunden seien. Die zu vermittelnden Inhalte müssten klar und anschaulich aufbereitet sein. In keinem Fall dürfte man die Besucher/innen überfordern.

„Ehrliche“ Einblicke in Pflegeangebote

Insbesondere jene Befragte, die über sehr wenig Wissen über Pflegeangebote verfügen, wünschen sich Kontakte zu bestehenden Dienstleistern und „ehrliche“ Einblicke in deren Arbeit, z.B. durch Gespräche mit Betroffenen. Als vertrauensbildende Maßnahme wird auch die Möglichkeit genannt, dass sich Pflegekräfte persönlich vorstellen und sich Zeit nehmen, um Fragen zu beantworten.

Proaktive und aufsuchende Beratung

Gewünscht wird, dass Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung über die Beratungsstellen hinaus auch aufsuchend beraten, aufgeklärt, informiert und unterstützt werden, z.B. durch ein wohnortnahes Netzwerk.

Unterstützung von Solidaritätsstrukturen, Netzwerkarbeit, Kooperationen mit Migrantenselbstorganisationen

Informationstransfers und Veranstaltungen seien dann besonders erfolgreich, wenn sie von vertrauten Personen initiiert, über Freunde, Bekannte, Familie und vertraute Netzwerke gestreut würden. Migrantenselbstorganisationen, Nachbarschaftszentren und Seniorenfreizeiteinrichtungen, die von Migrant/innen genutzt werden, gelten als geeignete Anlaufstellen. Aber auch darüber hinaus stellen Befragte Überlegungen an, wie einsame und alte Migrant/innen unterstützen werden könnten. Vereinzelt berichten Befragte von privat organisierten Versorgungsstrukturen und/oder Bemühungen, soziale Probleme durch Netzwerkarbeit aufzufangen. So geben etwa zwei vietnamesische Befragte an, ein Netzwerk aufbauen zu wollen, um die Probleme von Vietnames/innen in Deutschland zu besprechen und zu lösen. Eine Sozialpädagogin griechischer Abstammung schlägt Kooperationen zwischen Altenheimen und Migrantenselbstorganisationen vor, um Besuchernetzwerke und Veranstaltungen in Heimen zu organisieren und damit Lebensinhalte für deren Bewohner/innen zu schaffen.

Förderung von Partizipation und Engagementstrukturen sowie Unterstützung von migrantischen Wohnprojekten

Ein Sozialpädagoge mit arabischem Migrationshintergrund fordert, älteren Migrant/innen sollte die Möglichkeit gegeben werden, ihre Bedürfnisse zu formulieren und künftige Pflegeangebote mitzugestalten. Auch in den Überlegungen der Befragten aus Vietnam zu gemeinschaftlichen Wohnsiedlungen lässt sich das Bestreben erkennen, die eigene Zukunft selbst in

die Hand zu nehmen. Zumindest ein Teil der Befragten ist deutlich motiviert, sich einzubringen, mitzugestalten um gegebenenfalls eigene und neue Lösungen zu entwickeln. Initiativen und Engagement von Migrant/innen, die sich aktiv mit der bedarfsgerechten Verbesserung und Ergänzung aktueller Pflegelösungen auseinandersetzen, sollten ernst genommen und durch unbürokratische Formen der Förderung unterstützt werden. So wünschen sich einige Befragte staatliche Förderungen für betreute migrantische Alten-Wohnprojekte, wie sie von den vietnamesischen Befragten, einer Griechin und einer Polin imaginiert werden.

Ausbau von präventiven Angeboten für ältere Migrant/innen

Die Besucher/innen von Nachbarschaftszentren und Seniorentreffs wünschen sich mehr Angebote wie präventive Sportkurse (in ihrer Muttersprache), Tagesausflüge ins Umland und in die Natur, kulturelle Ausflüge wie Kino-, Theater- und Museumsbesuche, um sich körperlich und geistig fit zu halten.

Verstärkte Ausbildung von muttersprachlichen und / oder kultursensiblen Pflegefachkräften

Um gute Angebote zu gewährleisten brauche es mehr muttersprachliche und kultursensible Fachkräfte, insbesondere Pfleger/innen und Pädagog/innen. Die befragten Vietnames/innen finden es sinnvoller, Deutsch-Vietnames/innen im Bereich Altenpflege auszubilden, als vietnamesische Pflegekräfte nach Berlin zu holen.

Ausbau von bedarfsgerechten Pflegeangeboten

Zahlreiche Befragte fordern von der Politik, mehr Geld in Pflege und bedarfsgerechte Pflegeangebote zu investieren. Sie wünschen sich adäquate Angebote, die ihnen Sicherheit für ein Leben im Alter und eine umfassendere Unterstützung im Krankheitsfall bieten. Dabei sind ihnen nachvollziehbare und „faire“ Einstufungskriterien wichtig. Da sich die Pflegevorstellungen vieler Migrant/innen aus dem Konzept der familiären Pflege ableiten, wird häufig viel Zuwendung und Aufmerksamkeit von Seiten der Pflegekräfte verlangt. Dem Pflegepersonal solle genügend Zeit zur Verfügung stehen, sich neben der körperlichen auch der seelischen Pflege zu widmen.

Zusammenfassung

Die Camino – Werkstatt für Fortbildung, Praxisbegleitung und Forschung im sozialen Bereich gGmbH wurde von der Beauftragten für Integration und Migration des Senats von Berlin beauftragt, ein Gutachten zu Bedarfen im Bereich der kultursensiblen Altenpflege zu erstellen. Das Gutachten ermittelt aus der Perspektive von älteren Migrant/innen der ersten Einwanderergeneration und ihren pflegenden Angehörigen die Bedarfe und Ressourcen im Bereich der Altenpflege sowie die Probleme und die Barrieren des Zugangs zu den Angeboten und Institutionen der Altenpflege. Auf der Basis der Erhebung von Bedarfen der Migrant/innen und Barrieren des Zugangs werden Handlungsempfehlungen für die interkulturelle Altenpflege entwickelt.

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse des empirischen Teils der Studie zusammengefasst. Diese basieren auf der Befragung von Expert/innen aus Migrantenselbstorganisationen (MSOs) und interkulturellen Projekten und Angeboten sowie von migrantischen Senior/innen und ihren Angehörigen. Die Zusammenfassung ist nach den zentralen Kategorien Ressourcen, Probleme und Barrieren, Bedarfe und gute Praxis gegliedert.

Ressourcen

Familie als zentrale Ressource in der Pflege

Wenngleich in der Studie deutlich wird, wie heterogen die Lebenswelten von migrantischen Senior/innen in Abhängigkeit von Faktoren wie sozialer Lage, Herkunft, Sprachkenntnissen, Teilhabe, Bezug zum Herkunftsland etc. sind, zeigt sich auch, dass die Familie bei einem Teil der befragten Migrant/innen und nach Ansicht der Mehrheit der Expert/innen die zentrale Ressource bei der Versorgung von Pflegebedürftigen darstellt, wobei hier vor allem auf Ehepartner/innen und Kinder, z.T. auch auf Enkelkinder zurückgegriffen wird. Während Expert/innen eine vorrangig „weibliche Pflege“ durch Töchter und Schwiegertöchter betonen, zeigen die Interviews mit Pflegebedürftigen, dass auch Söhne verstärkt in die Familie eingebunden werden, z.T. um dem Bedürfnis der Senioren nach gleichgeschlechtlicher Pflege nachzukommen. Für einzelne Befragte ist die Pflege in der Familie das einzig vorstellbare Pflegemodell, da eine „fremde“ Pflege nicht dem familiären und kulturellen Werteverständnis entspricht. In vielen Fällen wird die familiäre Pflege durch ambulante Pflegedienstleistungen unterstützt. Eine Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung erscheint den meisten Angehörigen als allerletzte Option, wenn eine Pflege zuhause durch Angehörige und ambulante Dienstleistungen nicht mehr bewältigt werden kann.

Transnationale Organisation der Pflege

Insbesondere Migrant/innen, die auch schon vor der eigenen Pflegebedürftigkeit häufig zwischen dem Herkunftsland und Berlin pendelten, greifen auf transnationale Ressourcen in der Organisation der Pflege zurück. Bei dieser transnationalen Organisation der Pflege werden wechselweise jeweils die Ressourcen vor Ort aktiviert, z.B. durch Familie, durch Nachbarschaften oder auch durch privat bezahlte Pflegekräfte. Dies führt zu einer deutlichen Entlastung von pflegenden Angehörigen, stellt für die Pflegebedürftigen eine Bereicherung dar und trägt zu deren psychischer Ausgeglichenheit bei. Allerdings ist die transnationale Pflege sehr voraussetzungsvoll und in großem Maße davon abhängig, wie eng die familiären, freundschaftlichen und nachbarschaftlichen Kontakte im Herkunftsland sind und welche finanziellen Mittel und Ressourcen vorhanden sind (z.B. in Form von Eigentumswohnungen).

Unterstützung durch außerfamiliäre soziale Netzwerke

Bei denjenigen Senior/innen, die aus unterschiedlichen Gründen nicht oder in nicht ausreichendem Maße auf familiäre Netzwerke zurückgreifen können, spielt die Unterstützung durch außerfamiliäre soziale Netzwerke (z.B. durch Nachbarschaften und Religionsgemeinschaften) eine große Rolle. Es zeigt sich, dass informelle Netzwerke und Treffpunkte im Kiez (wie z.B. Bäckereien und Bistros, aber auch Männercafés) zur erfolgreichen Vermittlung von Informationen und zur Bewältigung von Anforderungen und Problemen des Alltags beitragen können.

Engagement von Akteuren aus den Communities bzw. den Migrantenselbstorganisationen und Entwicklung von muttersprachlichen Angeboten

Vorreiter/innen und Visionär/innen aus den Communities bzw. den Migrantenselbstorganisationen entwickeln innovative Ideen; sie setzen aber auch selbst Projekte und Angebote um (z.B. ein interkultureller Hospizdienst). Es wurde deutlich, dass Gründer/innen dabei z.T. gesellschaftliche Widerstände überwinden müssen, da sie Bedarfe wahrnehmen, die von der Mehrheitsgesellschaft bzw. ihren Institutionen ausgeblendet werden. Es gibt Anzeichen dafür, dass sich aus den Communities heraus ein wachsendes Angebot an kultursensiblen ambulanten Pflegediensten entwickelt hat. Es handelt sich dabei weniger um interkulturelle Angebote als vielmehr um Angebote für Angehörige einer Sprachgruppe.

Probleme und Barrieren*Grenzen familiärer Netzwerke*

In der Untersuchung werden auch die Grenzen der familiären Netzwerke sichtbar. Das Ideal der familiären Pflege kollidiert insbesondere bei alleinstehenden Gesprächspartner/innen mit ihren lebensweltlichen Realitäten. Neben einem konstatierten Wertewandel in der jüngeren Generation werden für begrenzte familiäre Ressourcen auch veränderte Rahmenbedingungen verantwortlich gemacht (z.B. Mehrfachbelastung der Kinder durch Beruf und eigene Familie, Leben der Angehörigen an verschiedenen Orten in Deutschland). Die Erwartungshaltung der älteren Generation kann zu innerfamiliären Konflikten führen, wenn deutlich wird, dass die jüngere Generation die familiäre Pflege nicht (mehr) als selbstverständliche familiäre Aufgabe ansieht. Ebenso gibt es aber auch Stimmen unter den nicht pflegebedürftigen Gesprächspartner/innen, die eine Pflege durch die eigenen Kinder ablehnen, um ihnen nicht zur Last zu fallen – auch wenn sie sich eigentlich wünschen, zuhause gepflegt zu werden.

Überlastung von pflegenden Angehörigen

Pflegende Angehörige, die dem Wunsch der Eltern bzw. des Ehepartners nach einer häuslichen Pflege nachkommen (wollen), befinden sich häufig in einer schwierigen Situation. Die psychosoziale Belastung durch die Pflegesituation ist insbesondere bei steigendem Pflegebedarf hoch; in der Folge kann es zu psychischen Problemen und einem Rückzug der pflegenden Angehörigen aus dem Berufsleben kommen. Hinzu kommt, dass die Angehörigen entsprechende pflegerische Kenntnisse benötigen bzw. sich diese erst aneignen müssen. Insbesondere Angehörige von Demenzerkrankten formulieren einen großen Unterstützungsbedarf. Einige befragte Expert/innen merken kritisch an, dass durch die Familie nicht immer in ausreichender medizinischer Qualität gepflegt wird.

Geringer Kenntnisstand zum Altenpflege- und Versorgungssystem

Übereinstimmend verweisen die Befragungsergebnisse von Expert/innen, Senior/innen und ihren Angehörigen auf einen überwiegend geringen Kenntnisstand bezüglich des Pflege- und Versorgungssystems hin. Insbesondere bei nicht pflegebedürftigen Senior/innen bestehen Un-

sicherheiten, Ängste und Informationsdefizite. Das Nachdenken darüber, ob man schwerpunktmäßig im Herkunftsland oder in Deutschland altern möchte oder ob transnationale Ressourcen aktiviert werden sollen, wird z.T. lange hinausgezögert. Auch bei bereits pflegebedürftigen Senior/innen wurde zum Teil ein geringer Kenntnisstand festgestellt; einige Befragte wussten nicht genau über ihre Leistungsansprüche Bescheid. Andere berichteten von Schwierigkeiten, diese gegenüber der Pflegekasse durchzusetzen. Das Beratungsangebot der Pflegestützpunkte war den Befragten bis auf eine Ausnahme nicht bekannt. Wie gut Pflegebedürftige über das Versorgungssystem informiert sind, hängt nicht zuletzt davon ab, welchen Bildungshintergrund und welche berufliche Qualifikation sie selbst, aber insbesondere auch ihre Kinder, haben, die die Pflege organisieren oder selbst durchführen.

Fehlende diversitätsbewusste Öffentlichkeitsarbeit von Beratungsangeboten und sprachliche und bürokratische Barrieren von Institutionen

Dass Beratungsangebote von Migrant/innen kaum in Anspruch genommen werden, wird von den Expert/innen auf eine fehlende kultursensible, lebensweltorientierte Öffentlichkeitsarbeit zurückgeführt. Dies betrifft nicht nur die fehlende Ansprache in der Muttersprache und über muttersprachliche Medien, sondern auch die Bilder, die durch eine auf „Deutsche“ fokussierte Öffentlichkeitsarbeit vermittelt werden, so dass sich Migrant/innen wenig oder gar nicht angesprochen fühlen. Weiterhin wurde deutlich, dass es sprachliche und bürokratische Barrieren gibt, die verhindern, dass Pflegebedürftige ihre Leistungsansprüche überhaupt erst geltend machen. Häufig wirkt auch die Angst vor der Überforderung, z.B. durch komplizierte bürokratische Abläufe, abschreckend. Diskriminierungserfahrungen können dazu führen, dass Angebote nicht in Anspruch genommen und Institutionen und Beratungsstellen nicht aufgesucht werden. Es fehlt an ansprechbaren „Vertrauenspersonen“ in den Institutionen.

Prekäre soziale Lagen und Schwierigkeiten bei der Finanzierung der Pflege

Eine zufriedenstellende Pflege ist maßgeblich von den ökonomischen Möglichkeiten der Betroffenen abhängig. Die Leistungen der Pflegekassen werden als unzureichend bewertet, insbesondere in Bezug auf die Einstufung der Pflegebedürftigkeit von Demenzkranken. Viele Pflegebedürftige aus der ersten Einwanderergeneration verfügen nur über sehr geringe Renten und können die Lücken der Pflegeversicherung kaum durch zusätzliche Mittel ausgleichen. Für die Mehrheit der befragten Migrant/innen lässt sich somit feststellen, dass fehlende ökonomische Möglichkeiten ihren Gestaltungsspielraum stark einschränken.

Unzufriedenheit mit ambulanten (muttersprachlichen) Pflegediensten

Die interviewten Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen kritisierten am Beispiel muttersprachlicher Pflegedienste die mangelnde Qualität der Dienstleistungen, was zu einem häufigen Anbieterwechsel führt. Dies wird aber nicht immer auf die ambulanten Pflegedienste selbst, sondern auch auf die Rahmenbedingungen, unter denen die Pfleger/innen arbeiten, zurückgeführt. Nach Ansicht der befragten Pflegebedürftigen können die Pflegekräfte die von den Pflegestufen abhängigen Leistungskomplexe in den knapp bemessenen Zeiten kaum erfüllen und erledigen ihre Arbeit deswegen nur ungenügend. Eine Expertin aus einem Pflegedienst wies darauf hin, dass Pflegebedürftige und ihre Angehörigen teils auch überzogene Vorstellungen davon haben, was ein Pflegedienst realistisch unter den gegebenen Bedingungen leisten kann.

Muttersprachliche Pflege garantiert keine kultursensible Pflege

Mit der Auswahl eines muttersprachlichen ambulanten Angebots ist die Erwartung einer kultursensiblen Pflege verbunden – im Sinne einer bedarfs- und biografieorientierten Pflege, bei der der einzelne Mensch mit seinen spezifischen kulturellen, religiösen, sozialen etc. Bedürfnissen im Mittelpunkt steht. Dies ist jedoch bei den muttersprachlichen Angeboten nicht automatisch gegeben, sondern ist auch dort ein Frage der ganz konkreten Qualität und der entsprechenden

Ausbildung der Pfleger/innen, die die pflegerische Fähigkeit entwickeln müssen, auf jeden einzelnen Menschen lebenswelt- und biografiebezogen einzugehen. Diese Erfahrung haben einige befragte Nutzer/innen von ambulanten muttersprachlichen Dienstleistungen gemacht.

Fehlende muttersprachliche Fachkräfte in der Pflege

Während für einige größere Migrantengruppen (z.B. türkischstämmige Senior/innen) eine wachsende Anzahl muttersprachlicher Angebote vorhanden ist, fehlen diese für kleinere Migrantengruppen noch vollständig. Grundsätzlich wurde übereinstimmend ein Fachkräftemangel bezogen auf muttersprachliche Pflegekräfte konstatiert. Außerdem sind die von ambulanten Pflegekräften eingesetzten Pfleger/innen häufig nicht auf hohem fachlichem Niveau ausgebildet. Es fehlen Kenntnisse im Umgang mit speziellen Krankheitsbildern, z.B. mit Demenz.

Mangelnde interkulturelle Öffnung von „deutschen“ Pflegeinstitutionen

Übereinstimmend wurde von den Expert/innen und von den befragten Angehörigen die mangelnde interkulturelle Öffnung von „deutschen“ Pflegeinstitutionen, insbesondere stationären Einrichtungen der Altenpflege, als Problem benannt. Pflegeheime sind häufig auf die Vielfalt von Pflegebedürftigen mit unterschiedlichen Sprachen, Freizeit- und Essgewohnheiten, Medienkonsum, kulturellen Bezügen (wie Feiern, Feste und Lieder), Hygiene- und Reinheitsvorstellungen, religiösen Ritualen (z.B. Gebetsraum) etc. nicht eingestellt. Fehlendes muttersprachliches Personal macht eine Verständigung zwischen Pflegebedürftigen und Pfleger/innen schwer bis unmöglich. Die muttersprachliche Verständigung ist insbesondere für Demenzkranke wichtig, da sie zunehmend in der Vergangenheit leben und ihre Zweitsprache verlernen. Es fehlt an Zimmernachbar/innen und weiteren Vertrauenspersonen, mit denen sich die Senior/innen verständigen können. Dies alles kann dazu führen, dass sich Krankheitsbilder verschlechtern, weil die Senior/innen sich unwohl fühlen, oder dass die Entscheidung, den/die Pflegebedürftige in ein Heim zu geben, von den Angehörigen gar nicht erst getroffen wird. Fehlende zufriedenstellende stationäre und teilstationäre Angebote erzeugen ein Gefühl der Ohnmacht bei den Angehörigen.

Fehlende Ressourcen von Migrantenselbstorganisationen

Insbesondere von den Expert/innen wurde das Engagement von Migrantenselbstorganisationen (MSOs) als gute Möglichkeit benannt, um in den Communities Diskussionen zum Thema Pflege anzustoßen und gezielt Informationen zu vermitteln. Auch pflegebedürftige Angehörige wünschen sich, dass MSOs das Thema stärker auf ihre Agenda setzen. Allerdings wurden die Ressourcen für eine thematische Erweiterung der Tätigkeit in Richtung Seniorenarbeit und Altenhilfe als äußerst knapp beschrieben, da die MSOs mit ihren vorhandenen Tätigkeiten (z.B. Beratung und Betreuung von Familien, Sprachdienste, kulturelle Angebote) bereits ausgelastet sind.

Bedarfe und gute Praxis

Bedarfsorientierte Versorgung durch kultursensible Altenpflege

Aus Sicht der Expert/innen sind wichtige Kompetenzen von Mitarbeiter/innen zur Umsetzung kultursensibler Angebote, sich auf Menschen mit verschiedenen Bedürfnissen, mit unterschiedlichen Biografien und kulturellen Hintergründen einzustellen, die Andersartigkeit anderer zu respektieren und ihnen auf gleicher Augenhöhe zu begegnen. Die Haltung der Mitarbeiter/innen sollte von dem Bewusstsein geprägt sein, dass jeder Mensch ein Recht auf eine Sonderbehandlung hat. Nicht immer müssen alle Mitarbeiter/innen die kulturellen Besonderheiten kennen und die Sprache der Pflegebedürftigen beherrschen, wichtig ist es jedoch, Interesse zu entwickeln und Empathie zu zeigen. Weiterhin ist es wichtig, Mythen und Zuschreibungen zu

vermeiden. Zur interkulturellen Öffnung von Institutionen und Einrichtungen ist von Bedeutung, Fortbildungen und Veranstaltungen anzubieten, um diese Kompetenzen und Haltungen zu fördern – sowohl für die Leitungsebene als auch für Mitarbeiter/innen.

Kriterien zur Auswahl von Angeboten

Zuverlässigkeit, fachliche Erfahrung und Vertrauenswürdigkeit sind nach Auffassung der befragten Senior/innen bzw. ihrer Angehörigen wichtige Kriterien zur Auswahl von Angeboten. Von Pflegekräften wird Gewissenhaftigkeit, Empathie, Wertschätzung, Sensibilität, Respekt und Humor gewünscht. Angebote sollten die Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen fördern und auf die individuellen, kulturellen und religiösen Bedürfnisse des Pflegebedürftigen eingehen (s.o.). Muttersprachlichkeit der Angebote ist ein wichtiges Auswahlkriterium.

Ausbau von muttersprachlichen ambulanten Angeboten

Das häusliche Pflegemodell hat bei den meisten Befragten Priorität. Zur Unterstützung der häuslichen Pflege sind noch mehr und noch bessere muttersprachliche ambulante Angebote nötig, wie muttersprachliche ambulante Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen. Muttersprachlichkeit der Pflegeangebote ist für die erste Einwanderungsgeneration ein sehr wichtiges Auswahlkriterium für ambulante Angebote: Sprache ist Mittel der Verständigung und der Vertrautheit. Der Bezug zur eigenen Herkunftskultur und zur eigenen Sprache kann mit dem Alter wichtiger werden; bei Demenzkranken droht der Verlust der deutschen Sprache als Zweitsprache. Auch ambulant betreute Wohngemeinschaften mit zweisprachiger Infrastruktur, z.B. zweisprachige Ärzt/innen, Physiotherapeut/innen, sind von großer Bedeutung, um Angehörige zu entlasten, aber eine individuelle Pflege in einem überschaubaren, vertrauten Umfeld zu ermöglichen.

Ausbau der Pflegeleistungen

Nach Ansicht der Betroffenen besteht ein Bedarf nach Ausbau der Pflegeleistungen, die von der Pflegekasse abgedeckt werden, sowie der Wunsch nach einer stärkeren Ausrichtung der Betreuungsleistungen auf die individuellen Bedarfe sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege. Für die ambulante Pflege wurde von knapp bemessenen Zeitkontingenten berichtet, die zu einer Pflege „wie am Fließband“ führen. Diese Bedarfe werden auch in der aktuellen politischen Diskussion wahrgenommen und führten zu dem zurzeit diskutierten Vorhaben des Bundesgesundheitsministerium, die Pflegeleistungen im kommenden Jahr zu erweitern (Stand: 1/14).

Förderung der transnationalen Pflege

Befragte wünschen sich die Auszahlung von Pflegegeld auch im nicht europäischen Ausland, um die transnationale Pflege durch Angehörige mit finanzieller Unterstützung organisieren zu können. Ein Aufenthalt im Herkunftsland kann das seelische Wohlbefinden der Pflegebedürftigen positiv beeinflussen.

Unterstützung von pflegenden Angehörigen

Pflegende Angehörige tragen die Hauptlast der Pflege und benötigen Unterstützung sowohl bei organisatorischen, pflegerischen und medizinischen Fragen als auch aufgrund von eigenen psychosozialen Belastungen – z.B. durch Beratungsangebote, Schulungen und Selbsthilfegruppen. Gewünscht werden auch kulturelle und soziale Angebote, die pflegende Angehörige gemeinsam mit den Pflegebedürftigen in Anspruch nehmen können, um sich mit anderen Betroffenen auszutauschen und einer Vereinsamung entgegenzuwirken.

Ausbildung von qualifizierten Fachkräften mit Migrationshintergrund

Migrant/innen bzw. Menschen mit Migrationshintergrund sollten für eine Ausbildung in der Pflege gewonnen werden, z.B. durch spezielle Ausbildungsprogramme für junge Menschen. Dabei besteht nicht nur ein Bedarf an Pflegehelfer/innen, sondern insbesondere an Pflegefachkräften auf hohem Qualifikationsniveau. Die Ausbildung sollte auch im Hinblick auf den Umgang mit Demenzkranken erfolgen; hier wird von den befragten Angehörigen ein großer Bedarf gesehen.

Berücksichtigung von interkultureller Kompetenz und Biografiearbeit in der Pflegeausbildung

Interkulturelle Kompetenz und Biografiearbeit sollten in der Ausbildung aller Pflegekräfte Berücksichtigung finden, unabhängig von deren Herkunft, damit Pflegekräfte in der Lage sind, kultursensibel zu arbeiten. Wenn sie diesen Anspruch in die Pflegeinstitutionen und Angebote tragen, kann dies zu einer Veränderung der Institutionen im Sinne einer interkulturellen Öffnung beitragen.

Kultursensible Öffentlichkeitsarbeit von Pflegeeinrichtungen und Beratungsstellen

Um Informationslücken zu schließen und Angebote für Migrant/innen attraktiver zu machen, ist eine kultursensible Öffentlichkeitsarbeit notwendig. Muttersprachlichkeit signalisiert Akzeptanz und fördert die Weitergabe von Informationen. Die symbolische Repräsentation von Migrant/innen auf Flyern, Internetseiten etc. kann dazu führen, dass Migrant/innen sich von Angeboten eher angesprochen fühlen. Auch sollten Materialien auf ihre Einfachheit und Verständlichkeit hin geprüft werden.

Ausbau von stadtteilbezogenen Seniorentreffs sowie weiteren sozialen und kulturellen Angeboten

Stadtteilbezogene Seniorentreffs in Begegnungsstätten und Nachbarschaftshäusern haben eine wichtige präventive Funktion, weil durch sie zum einen Informationen weitergegeben werden, z.B. im Rahmen von Veranstaltungen zu Pflege und Gesundheit, und sie zum anderen auch soziale, kulturelle und bewegungsorientierte Angebote für Senior/innen bereitstellen. Damit wirken sie Vereinsamungstendenzen entgegen und fördern die körperliche und geistige Gesundheit der Senior/innen. Hier liegen gute Praxisbeispiele von interkulturellen Begegnungsstätten vor, auch in Kooperation mit Pflegestützpunkten.

Stärkere Beteiligung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen in Institutionen

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen wünschen sich stärkere Mitsprachemöglichkeiten an den Institutionen, z.B. im Rahmen eines Pflege- und Angehörigenbeirats. Vertreter/innen eines interkulturellen Pflegedienstes wünschen sich eine bessere Kooperation von Angehörigen und Pflegekräften in ambulant betreuten Wohngemeinschaften und mehr Initiative und Engagement von Seiten der Familie.

Schulung von Multiplikator/innen aus den Communities

Es liegen gute Praxisbeispiele für die Schulung von älteren Migrant/innen aus den Communities vor, die in Gruppen durch eine Begegnungsstätte über das Pflegesystem informiert werden. Sie setzen sich mit Erwartungen und Vorstellungen vom Altwerden, mit Ängsten und Lebensumständen in Deutschland auseinander und lernen Pflegeinstitutionen kennen. Ihre Aufgabe ist es, in ihren Communities eine Auseinandersetzung mit dem Thema Altwerden in Deutschland und Pflege anzustoßen, dies geschieht z.T. in Gesprächsgruppen.

Aufsuchende Arbeit durch ausgebildete Pflegecoaches oder Beratungsstellen

Expert/innen nennen die aufsuchende Arbeit von Beratungsstellen einen guten Weg, um Informationen über das Pflegesystem zu verbreiten. Lebensweltliche Bezüge bieten gute Anknüpfungspunkte (z.B. nach dem Freitagsgebet in Kooperation mit einem Moscheeverein, bei einer Vereinssitzung, bei Festen und Veranstaltungen). Auch besteht ein Bedarf an Hausbesuchen, gerade bei alleinstehenden Migrant/innen, durch speziell ausgebildete migrantische Pflegecoaches. Beispiele guter Praxis von aufsuchender Informations- und Beratungsarbeit durch Hausbesuche mittels zweisprachiger Tandems liegen bereits vor.

Nutzung von muttersprachlichen Medien als Informationsquellen

Bewährt hat sich die gezielte Nutzung von muttersprachlichen Medien als Informationsquellen, z.B. Aufklärungsreihen in türkischsprachigen Fernsehprogrammen zu den Regelungen der Pflegeversicherung und zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten. Dieses Potential wird jedoch noch zu wenig genutzt.

Hausärzt/innen als Multiplikator/innen

Hausärzt/innen werden als Multiplikator/innen benannt, über die Senior/innen Informationen zu Beratungsmöglichkeiten und Unterstützungsangeboten erhalten. Die Rolle des Hausarztes/der Hausärztin wird als Schlüsselposition, als Berater/in und Vermittler/in beschrieben. Es besteht ein Bedarf an mehrsprachigen Informationsmaterialien, die gezielt an Arztpraxen verteilt werden. Für Pflegestützpunkte können Hausärzt/innen, insbesondere mit Migrationshintergrund, wichtige Kooperationspartner/innen sein.

Niedrigschwellige Informationsveranstaltungen

Befragte wünschen sich Informationsveranstaltungen zum Thema Pflege und Gesundheit, die mit kulturellen und sozialen Angeboten verknüpft werden (Austausch, Essen, Musik, Theater), um an Attraktivität zu gewinnen. Die Informationen müssen klar und anschaulich aufbereitet werden. Diejenigen Befragten, die über wenig Wissen verfügen, wünschen sich Einblicke in den Pflegealltag durch Gespräche mit Betroffenen und Dienstleistern.

Verstärktes Engagement der Migrantenselbstorganisationen für die Problematik und Unterstützung bei der Entwicklung von Modellprojekten

Befragte aus den Migrantenselbstorganisationen wünschen sich die Bereitstellung von Ressourcen zur Entwicklung von Modellprojekten. Pflegenden Angehörige und pflegebedürftige Senior/innen betonen die Wichtigkeit, dass Migrantenselbstorganisationen das Thema Pflege stärker als bislang auf ihre Agenda setzen und eine aktive Vermittlungsrolle in der Weitergabe von Informationen in die Communities einnehmen. Hier sind möglicherweise noch Sensibilisierungsprozesse nötig. Zurzeit entwickelt eine arabische Migrantenselbstorganisation ein Modellprojekt für eine Wohngemeinschaft für die arabische Community.

Förderung des Dialogs zwischen professionellen Angeboten, Institutionen, Behörden und Migrantenselbstorganisationen

Die Mehrheit der befragten Expert/innen hält den verstärkten Dialog und die Vernetzung zwischen allen wichtigen Akteuren zum Thema interkulturelle bzw. kultursensible Altenpflege für erforderlich. Gewünscht wird ein berlinweiter Fachtag zum Thema, der unter Beteiligung von Migrantenselbstorganisationen organisiert und durchgeführt werden sollte.

Kooperationen von Pflegestützpunkten, Nachbarschaftsheimen, Migrantenselbstorganisationen und weiteren wichtigen Akteuren zum Aufbau von Netzwerken

Es besteht ein Bedarf an verstärkter Kooperation von Pflegestützpunkten, stadtteilnahen interkulturellen Begegnungsstätten und Nachbarschaftsheimen, interkulturellen Pflegediensten sowie Migrantenselbstorganisationen, z.B. zur Durchführung von Informationsveranstaltungen oder bei der Schulung von Multiplikator/innen. Hier liegen bereits gute Praxisbeispiele vor. Pflegestützpunkte können auf Netzwerkpartner zurückgreifen, wenn es darum geht, die Sprachschwierigkeiten in der Beratung zu beheben, z.B. durch den Gemeindedolmetscherdienst. Auch migrantische medizinische Vereinigungen können wichtige Kooperationspartner sein, wie z.B. die Gesellschaft türkischer Mediziner oder die Arabische Medizinergesellschaft.

Bedarf an neuen Wohnformen für Senior/innen

Neue gemeinschaftliche Wohnformen werden u.a. von den Vertreter/innen der Migrantenselbstorganisationen als geeignete Möglichkeiten für ein bedarfsgerechtes Leben im Alter eingeschätzt. Hier sind in Abhängigkeit von dem Grad der Pflegebedürftigkeit der Bewohner/innen unterschiedliche Modelle denkbar: Neben ambulant betreuten Wohngemeinschaften, die unter anderem für demente Senior/innen eine interessante Pflegeoption darstellen, wenn diese kultursensibel und muttersprachlich ausgerichtet sind, stehen auch generationsübergreifendes Wohnen, interkulturelle mehrsprachige Wohngemeinschaften und gemeinschaftliche Wohnsiedlung von (noch) nicht Pflegebedürftigen zur Diskussion.

Förderung von Partizipation und Engagementstrukturen

Älteren Migrant/innen sollte die Möglichkeit gegeben werden, ihre Bedürfnisse zu formulieren und künftige Pflegeangebote mitzugestalten. In den Überlegungen der Befragten zu gemeinschaftlichen Wohnsiedlungen lässt sich das Bestreben erkennen, die eigene Zukunft selbst in die Hand zu nehmen. Zumindest ein Teil der Befragten ist deutlich motiviert, sich einzubringen, mitzugestalten, um gegebenenfalls eigene und neue Lösungen zu entwickeln. Initiativen und Engagement von Menschen mit Migrationshintergrund, die sich aktiv mit der bedarfsgerechten Verbesserung und Ergänzung aktueller Pflegelösungen auseinandersetzen, sollten ernst genommen und unterstützt werden.

Empfehlungen

1. Pflegende Angehörige stärker durch bedarfsgerechte Angebote unterstützen und ihre Selbsthilfepotentiale fördern

Die Familie stellt eine zentrale Ressource bei der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit dar, woraus häufig eine starke Belastung pflegender Angehöriger resultiert. Das Gutachten hat Hinweise erbracht, dass eine Unterstützung pflegender Angehöriger sowohl in psychosozialer Hinsicht als auch im pflegerischen Bereich erforderlich ist.

Die bereits bestehenden Unterstützungsangebote durch die Pflegeversicherung (SGB XI) reichen von der Pflichtberatung nach § 37 SGB XI für Pflegegeldempfänger über Pflegekurse und individuelle häusliche Schulungen für pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen nach § 45 SGB XI, bis hin zu Pflegesachleistungen als einer dauerhaften oder zeitweisen Entlastung der pflegenden Angehörigen im Pflegealltag. Zu nennen sind hier auch Beratungsangebote durch freie Träger, wie beispielsweise ein mehrsprachiges Angebot für Menschen mit Migrationshintergrund, die demenzkranke Angehörige versorgen. Der starke Wunsch nach mehr Unterstützung, der von pflegenden Angehörigen geäußert wurde, legt den Schluss nahe, dass Strategien entwickelt werden sollten, um besser zwischen der bereits vorhandenen Angebotspalette und pflegenden Angehörigen zu vermitteln und gegebenenfalls bedarfsgerechtere und diversitätsbewusste Unterstützungsangebote zu entwickeln. Ein wichtiges Augenmerk sollte dabei auch auf die Unterstützung einer sachgerechten Pflege durch pflegende Angehörige gelegt werden, da es Hinweise darauf gibt, dass pflegende Angehörige nicht immer eine im medizinischen bzw. pflegerischen Sinne zufriedenstellende Pflege leisten. Hier sind auch die Krankenkassen wichtige Kooperationspartner, die ja bereits pflegende Angehörige durch Schulungen unterstützen.

Weiterhin hat die Untersuchung Hinweise erbracht, dass es geboten ist, die Selbsthilfepotentiale pflegender Angehöriger zu stärken. Die Förderung von Selbsthilfe- und Gesprächsgruppen für pflegende Angehörige, um Isolation zu überwinden, in Austausch zu treten und sich gegenseitig zu unterstützen, gegebenenfalls mit fachlicher Begleitung, z.B. durch eine/n Psycholog/in, sind ein geeigneter Weg. Die bereits seit 2010 in Berlin vorhandenen bezirklichen Kontaktstellen „PflegeEngagement“, deren Aufgabe es ist, wohnortnahe Selbsthilfe- und Ehrenamtsstrukturen für betreuende und pflegende Angehörige sowie Pflegebedürftige zu unterstützen, sollten prüfen, inwiefern die vorhandenen Angebote Zielgruppen mit Migrationshintergrund ansprechen bzw. was sie tun können, um den Aufbau von speziell interkulturell und/oder muttersprachlich ausgerichteten Unterstützungsstrukturen zu fördern. Insbesondere ist hier die Kooperation und Vernetzung mit Migrantenselbstorganisationen, interkulturell ausgerichteten Pflegediensten und interkulturellen Begegnungsstätten zu empfehlen. Weiterhin können auch bestehende Migrantenselbstorganisationen oder interkulturelle Begegnungsstätten als Akteure gestärkt werden, um Initiativen zu fördern oder Gruppen bei bestehendem konkretem Bedarf bei der Gründung zu unterstützen.

2. Transnationale Pflegearrangements verstärkt unterstützen

Das Gutachten hat gezeigt, dass Senior/innen mit Migrationshintergrund auf transnationale Ressourcen in der Pflege zurückgreifen. Durch eine stärkere Unterstützung von transnationalen Pflegearrangements können pflegende Angehörige entlastet werden, insbesondere bei Pendelmigration zwischen Deutschland und dem Herkunftsland. Es sollte darauf hingewirkt wer-

den, dass die Krankenkassen die Auszahlung des Pflegegeldes zumindest während der ersten sechs Wochen des Aufenthaltes auch im Nicht-EU-Ausland gewähren. Es liegen Hinweise dafür vor, dass Krankenkassen die bestehende Regelung zu Ungunsten der Pflegebedürftigen ausgelegt haben und das Pflegegeld nicht auszahlen. Damit wird der zeitweise Aufenthalt im Herkunftsland erschwert, der jedoch für die psychische Stabilität des Pflegebedürftigen notwendig sein und häufig gesundheitsfördernd wirken kann. Langfristig ist eine gesetzliche Änderung erstrebenswert, um eine Gleichstellung von Nicht- EU-Bürgern mit EU-Bürgern zu erreichen.

3. Gemeinschaftsorientierte neue Wohnformen ausbauen, bewährte Praxismodelle übertragen und Projektinitiativen aus den Migrantenselbstorganisationen (MSOs) fördern

Die Entwicklung neuer Wohnformen entspricht dem Wunsch vieler alter Menschen nach einem individuellen, weitgehend selbstbestimmten Leben bis ins hohe Alter möglichst im vertrauten Wohnumfeld bei gleichzeitiger Versorgungssicherheit. Das Gutachten hat den Bedarf nach einem Ausbau zweisprachiger bzw. interkultureller Wohngemeinschaften insbesondere für Demenzzranke aufgezeigt, die durch ambulante Pflegekräfte betreut werden. Weiterhin gibt es bewährte Praxismodelle in Kooperation von Wohnungsunternehmen, Pflegedienstleistern und weiteren Akteuren, die auf Berlin übertragen werden könnten, wie z.B. das Bielefelder Modell, das ein quartiersbezogenes Wohnen in der eigenen Wohnung mit Gemeinschaftsräumen bei gleichzeitiger Betreuung und Sicherheit z.B. durch einen Pflegedienst mit umfassendem Serviceangebot (z.B. Hausnotruf, Menüservice) beinhaltet. Auch das Anknüpfen an Erfahrungen, die in Berlin bereits gemacht wurden, ist zu empfehlen. Hier stellt sich z.B. die Frage, wie das Modell der Seniorenwohnhäuser wiederbelebt und auf eine andere Finanzierungsgrundlage gestellt werden könnte.

Besonderer Aufmerksamkeit bedarf die Berücksichtigung häufig prekärer Lebenslagen von Migrant/innen. Eine zentrale Frage muss also sein, wie diese neuen Wohnformen auch alten Menschen in prekären Verhältnissen ermöglicht werden können.

Es liegen bereits Vorschläge, Initiativen und Ideen aus Migrantenselbstorganisationen für die Entwicklung gemeinschaftlicher Wohnformen vor. Solche Initiativen zur Angebotsentwicklung für Migrant/innen sollten gefördert werden, z.B. durch die Förderung von Modellprojekten oder die Unterstützung von Migrantenselbstorganisationen bei der Suche nach geeigneten Kooperationspartnern aus der Wohnungswirtschaft.

4. Zielgruppenorientierte Informations- und Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Altersvorsorge und Beratungsangebote fördern

Eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit, bestehend aus verständlichen, zielgruppenorientierten und muttersprachlichen Broschüren und Informationsmaterialien, ist nötig, um bestehende Informations- und Beratungsangebote noch weiter bekannt zu machen. Als erfolgsversprechend erweisen sich darüber hinaus informative und aufklärende Programme in muttersprachlichen Medien und Fernsehsendern. Die Informationsmaterialien sollten aktiv an zentrale Schlüsselakteur/innen wie Hausärzt/innen, Migrantenselbstorganisationen, Migrationssozialdienste, Verbände und Religionsgemeinschaften verteilt werden. Allgemein sollte bei der Gestaltung von Informationsmaterialien zu Altersvorsorge und Pflege auf eine Gestaltung und Weiterbildung geachtet werden, die neben deutschen auch migrantische Zielgruppen anspricht. Die Repräsentation von Vielfalt sollte sich in der Gestaltung der Materialien niederschlagen.

Es ist bei der Entwicklung und Weitergabe von Materialien zu beachten, dass Übersetzung alleine in der Muttersprache nicht immer zielführend ist. Vielmehr muss es darum gehen, die Informationsweitergabe und Ansprache so zu gestalten, dass Menschen mit unterschiedlichen

Bildungs- und Erfahrungshintergründen berücksichtigt und angesprochen werden. So kann z.B. für Menschen mit Demenz der Einsatz leichter Sprache sinnvoll sein.

5. Quartiersbezogene Netzwerke und Kooperationen zur Verbesserung der Beratung und Informationsvermittlung stärken

Eine enge Kooperation zwischen Pflegestützpunkten und anderen Beratungsinstanzen bzw. Fachexpert/innen einerseits und Migrantenselbstorganisationen, Religionsgemeinschaften, Nachbarschaftsheimen, Begegnungsstätten, Migrationssozialdiensten und Seniorenfreizeiteinrichtungen andererseits kann beispielsweise in Form von gemeinsamen Informations- und Beratungsveranstaltungen für Senior/innen den Kenntnisstand zum Versorgungssystem verbessern und über Rechtsansprüche und Angebote informieren. Weiterhin ist ein verstärkter Fachaustausch derjenigen Pflegestützpunkte, die bereits über umfangreiche Praxiserfahrungen im Bereich von quartiers- und lebensweltbezogenen Kooperationen verfügen, mit anderen Pflegestützpunkten zu empfehlen.

Gute Erfahrungen wurden mit dem Einsatz des Gemeindedolmetschdienstes (GDD), z.B. in Beratungsgesprächen, gemacht. Die Kooperation mit dem Gemeindedolmetschdienst sollte Beratungsinstitutionen (wie z. B. den Pflegestützpunkten) und Pflegeeinrichtungen als Serviceleistung des Landes Berlin zur Verfügung gestellt werden. Neben der besseren Verständigung hat dies auch eine Signalwirkung gegenüber Migrant/innen, dass ihre Bedarfe ernst genommen und anerkannt werden.

Auch die Zusammenarbeit von Beratungsinstitutionen mit Hausärzt/innen und weiteren Akteur/innen aus dem Gesundheitswesen (z.B. Physiotherapeut/innen) ist ein guter Weg, um Informationen an ältere Migrant/innen weiterzuleiten. Neben den bereits erwähnten Informationsmaterialien könnten diese Stellen mit gezielten Informationen versorgt werden, die sie in persönlichen Gesprächen weitergeben.

6. Multiplikator/innen aus den Communities ausbilden und einsetzen

Das Gutachten hat aufgezeigt, dass die Ausbildung und der Einsatz von Multiplikator/innen aus den Communities ein empfehlenswerter Weg ist, um den Kenntnisstand von Senior/innen und ihren Angehörigen zu verbessern und den Zugang zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten zu erleichtern. Solche Multiplikator/innen („Pflegecoaches“, „Lots/innen“, „Brückenbauer/innen“) haben die Aufgabe, als Ansprechpartner/innen in den Communities zur Verfügung zu stehen, für den Themenbereich zu sensibilisieren und Informationen zum Versorgungssystem sowie zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten an Migrant/innen aus der Community zu vermitteln. Darüber hinaus können sie Zugänge zu Pflegestützpunkten erleichtern und gegebenenfalls Sprachmittlertätigkeiten übernehmen.

Als besonders erfolgversprechend werden aufsuchende Arbeitsansätze angesehen. Dabei können verschiedene Anlässe – wie beispielsweise in einem umgesetzten Projekt Geburtstage – genutzt werden, um auch isoliert lebende Senior/innen zu Hause zu erreichen, sie im Bedarfsfall zu informieren und Zugänge zu Unterstützungsangeboten zu erleichtern. Das auf den Bereich der Altenhilfe zu übertragende Modell der „Stadtteilmütter“ könnte dabei ein Vorbild für eine erfolgreiche aufsuchende Arbeit sein. Darüber hinaus ist auch das Ehrenamt in der Altenhilfe ausbaufähig und müsste noch mehr Anerkennung erfahren. Hier müssen beispielsweise die MSOs gezielt unterstützt werden, damit sie – auch in Kooperation mit anderen Trägern – Ehrenamtliche ausbilden (siehe auch Empfehlung 7). Die Zusammenarbeit mit Moscheevereinen und anderen religiösen Gemeinschaften ist hier ein Erfolg versprechender Weg.

7. Selbsthilfestrukturen und präventive Angebote für Senior/innen ausbauen

Präventive Angebote von Seniorenfreizeiteinrichtungen, Nachbarschaftsheimen, Migrantenselbstorganisationen etc. im Sport- und Bewegungsbereich sowie soziale und kulturelle Angebote für Senior/innen sind einerseits geeignet, um die körperliche und geistige Fitness zu erhalten, zum anderen bieten sie auch Gelegenheiten für sozialen Kontakt und können so einer möglichen Vereinsamung entgegenwirken. Sie sollten deshalb weiter ausgebaut und gefördert werden. Wohnortnahe Treffpunkte fördern den Austausch und stärken informelle Netzwerke unter den Senior/innen selbst – sie erfüllen damit eine wichtige präventive Funktion. Die Angebote sollten auf die Förderung von Selbsthilfepotentialen von Senior/innen ausgerichtet sein, d.h. die Aktivierung der Senior/innen unterstützen. Auch Angebote für Senior/innen und ihre pflegenden Angehörigen gemeinsam sind zu empfehlen, wie z.B. Bewegungsgruppen, Gedächtnistrainings und Demenz-Cafés. Nachbarschaftsheimen und Seniorenfreizeiteinrichtungen sollten quartiersbezogen ihr interkulturelles Profil schärfen, um Senior/innen unterschiedlicher Herkunft anzusprechen. Auch ehrenamtliche Besuchsdienste und Nachbarschaftsinitiativen sind ein wichtiges Mittel, um der Vereinsamung von Senior/innen entgegenzuwirken und wohnortnahe Netzwerke aufzubauen. Beim Aufbau solcher Initiativen können Migrantenselbstorganisationen, z.B. in Kooperation mit den bezirklichen Kontaktstellen „PflegeEngagement“, eine wichtige Rolle spielen.

8. Den Fachdialog zwischen Migrantenselbstorganisationen, Angeboten, Einrichtungen und Behörden fördern

Die Förderung des Fachdialogs zwischen Behörden, Pflegeangeboten und Migrantenselbstorganisationen, aber auch Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sowie weiteren Akteuren wie beispielsweise Wohnungsunternehmen oder Krankenkassen zielt darauf, die weitere Sensibilisierung für die Belange von alten Migrant/innen mit und ohne Pflegebedarf anzustoßen, den Informations- und Erfahrungsaustausch voranzubringen sowie Vernetzungen und Kooperationen zu initiieren. Beispielsweise geschieht die Entwicklung neuer Wohnformen häufig in Kooperation mehrerer Akteure. Gerade bei dem Thema der wohnortnahen Versorgung ist neben der Einbeziehung von Wohnungsunternehmen auch die Beteiligung der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung an Austauschrunden wichtig. Außerdem müssen verstärkt Moscheevereine und andere religiöse Gemeinschaften in den Dialog einbezogen werden. Ein Berliner Fachtag, der zusammen mit Migrantenselbstorganisationen organisiert wird, stellt eine gute Gelegenheit dar, den Fachdialog zu fördern. Dies sollte auch mit der Präsentation aktueller wissenschaftlicher Forschungsprojekte verbunden werden, die zurzeit in Berlin durchgeführt werden. Außerdem dient ein solcher Fachtag der Informationsvermittlung und der Vorstellung von konkreten Angeboten der interkulturellen Altenpflege sowie von Umsetzungsmöglichkeiten kultursensibler Aspekte im Rahmen der Regelstrukturen, denn auch nicht allen Experten sind die in Berlin vorhandenen Angebote und Fördermöglichkeiten bekannt, wie im Rahmen des durchgeführten Fachgesprächs festgestellt wurde, an der u.a. Vertreter/innen von MSO und Senatsverwaltung teilnahmen.

9. Interkulturelle Kompetenzen von Pflegekräften fördern und die Verbesserung der Rahmenbedingungen professioneller Pflege vorantreiben

Das Gutachten hat Hinweise dafür erbracht, dass verstärkt kultursensible Angebote erforderlich sind und die interkulturellen Kompetenzen von Pflegekräften (weiter)entwickelt werden sollten. Diese Kompetenzen umfassen, sich auf Menschen mit verschiedenen Bedürfnissen, mit unterschiedlichen Biografien und kulturellen Hintergründen einzustellen, die Andersartigkeit anderer zu respektieren und ihnen auf gleicher Augenhöhe zu begegnen. Die Haltung der Mit-

arbeiter/innen sollte von dem Bewusstsein geprägt sein, dass jeder Mensch ein Recht auf eine Sonderbehandlung hat. Diese Kompetenzen müssen weiter ausgebaut werden. Weiterhin sollte die Sprachenvielfalt verstärkt in den Pflegeberuf Einzug finden, z.B. durch Praktika im Ausland und das Fördern von Fremdsprachenerwerb bei (sprachbegabten) Pflegekräften.

Allerdings werden bereits seit mehreren Jahren vielfältige Anstrengungen unternommen, die interkulturellen Kompetenzen von Pflegekräften zu verbessern. Hier stellt sich die Frage, warum sich dies nicht in einer Verbesserung des Pflegealltags niederschlägt. Die Vermutung liegt nahe, dass hier *auch* strukturelle Veränderungen im Versorgungssystem und Verbesserungen in den Rahmenbedingungen der Pflege erforderlich sind, damit die verbesserten Kompetenzen auch tatsächlich in der Pflegepraxis umgesetzt werden können. Beispielsweise müssten sich die Rahmenbedingungen in der Pflege so verändern, dass mehr Selbstverantwortung und Handlungsfreiheit für Pflegekräfte ermöglicht wird und Zeit für Zuwendung gegeben ist und so die kultursensiblen Kompetenzen tatsächlich zum Tragen kommen.

Die Empfehlung zielt darauf ab, die Perspektive von Migrant/innen, ihren Wunsch nach Zuwendung in der Pflege in die Diskussionen um die Verbesserung des Versorgungssystems einzubringen.

10. Muttersprachliche Pflegedienste ausbauen und ihre Qualität sichern

Im Gutachten wurde der Wunsch pflegebedürftiger Migrant/innen nach muttersprachlichen Pflegeangeboten deutlich, sodass der Ausbau von muttersprachlichen Pflegedienstleistungen empfohlen werden kann. Neben der Frage der Verständigung geht es dabei auch um die symbolische Funktion der Sprache als Mittel der Vertrautheit. Jedoch bedeutet eine Pflege in der Muttersprache nicht automatisch ein qualitativ befriedigendes, kultursensibles Pflegeangebot. Wichtig für muttersprachliche Pflegedienstleistungen ist es, dass es sich mehrheitlich um gut ausgebildete zweisprachige Pflegekräfte handelt, die über sehr gute Kenntnisse des hiesigen Gesundheitssystems verfügen, damit diese die Pflegebedürftigen auch beraten und weiterverweisen können. Eine Förderung von Kooperationen zwischen etablierten erfahrenen Pflegedienstleistern und kleinen muttersprachlichen Anbietern ist zu empfehlen, um die Pflegequalität zu sichern. Außerdem ist die Förderung von qualifizierten Fachkräften mit Migrationshintergrund in Leitungs- und Führungspositionen bei ambulanten Pflegediensten durch gezielte Beratung zu empfehlen, um hierüber Einfluss auf die Sicherung und Verbesserung der Pflegequalität nehmen zu können.

11. Menschen mit Migrationshintergrund in Beiräten stärker beteiligen

Eine Form der Beteiligung von Pflegebedürftigen und oder ihren Angehörigen in stationären Einrichtungen und gemeinschaftlichen Wohnformen besteht in der Mitwirkung in Form von zu bildenden Beiräten. An diesen Beiräten sollten verstärkt Menschen mit Migrationshintergrund beteiligt werden, damit ihre Sichtweise stärker Berücksichtigung findet.

12. Qualitätsstandards für eine kultursensible Pflege (weiter)entwickeln

In die Qualitätsstandards für die verschiedenen Bereiche der Pflege sollten Qualitätsstandards aufgenommen werden, die auf die Umsetzung kultursensibler Angebote zielen. Bislang spielt Kultursensibilität noch keine Rolle als Kriterium für die Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege (bei der Begutachtung der Anbieter durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen). Auch müssen bislang noch keine Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung von stationären Einrichtungen nachgewiesen werden, obgleich entsprechende Kriterien hierzu bereits existieren. Diese müssten jedoch weiterentwickelt und konkretisiert werden. Beispielsweise sollte dafür

gesorgt werden, dass ein/e Pflegebedürftige/r nicht in sprachlicher Isolation leben muss. Dieser Qualitätsstandard könnte beinhalten, dass nachgewiesen werden muss, dass Maßnahmen ergriffen werden, die sprachliche Isolation eines Pflegebedürftigen zu verhindern, wie z.B. das regelmäßige Hinzuziehen von Dolmetscher/innen, Besuche von muttersprachlichen Ehrenamtlichen, Einsatz von muttersprachlichem Pflegepersonal, die Bereitstellung von mehrsprachigen Medien. Im Vorfeld der Entwicklung von Qualitätsstandards sollten konkrete Stolpersteine und Barrieren für eine kultursensible Pflege und eine interkulturelle Öffnung der Einrichtungen identifiziert und diskutiert werden.

13. Die Attraktivität des Pflegeberufs erhöhen und die Ausbildung von Pflegefachpersonal mit Migrationshintergrund fördern

Die im Rahmen des Gutachtens mehrfach gestellte Forderung danach, dass mehr Menschen mit Migrationshintergrund im Pflegebereich beschäftigt werden, ist nicht neu, bleibt aber gleichermaßen aktuell. Insbesondere besteht ein Bedarf an qualifizierten zwei- oder mehrsprachigen Pflegefachkräften mit einer entsprechenden mehrjährigen Ausbildung. Hier gilt es nach wie vor, geeignete Strategien zu entwickeln, damit sich mehr Menschen mit Migrationshintergrund für eine qualifizierte Tätigkeit in der Pflege entscheiden, z.B. durch entsprechende Kampagnen. Dabei spielt insbesondere eine Rolle, die Attraktivität des Pflegeberufs insgesamt zu erhöhen, indem die Rahmenbedingungen für Pflegekräfte verbessert werden, z.B. durch eine bessere Bezahlung und durch Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Auch die Karriereförderung von Pflegefachpersonal mit Migrationshintergrund ist unbedingt notwendig, damit diese verstärkt Leitungspositionen übernehmen. Ebenfalls sollte die Anerkennung von ausländischen Abschlüssen im Bereich der Altenpflege speziell aus Nicht-EU-Ländern vorangetrieben werden. Weiterhin wird von Expert/innen ebenfalls ein Bedarf an muttersprachlichen Pflegehelfer/innen gesehen, die in Kurzeitausbildungen geschult werden. Dies kann beispielsweise für Langzeitarbeitslose eine Chance sein, um wieder den Weg ins Berufsleben zu finden.

Diese Handlungsempfehlung zielt darauf ab, zum einen die Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte zu verbessern, damit sich die Attraktivität des Berufsbildes insgesamt erhöht, und zum anderen die in Deutschland vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen von Menschen mit Migrationshintergrund durch gezielte Fachkräfteausbildung und Karriereförderung zu nutzen.

14. Migrantenselbstorganisationen als zentrale Akteure im Themenfeld stärken und unterstützen

Die bislang dargestellten Empfehlungen verdeutlichen, dass den Migrantenselbstorganisationen als Akteure im Themenfeld eine große Bedeutung zukommt. Sie müssen zum einen für das Thema Altenhilfe im Allgemeinen und Altenpflege im Besonderen sensibilisiert werden und in aktuelle Debatten und den Fachaustausch einbezogen werden, damit sie selbst in ihren Organisationen das Thema stärker auf die Agenda setzen. Zum anderen bedarf es aber auch zusätzlicher finanzieller und personeller Ressourcen für die Migrantenselbstorganisationen, damit sie entsprechende Angebote und Projekte entwickeln und Kooperationen aktiv gestalten können, da ihre vorhandenen Ressourcen nicht ausreichen, um das Themenfeld – zusätzlich zu ihren bereits vorhandenen Aufgabenschwerpunkten – abzudecken.

Eine wichtige, bislang vernachlässigte Bedeutung kommt Migrantenselbstorganisationen auch im Rahmen von interkulturellen Öffnungsprozessen der Alten- und Behindertenhilfe insgesamt zu. Die interkulturelle Öffnung von stationären Einrichtungen der Altenpflege, aber auch der Einrichtungen im Seniorenfreizeitbereich wird insbesondere dann gefördert, wenn es zu „echten“ Kooperationsbeziehungen zwischen MSOs und Einrichtungen kommt und wenn diese auf Augenhöhe stattfinden. Eine Umsetzung gemeinsamer Projekte und Anliegen führt zu einer vielfältigeren Organisationskultur und zu gelebter Interkulturalität.

Beispielhafte Vorschläge für Maßnahmen

Im Folgenden werden drei Vorschläge für Maßnahmen dargestellt, die sich aus den dargestellten Empfehlungen ergeben bzw. bereits implizit in den Empfehlungen enthalten sind. Die dargestellten Vorschläge sind als Beispiele und als Anregung zu verstehen; darüber hinaus ist es notwendig, auf Basis der dargestellten Empfehlungen einen umfassenden Maßnahmenkatalog zu entwickeln.

Förderung des Fachdialogs unter zentraler Beteiligung der Migrantenselbstorganisationen

Das Gutachten hat gezeigt, dass der Fachdialog zwischen Behörden, Pflegeangeboten, Migrantenselbstorganisationen, religiösen Vereinigungen sowie weiteren Akteuren wie z.B. Wohnungsunternehmen, Migrationssozialdiensten und sozialen Trägern mit Angeboten im Bereich der Altenpflege bzw. -hilfe notwendig ist. Dies wird gerade durch die Vertreter/innen der Migrantenselbstorganisationen gestützt und gefordert.

Das Ziel des Dialogs ist es,

- Informationen zu Unterstützungsstrukturen und -angeboten im Bereich der (interkulturellen) Altenpflege und entsprechender Beratungs- und Unterstützungsangebote zu vermitteln,
- Strategien zu entwickeln und umzusetzen, um den Informationsstand in den migrantischen Communities zum Pflegesystem zu verbessern,
- die Auseinandersetzung mit Bedarfen, Problemen und Barrieren, z.B. anhand von aktuellen Forschungsergebnissen, anzuregen,
- eine Sensibilisierung der Akteure für die Belange von älteren Migrant/innen zu erreichen,
- den Kontakt zwischen verschiedenen Akteuren herzustellen, um Kooperationen und Vernetzungen zu initiieren.

Folgende Umsetzungsformen sind möglich:

- verschiedene Dialogrunden zu spezifischen Themen, wie z.B. die Entwicklung neuer Wohnformen, die Entwicklung von Projekten zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Senior/innen im gewohnten Wohnumfeld oder zur Verbesserung des Zugangs von Migrant/innen zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten,
- ein Fachtag, auf dem aktuelle Forschungsergebnisse präsentiert werden und der der Informationsvermittlung und der Vorstellung konkreter Angebote der interkulturellen Altenpflege, z.B. durch die Vorstellung von Good-Practice-Projekten, dient.

Ausbildung von Multiplikator/innen für eine lebensweltlich orientierte Präventionsarbeit

Die Ausbildung und der Einsatz migrantischer Multiplikator/innen durch MSOs ist Gegenstand dieses Projektvorschlags. Die Aufgaben migrantischer Multiplikator/innen aus den Communities sollten sich hauptsächlich auf die Verbesserung des Kenntnisstands der Migrant/innen zum

Versorgungssystem und auf die Verbesserung des Zugangs zu Beratungsangeboten konzentrieren. Die Zielgruppe sollten ältere Migrant/innen sein, die leicht pflegebedürftig oder (noch) nicht pflegebedürftig sind. Eine enge Kooperation mit Beratungs- und Unterstützungsangeboten, wie z.B. den Pflegestützpunkten, ist ratsam. Wesentliches Merkmal der Tätigkeit der Multiplikator/innen ist der aufsuchende Arbeitsansatz in lebensweltlichen Kontexten. Flankiert werden könnte der Einsatz der Multiplikator/innen durch Veranstaltungen und andere Formate zur Informationsvermittlung.

Das Ziel, migrantische Multiplikator/innen auszubilden und einzusetzen, besteht darin,

- das Thema in den MSO zu platzieren,
- Ressourcen zur Informationsvermittlung in den MSO zu entwickeln,
- den Kenntnisstand älterer Migrant/innen zum Versorgungssystem zu verbessern,
- Zugänge migrantischer Senior/innen zu Beratung und Unterstützung im Themenfeld der Altenpflege zu erleichtern.

Die Ausbildung und der Einsatz von (älteren) Menschen mit Migrationshintergrund könnte zunächst in einigen MSO, die unterschiedliche migrantische Gruppen repräsentieren, als Pilotprojekt erprobt werden. Dazu sollte jede MSO mit Unterstützung einer externen Begleitung ein Konzept entwickeln, das z.B. Schwerpunkte für den Einsatz der Multiplikator/innen und ein entsprechendes Ausbildungskonzept beinhaltet. In diese Entwicklung sollten relevante Kooperationspartner einbezogen werden, wie z.B. Pflegestützpunkte, soziale Träger mit Angeboten im Pflegebereich oder die Migrationssozialdienste.

Einsatzmöglichkeiten der Multiplikator/innen:

- in informellen Treffpunkten, z.B. Bäcker, Bistros, Cafés
- in Begegnungsstätten und Nachbarschaftshäusern
- bei Veranstaltungen der MSO in anderen thematischen Kontexten, z.B.
- bei eigens entwickelten Veranstaltungsformaten in der MSO und bei anderen Organisationen
- bei Hausbesuchen, wie z.B. Hausbesuche älterer Migrant/innen aus Anlass von runden Geburtstagen

Für die Gesamtkoordination, die bei einer MSO liegen sollte, sind zusätzliche personelle Ressourcen erforderlich. Zur Unterstützung des Pilotprojektes ist eine wissenschaftliche Begleitung zu empfehlen. Aufgaben einer wissenschaftlichen Begleitung der Multiplikator/innen-Projekte bei den MSOs könnten in Folgendem bestehen:

- in der Unterstützung bei der Konzeptentwicklung für die Ausbildung und den Einsatz der Multiplikator/innen,
- in der Beratung bei der Umsetzung des Projektes,
- in der Dokumentation und Auswertung des Projektes, um Schlussfolgerungen für künftige Projektvorhaben zu generieren und z.B. förderliche Faktoren und Stolpersteine in der Projektumsetzung zu identifizieren.

Gutachten zur Förderung von Selbsthilfestrukturen migrantischer (pflegebedürftiger) Senior/innen und ihrer Angehörigen

Die Unterstützung pflegender Angehöriger, um ihre Isolation zu überwinden, den Austausch untereinander sowie ihre gegenseitige Unterstützung zu fördern, kann durch das Initiieren und Begleiten von Selbsthilfestrukturen geschehen. Dies ist ein Feld ehrenamtlichen Engagements, bei dem Migrantenselbstorganisationen eine besondere Rolle spielen sollten. Hier stellt sich z.B. die Frage, wie Migrant/innen speziell aus Milieus mit niedrigem sozioökonomischem Status

erreicht werden können. Welche Wege der Ansprache und welche für Migrant/innen passenden Engagement-Strukturen können entwickelt werden? Diese und weitere Fragen könnten Gegenstand eines Gutachtens sein. Dabei sollten die bereits vorhandenen Strukturen zur Unterstützung des Engagements von pflegenden und betreuenden Angehörigen und Pflegebedürftigen, wie z.B. die Bezirklichen Kontaktstellen PflegeEngagement einbezogen werden, um z.B. aus der Perspektive von Migrant/innen zu prüfen, wie betroffene Migrant/innen und MSO das Angebot einer solchen Kontaktstelle für sich nutzen und welche Nutzungsmöglichkeiten sie sich vorstellen könnten.

Weiterhin kann im Gutachten ermittelt werden, inwiefern die vorhandenen Angebote der Bezirklichen Kontaktstellen Pflegeengagement Menschen mit Migrationshintergrund ansprechen, welche Probleme und Barrieren bestehen oder welche gute Praxis bereits von den Kontaktstellen umgesetzt wird.

Literatur

- Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2013): www.antidiskriminierungsstelle.de, 02.12.2013
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2013): https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/Statistiken/statistik_OT.asp?Ptyp=600&Sageb=12041&creg=BBB&anzwer=11, 25.11.2013
- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (Hg.) (2005): Interkulturelle Aspekte in der Altenpflegeausbildung, Berlin
- Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Friedrichshain-Kreuzberg e.V./Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V. (Hg.) (2006): Ältere Migrantinnen und Migranten in Berlin. Eine Handreichung, Berlin
- Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege/Kuratorium Deutsche Altershilfe (2002): Für eine kultursensible Altenpflege. Eine Handreichung, Köln
- Baier, Olivia (2013): „Gut verstanden – gut versorgt? Herausforderungen für ein gesundes Altern in der Zuwanderungsstadt Berlin. Dokumentation des Landesgesundheitskonferenz-Gesundheitsforums am 12. November 2012. In: Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin (2013): Gesundheitsförderung aktuell – Newsletter, 1/2013, S. 3-5
- Baskaya, Meltem (2011): Forum für eine kultursensible Altenhilfe. In: Forum sozialarbeit + gesundheit 1/2011, S. 12-14
- Baric-Büdel, Dragica (2005): Von der Neugier auf das Fremde – interkulturelle Orientierung von Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe der Arbeiterwohlfahrt. In: AWO Bundesverband e.V. (Hg.): Interkulturelle Aspekte in der Altenpflegeausbildung, Berlin, S. 7-13
- Baykara-Krumme, Helen/Motel-Klingebiel, Andreas/Schimany Peter (Hg.) (2012): Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland, Berlin
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration Flüchtlinge und Integration (2005): 6. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland, Berlin
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2012): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel, Nürnberg
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010): Sechster Altersbericht zur Lage der Älteren in der Bundesrepublik Deutschland – Altersbilder in der Gesellschaft, Berlin

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2013): Onlineauftritt/Ältere Menschen. <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aeltere-menschen.html>. 28.11.2013
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2013): www.wege-zur-pflege.de, 27.11.2013
- Bundeszentrale für politische Bildung (2012): <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61541/altersstruktur>, 25.11.2013
- Büro gegen Altersdiskriminierung e.V. (2013): <http://www.altersdiskriminierung.de/themen/index.php?thema=8>, 02.12.2013
- Celik, Mustafa (2013): Muslimischen Ritualen Raum geben. In: Die Schwester – Der Pfleger, 8/13, 746ff.
- Deta-Med: <http://www.deta-med.eu/index.php/de/>, 25.11.2013
- Domenig, Dagmar (Hg.) (2001a): Professionelle Transkulturelle Pflege, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle
- Domenig, Dagmar (2001b): Einführung in die transkulturelle Pflege. In: Domenig, Dagmar (Hg.) (2001a): Professionelle Transkulturelle Pflege, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle, S. 139–158
- Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin (2013): Gesundheitsförderung aktuell – Newsletter, 1/2013, Berlin
- Forum für eine kultursensible Altenhilfe (2009): Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe. Ein Beitrag zur Interkulturellen Öffnung am Beispiel der Altenhilfe, 2. Auflage, Bonn. Auch: www.kultursensible-altenpflege.de/materialien.php, 25.11.2013
- Forum für eine kultursensible Altenhilfe (2007): Kultursensible Altenhilfe – konkret! Broschüre zur 1. Fach- und Vernetzungstagung 22./23. Oktober 2007 in Berlin
- Friedrich-Ebert-Stiftung (2013): WISO direkt. Analysen und Konzepte zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, Bonn, www.fes.de/wiso, 02.12.2013
- Isfort, Michael/Lüngen, Markus/Malsburg von der, Andrea (2012): Mehr als Minutenpflege. Neue Dienstleistungen für ein selbstbestimmtes Leben älterer Menschen in der eigenen Häuslichkeit. In: Friedrich-Ebert-Stiftung (2013): WISO direkt. Analysen und Konzepte zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, Bonn, Dezember 2012, S. 1–4
- Khan-Zvorničanin, Meggi (2009a): Geschlossene Gesellschaft. Altenhilfen tun sich schwer, zugewanderte Ältere zu integrieren. In: WZB-Mitteilungen, Heft 126, 25–27
- Khan-Zvorničanin, Meggi (2009b): Multimorbidität und Alter(n) in der Einwanderungsgesellschaft: Der Leitbildansatz als Instrument zur Erforschung von Strategien und Formen interkultureller Öffnungsprozesse der gesundheitlich/pflegerischen Versorgung älterer, multimorbider Migrant/innen. In: Behrens, J. (Hg.): Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften. 8. Jahrgang, Heft 21, S. 1–10
- Koch, Liv-Berit/Bischof, Christine (2005): Interkulturelle Öffnungsprozesse ambulanter Pflegedienste in Theorie und Praxis. Dokumentation des Modellprojekts „Interkulturelle Öffnung der Diakonie-Stationen in Berlin“, Berlin
- Kollak, Ingrid/Schmidt, Stefan (2012): Interkulturelle Ansätze in Berliner und Brandenburger Pflegestützpunkten? „Amtssprache ist immer noch Deutsch!“ In: *mondial* 2/12, S. 14–17
- Kompetenzzentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe (kom•zen) (2013): Handlungsempfehlungen für die Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe 2011–2014, http://www.kompetenzzentrum-altenhilfe.de/pdf/Handlungsempfehlungen_Stand_Maerz_20131.pdf, 13.12.2013, Berlin

- Kompetenzzentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe (kom•zen)/Runder Tisch Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe des Landes Berlin (2013): Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe. Good Practice Liste für Berliner Bezirke, Stand Mai 2013, http://www.kompetenzzentrum-altenhilfe.de/pdf/Good_Practice_Liste_Stand_Mai_2013.pdf, 13.12.2013, Berlin
- Lücke, Stephan (2013): „Ein freundliches Lächeln öffnet viele Türen“. Interview mit Zeynep Babadagi-Hardt. In: Die Schwester – Der Pfleger, 8/2013, S. 741
- Kuratorium Deutsche Altenhilfe (2006): „Die heutige Abschlussveranstaltung hat ein aktivierendes und ermutigendes Motto: Potenziale des Alters – MigrantInnen gestalten mit!“, Pressemitteilung vom 30. Juni 2006, www.kda.de/news-detail/items/archiv_269.html, 27.11.2013
- Leenen, Wolf Rainer (2001): Grundbegriffe einer interkulturellen Jugendhilfe. In: Landeszentrum für Zuwanderung NRW (Hg.): Praxisforum Interkulturelle Öffnung der Jugendhilfe, Solingen
- Mahler, Claudia (2013): Menschenrechte: Keine Frage des Alters? Hg.: Deutsches Institut für Menschenrechte, Berlin
- Mörath, Verena (2011): Mit 75 Jahren einen Fulltime-Job. Die Pflege von Familienangehörigen ist belastend und entbehrungsreich. In: epd sozial, Nr. 9/04.03.2011, S. 5
- Özcan, Veysel/Seifert, Wolfgang (2004): Zur Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland – Expertise für den 5. Altenbericht der Bundesregierung im Auftrag des Deutschen Zentrums für Altersfragen, Berlin
- Orlowski, Uwe (2013): „Initiative für kultursensible Pflegestützpunktarbeit – Empfehlungen und Arbeitshilfen“ – Eine Dokumentation, Berlin
- Razum, Oliver/Spallek, Jacob (2012): Erklärungsmodelle zum Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit im Alter. In: Baykara-Krumme, Helen/Motel-Klingebiel, Andreas/Schimany Peter (Hg.) (2012): Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland, Berlin, S.161–180
- Robert Koch Institut (RKI)/Statistisches Bundesamt (2008): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. Berlin
- Schimany, Peter/Baykara-Krumme, Helene (2012): Zur Geschichte und demografischen Entwicklung älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. In: Baykara-Krumme, Helen/Motel-Klingebiel, Andreas/Schimany Peter (Hg.) (2012): Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland, Berlin, S. 43–73
- Schwemmer, Barbara (2013): Börek oder Currywurst. Wie kann ein interkulturelles Pflegekonzept aussehen? In: Caritas bei uns. Erzbistum Berlin, S. 31
- Selbstbestimmtes Wohnen im Alter e.V. (SWA): Mitglieder-Rundbrief Nr. 02/2013
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2011): Was ist wenn ...? Fragen zum Thema Häusliche Pflege, Berlin
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2012a): Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz, Berlin
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2012b): Häusliche Pflege – Was tun bei Pflegefehlern, Abrechnungsmanipulation und Gewalt? Berlin
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2012c): Pflege- und pflegeunterstützende Angebote in Berlin. Landespflegeplan 2011. Fortschreibung des Berichtes „Pflegeangebote in Berlin – Pflege zu Hause – Stationäre Pflegeeinrichtungen – Landespflegeplan 2006“, Berlin. www.berlin.de/pflege/plan/index.html, 27.11.2013

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales/Landesseniorenbeirat Berlin (2013): Leitlinien der Seniorenpolitik, Berlin

Schmidt, Severin: Verlorene Jahre. Versäumte Weichenstellungen und zukünftige Eckpfeiler in der Pflegepolitik. In: Friedrich-Ebert-Stiftung (2013): WISO direkt. Analysen und Konzepte zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, Bonn, S. 1–4, www.fes.de/wiso, 02.12.2013

Statistisches Bundesamt (2011a): Lange Reihen: Bevölkerung nach Altersgruppen, 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung: Bevölkerung Deutschlands bis 2060, <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/1351/umfrage/altersstruktur-der-bevoelkerung-deutschlands/>, 25.11.2013

Statistisches Bundesamt (2011b): Bevölkerung (in Mio.) ohne und mit Migrationshintergrund (im engeren Sinn) in Deutschland von 2009 bis 2011: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/75231/umfrage/bevoelkerung-mit-und-ohne-migrationshintergrund-in-deutschland/>

Statistisches Bundesamt (2011c): Ältere Menschen in Deutschland und der EU, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2013): Entwicklung der Anzahl von Pflegebedürftigen in Deutschland nach Geschlecht in den Jahren von 2005 bis 2030 (in Millionen), <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/157217/umfrage/prognose-zur-anzahl-der-pflegebeduerftigen-in-deutschland-bis-2030/>, 26.11.2013

Statistisches Bundesamt (2013): Anzahl der fehlenden Pflegekräfte in Deutschland 2005 und 2025, <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/168268/umfrage/fehlende-pflegekraefte-in-deutschland/>, 26.11.2013

Strumpen, Sarina (2010): Grenzen überschreitendes Altern?! Altern in Pendelmigration bei Türkeistämmigen, http://www.sektion-altern.de/shareddocs/presentations/strumpen_06_2010.pdf, 12.12.2013

Strumpen, Sarina (2012): Altern in fortwährender Migration bei älteren Türkeistämmigen. In: Baykara-Krumme, Helen/Motel-Klingebiel, Andreas/Schimany Peter (Hg.) (2012): Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland, Berlin, S. 411–433

Swoboda, Beate (2005): Interkulturelle Aspekte der neuen Altenpflegeausbildung. In: AWO Bundesverband e.V. (Hg): Interkulturelle Aspekte in der Altenpflegeausbildung, Berlin, S. 14–18

Thams, Susanne (2010): Pflegedienste für ältere Migranten. In: Der Tagesspiegel, 29.07.2010

Welsch, W. (1998): Transkulturalität. Zwischen Globalisierung und Partikularisierung. In: Mainzer Universitätsgespräche, Sommersemester 1998: Interkulturalität. Grundprobleme der Kulturbegegnung, Mainz 1999

Zabel, Ulrika/Gleich, Verena (2011): Von „unten“ mitgetragen. In: *carestyle* 3/2011, S.13f.

Zeman, Peter (2012): Ältere Migrantinnen und Migranten in der Altenhilfe und kommunalen Alterspolitik. In: Baykara-Krumme, Helen/Motel-Klingebiel, Andreas/Schimany Peter (Hg.) (2012): Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland, Berlin, S. 449–465

Zielke-Nadkarni, Andrea: Kultursensibles Krankenhaus, <http://www.deutscher-krankenhaus-tag.de/de/vortraege/pdf/Zielke-Nadkarni-Neufassung.pdf>, 25.11.2013

Impressum

Herausgeber:

Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen
Die Beauftragte des Senats von Berlin für Integration und Migration
Potsdamer Straße 65
10785 Berlin
Tel.: (030) 90 17 23 51
Fax: (030) 90 17 23 20
E-Mail: Integrationsbeauftragte@intmig.berlin.de
Internet: www.integrationsbeauftragte.berlin.de

Text:

Camino – Werkstatt für Fortbildung, Praxisbegleitung und Forschung
im sozialen Bereich gGmbH
Boppstraße 7
10967 Berlin
Tel.: (030) 610 73 72-0
Fax: (030) 610 73 72-29
E-Mail: mail@camino-werkstatt.de
Internet: www.camino-werkstatt.de

Layout und Satz:

Satzinform Berlin
www.satzinform.de

Titelbild:

Kollektiv migrantas
Di Como | Young
Berlin 2014
www.migrantas.org

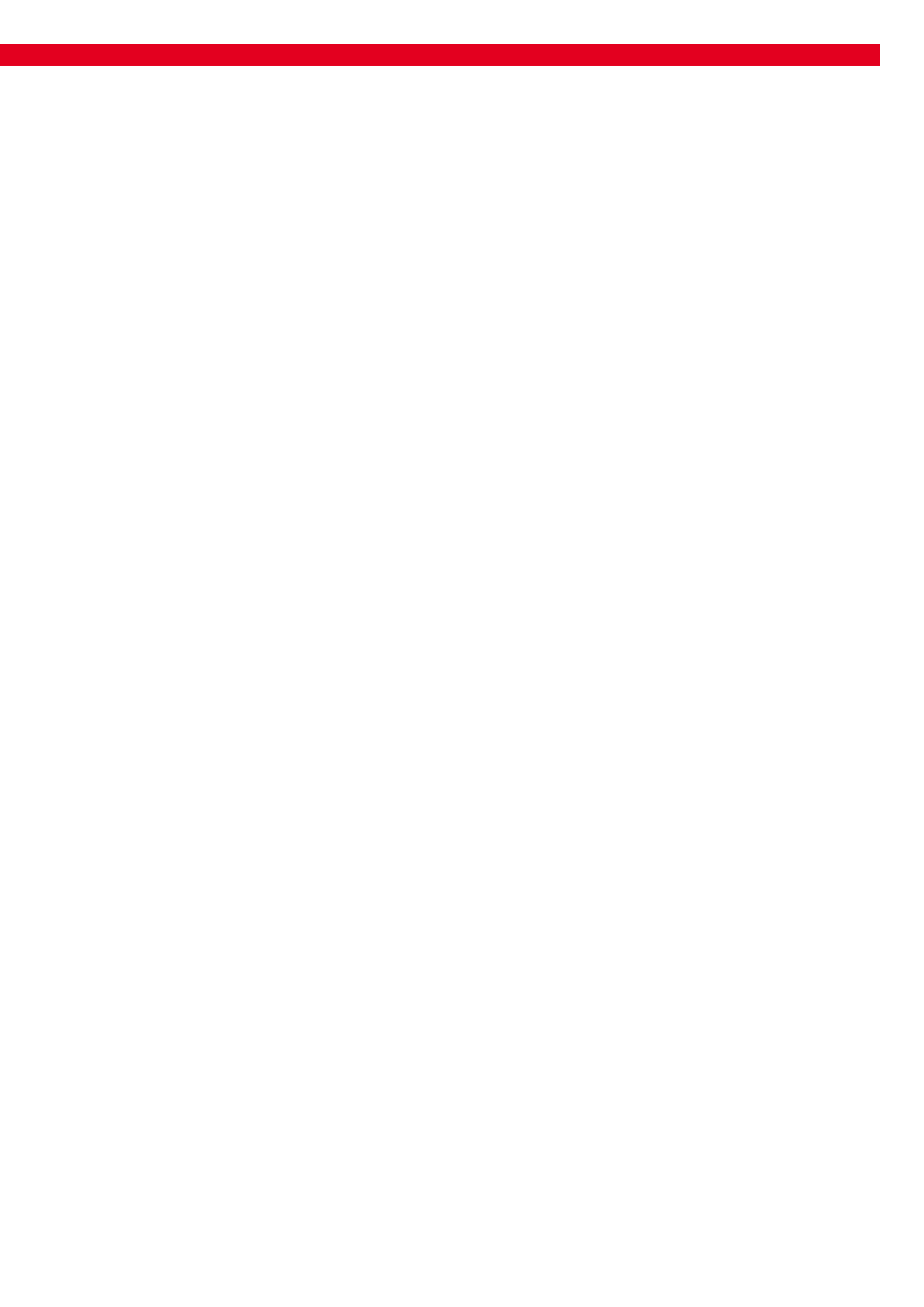
Druck:

AZ Druck und Datentechnik, Berlin
www.az-druck.de

Copyright © 2014 Die Beauftragte des Senats von Berlin für Integration und Migration

Berlin, Oktober 2014

ISBN: 978-3-938352-72-4



Die Beauftragte
für Integration
und Migration

Senatsverwaltung
für Arbeit, Integration
und Frauen



Interkulturelle Altenhilfe in Berlin –
Empfehlungen für eine kultursensible Pflege älterer Migrantinnen und Migranten
Copyright © 2014 Die Beauftragte des Senats von Berlin für Integration und Migration
www.integrationsbeauftragte.berlin.de

ISBN: 978-3-938352-72-4