

Forschungsbericht

Analyse zur Versorgung von Pflegebedürftigen mit asiatischem Migrationshintergrund der ersten Generation (AnVerMigr)-2019

Über die Versorgungssituation und -erwartung der (potentiellen) zugewanderten Pflegebedürftigen aus Japan, Korea, Thailand und Vietnam und den Stand der interkulturellen Öffnung im Bereich der Pflege in Berlin

Projekttitle	Versorgung von Pflegebedürftigen mit asiatischem Migrationshintergrund der ersten Generation in Berlin
Auftraggeber	Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
Erstellungsdatum	Januar 2019
Organisation	GePGeMi e.V.
Adresse	Petersburger Str. 92, 10247 Berlin info@gemi-berlin.de www.gemi-berlin.de
Projektleitung & Autor Mitarbeit	Dr. Min-Sung Kim Jieun Park, Dipl.-Reha-Päd. (Wiss. Mitarbeit) Askold Hitzler Kim Chi Vu



INHALTSVERZEICHNIS

Abbildungsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis	3
1. Hintergrund	4
1.1 Ziel der Studie	5
1.2 Pflegebedürftige mit asiatischem Migrationshintergrund	5
2. Methodisches Vorgehen.....	6
2.1 Stichproben	6
2.1.1 Zu den Einzelinterviews	7
2.1.2 Zu den Gruppeninterviews	7
2.1.3 Zur Online-Befragung	8
2.2 Datenerhebung.....	8
2.2.1 Leitfaden für Einzelinterviews mit Pflegebedürftigen mit asiatischem Migrationshintergrund bzw. ihre (pflegenden) Angehörigen	8
2.2.2 Leitfaden für Gruppeninterviews mit potentiellen pflegebedürftigen asiatischen Menschen der ersten Generation und Vertreter*innen und Experten*innen aus asiatischen Communities.....	9
2.2.3 Operationalisierung und Fragebogen für die Online-Befragung der Einrichtungen	9
2.3 Datenauswertung	10
2.3.1 Gruppen- und Einzelinterviews	10
2.3.2 Online Befragung.....	10
3. Ergebnisse.....	12
3.1 Versorgung Pflegebedürftiger mit asiatischem Migrationshintergrund	12
3.1.1 Samplebeschreibung für Einzel- und Gruppeninterviews	13
3.1.2 Wohn- bzw. Pflegeform der interviewten asiatischen Pflegebedürftigen	15
3.1.3 Barrieren bei der Inanspruchnahme von formellen Unterstützungsangeboten.....	22
3.1.4 Erwartungen und Wünsche	29
3.2 Interkulturelle Öffnung der Einrichtungen im Pflegebereich in Berlin.....	36
3.2.1 Merkmale der befragten Einrichtungen	36
3.2.2 Kommunikation mit Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund.....	45
3.2.3 Stand der interkulturellen Öffnung der pflegerischen Einrichtungen in Berlin	48
4. Zusammenfassung.....	57
Einzel- und Gruppeninterviews	57
Befragung der pflegerischen Einrichtungen in Berlin.....	57
5. Handlungsempfehlung	59
6. Literaturverzeichnis	64

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1. Überblick über das Studiendesign.....	11
Abbildung 2. Einrichtungsform der befragten Einrichtungen	36
Abbildung 3. Position der Befragten in der Einrichtung.....	37
Abbildung 4. Trägerschaft der befragten Einrichtungen.....	38
Abbildung 5. Bezirke der befragten Einrichtungen	39
Abbildung 6. Gibt es bei Ihrer Einrichtung Beschäftigte mit Migrationshintergrund?.....	39
Abbildung 7. Anteil der Beschäftigten mit Migrationshintergrund von allen Beschäftigten	40
Abbildung 8. Einrichtungen mit und ohne Klient*innen mit (asiatischem) Migrationshintergrund.....	41
Abbildung 9. Klient*innen verschiedener kultureller Herkunft nach Einrichtungsform.....	41
Abbildung 10. Räumliche Verteilung der befragten Einrichtungen, in denen bzw. durch die Klient*innen mit Migrationshintergrund versorgt werden. Die Anzahl in Klammern = Klient*innen mit asiatischem Migrationshintergrund	43
Abbildung 11. Anteil von Einrichtungen mit Klient*innen mit Migrationshintergrund nach Bezirken an den gesamten befragten Einrichtungen.....	44
Abbildung 12. Kommunikation mit Klient*innen mit (asiatischem) Migrationshintergrund.....	45
Abbildung 13. Anzahl der Sprachen, die in den befragten Einrichtungen gesprochen werden	46
Abbildung 14. Erstkontakte zu Klient*innen mit (asiatischem) Migrationshintergrund (Mehrfachantworten möglich).....	47
Abbildung 15. Bedeutsamkeit interkultureller Öffnung für Einrichtungen.....	48
Abbildung 16. Wirtschaftliche Bedeutsamkeit der Versorgung Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund nach Einrichtungsform	49
Abbildung 17. Barrieren für Migrant*innen aus Perspektive von Einrichtungen	50
Abbildung 18. Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund	51
Abbildung 19. Benötigte Unterstützung zur besseren interkulturellen Öffnung (Mehrfachantworten).....	51
Abbildung 20. Strukturelle interkulturelle Orientierung.....	53
Abbildung 21. Implementierungsprozess interkultureller Öffnung	54
Abbildung 22. Ergebnis der interkulturellen Öffnung	55
Abbildung 23. Vergleich zwischen den Dimensionen interkultureller Öffnung	56

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1. Pflege in Berlin (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg).....	6
Tabelle 2: Überblick über die Stichproben	6
Tabelle 3. Überblick über die Interviewten (Einzelinterviews)	7
Tabelle 4. Eingesetzte Versionen des Fragebogens	10
Tabelle 5. Interviewform und Bezeichnungen im Text.....	12
Tabelle 6. Überblick über die untersuchten Pflegebedürftigen (Einzelinterviews)	14
Tabelle 7. Verteilung der Einrichtungen nach Trägerschaft	38
Tabelle 8. Anzahl der von den befragten pflegerischen Einrichtungen versorgten Klient*innen (ohne Beratungsstellen und Einrichtungen mit Angebot zur Unterstützung im Alltag).....	42

1. HINTERGRUND

Ältere Migrant*innen sind die am schnellsten wachsende Bevölkerungsgruppe in Deutschland. Schätzungen zufolge wird der Anteil aller über 65-jährigen Migrant*innen von 9,4 % im Jahr 2011 auf 15,1 % im Jahr 2032 ansteigen (Kohls, 2012). Der demografische Wandel innerhalb der Migrantengruppen trägt der Tatsache Rechnung, dass ältere Migranten*innen verstärkt von Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit betroffen sind. Dadurch sind einerseits die Einrichtungen des Pflege- und Gesundheitssystems angehalten, sich auf eine wachsende Zahl pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund einzustellen und andererseits gewinnen die Fragen zur Pflegeversorgung seitens dieser Migrantengruppen aber auch ihrer Angehörigen zunehmend an Bedeutung (Aşkın, 2018; Schopf & Naegele, 2005; Tezcan-Güntekin & Breckenkamp, 2017; Yilmaz-Aslan, Brzoska & Razum, 2012).

Von diesem gesellschaftlichen Wandel und dessen Herausforderungen sind auch ohne Ausnahme die asiatischen älteren Migranten*innen betroffen, die aus unterschiedlichen asiatischen Ländern als Gastarbeiter, Geflüchtete oder aus anderen persönlichen Gründen in den 1960er, 1970er oder 1980er Jahren in Deutschland einreisten, sich niederließen und hier auch die Lebensphase des Alters erleben werden. Im Jahr 2017 betrug die Anzahl der asiatischen Migrant*innen¹ ab 55 Jahren in Berlin 10.003 Personen, was einen Anteil von 5,4% an den gleichaltrigen Migranten*innen in Berlin ausmachte (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg).

Obwohl in jüngster Zeit die politische und wissenschaftliche Aufmerksamkeit auf ältere Migranten*innen zugenommen hat, ist der Wissensstand zu älteren Migrant*innen in Deutschland als lückenhaft zu bezeichnen: Meistens kommen Migranten*innen in der Forschung nur nachrangig in den Blick und die meisten Daten sind noch dazu explorativ und deskriptiv angelegt, sodass es einen Mangel an erklärenden Ansätzen gibt. Außerdem wird die Heterogenität älterer Migranten*innen nur unzureichend berücksichtigt. Am umfangreichsten und dennoch unzureichend ist bisher die Lebenssituation der größten in Deutschland lebenden Migrantengruppen aus der Türkei und aus der ehemaligen Sowjetunion (v.a. Spätaussiedler) erforscht, sodass auf dieser Grundlage einige spezifische und auch interkulturell ausgerichtete Angebote und Einrichtungen der Altenhilfe entwickelt werden konnten. Ältere Migrant*innen aus kleinen Migrantengruppen werden bei der Diskussion in Politik und Wissenschaft bisher kaum berücksichtigt (Baykara-Krumme, Motel-Klingebiel & Schimany, 2012; Dietzel-Papakyriakou, 2012; Kofahl, Mnich, Dogan & Dogan, 2012; Zeman, 2012). Demnach liegen kaum Kenntnisse über den Prozess des Alterns und die Bedürfnisse und Erwartungen bezüglich der Pflegebedürftigkeit älterer Migranten*innen aus asiatischen Ländern in Deutschland vor.

Die Gesellschaft für psychosoziale Gesundheitsförderung bei Migrant*innen (GePGeMi e.V.) hat eine Pilotstudie zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und zu Altersbildern älterer asiatischer Migrant*innen in den Jahren 2016 und 2017 durchgeführt, deren Zwischenergebnisse bei einem Fachtag im Dezember 2017 vorgestellt wurden. Der Endbericht soll im April 2019 veröffentlicht werden. Den Zwischenergebnissen konnten relevante Hinweise auf die gesundheitliche Lage der asiatischen Migrant*innen sowie ihre Bedürfnisse im Pflegefall im Alter entnommen werden: Einerseits ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität der befragten asiatischen älteren Migrant*innen schlechter ausgeprägt als die der

¹ Mit asiatischen Ländern sind sowohl südostasiatische Länder wie Vietnam, Thailand, Malaysia etc. gemeint als auch ostasiatische Länder wie China, Japan, Korea, Mongolei etc. Die Gesellschaften dieser Länder sind in geschichtlicher Hinsicht durch den Konfuzianismus bzw. Buddhismus tief geprägt, vor allem in Bezug auf deren Kultur, Politik, Religion und sozialen Verhältnissen: Cheng (1990); Lee (2008). Vor diesem Hintergrund ist anzunehmen, dass sie viele Gemeinsamkeiten bezüglich des Erlebens im Alter und der altersbezogenen Bedürfnisse aufweisen.

gleichaltrigen Einheimischen beim einfachen Vergleich ohne Rohdaten mit dem Ergebnis einer anderen Studie in Deutschland (Ellert, Lampert & Ravens-Sieberer, 2005). Andererseits stellte sich heraus, dass sich die befragten asiatischen älteren Migrant*innen in Bedürfnissen und Erwartungen bezüglich der Wohnform im Pflegefall nach ihren Herkunftsländern unterscheiden (Kim, 2018). Die vorliegende Studie wurde auf Basis der ersten Zwischenergebnisse der Pilotstudie mit der Fragestellung, wie Pflegebedürftige mit asiatischem Migrationshintergrund in Berlin aktuell versorgt werden, konzipiert.

1.1 Ziel der Studie

Vor diesem Hintergrund unternimmt die vorliegende Studie den Versuch, weitere wissenschaftliche Analysen zur aktuellen Versorgungslage der Pflegebedürftigen mit asiatischem Migrationshintergrund und zu den Versorgungsbedürfnissen der älteren asiatischen Migranten*innen in Berlin voranzutreiben.

Das Ziel des Studienvorhabens liegt somit darin,

- a. Einblicke in die aktuelle Versorgungssituation der Pflegebedürftigen mit asiatischem Migrationshintergrund (der ersten Generation) zu gewinnen,
- b. die Wünsche und Bedürfnisse der (potentiellen) Pflegebedürftigen mit asiatischem Migrationshintergrund der ersten Generation bezüglich der Versorgung zu beleuchten sowie Zugangsbarrieren zu den Angeboten und Unterstützungen im Bereich der Pflege zu ermitteln,
- c. einen Überblick über die aktuelle Lage der interkulturellen Orientierung und interkulturellen Öffnung der Einrichtungen im Bereich der Pflege in Berlin zu schaffen.

Die Studie soll schließlich zur Beantwortung der Frage beitragen, wie kleinere Migrantengruppen im gesellschaftlichen System der kultursensiblen Altenhilfe und -pflege tatsächlich berücksichtigt werden können.

1.2 Pflegebedürftige mit asiatischem Migrationshintergrund

Die Pflegequoten geben den Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung an. Pflegebedürftig sind Personen, welche Leistungen nach SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) erhalten. Laut dem Amt für Statistik Berlin-Brandenburg gab es zum Jahresende 2015 insgesamt 116.424 Pflegebedürftige in Berlin. Das entspricht einem Anteil von 3,3% der gesamten Berliner Bevölkerung. 24,3% davon wurden in einer vollstationären Pflege versorgt (n=28.299), 49,7% bezogen sich ausschließlich auf Pflegegeld (n= 57.812) und 26,0% wurden zu Hause durch einen ambulanten Pflegedienst betreut (n=30.313) (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg).

Da keine valide bzw. amtliche Statistik zu Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund vorliegt (Tezcan-Güntekin & Breckenkamp, 2017; Thum et al., 2017), ist es kaum möglich, genaue Angaben über Pflegebedürftige mit einem asiatischen Migrationshintergrund zu machen. Allerdings ist eine Schätzung möglich, indem für Menschen mit asiatischem Migrationshintergrund die gleichen Pflegequoten angesetzt werden, wie sie für die Gesamtbevölkerung vorliegen: Im Jahr 2015 lebten insgesamt 62.652 Personen mit südost- und ostasiatischem Migrationshintergrund in Berlin. Unterstellt man für Menschen mit asiatischem Migrationshintergrund dieselben Pflegequoten wie für die der Gesamtbevölkerung, so ergibt sich, dass es im Jahre 2015 insgesamt 2.068 Pflegebedürftige mit asiatischem Migrationshintergrund (3,3%) gab. Somit lag

der Anteil Pflegebedürftiger mit asiatischem Migrationshintergrund an den gesamten Pflegebedürftigen in Berlin geschätzt bei 1,8%. (Tabelle 1)

Tabelle 1. Pflege in Berlin (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg)

Berlin 2015	%	Pflegebedürftige	Pflegebedürftige mit asiatischem Migrationshintergrund
Gesamt	3,3	116.424*	2.068**
<i>...davon ausschließlich Pflegegeld</i>	49,7	57.812	1.028**
<i>...davon ambulanter Pflegedienst</i>	26,0	30.313	538**
<i>...davon stationäre Pflege</i>	24,3	28.299	503**
Quelle		Amt für Statistik Berlin und Brandenburg	Eigene Berechnung

* Teilstationäre Pflege, Kombination von Geld- und Sachleistung nach § 38 Satz 4 und ausschließlich Pflegegeld (häftige Leistungen nach § 37 Abs. 2 Satz 4) ausgeschlossen
 **geschätzt

2. METHODISCHES VORGEHEN

Die Studie wurde im Auftrag der Senatsverwaltung Gesundheit, Pflege und Gleichstellung im Zeitraum von August bis November 2018 durchgeführt.

2.1 Stichproben

Im Hinblick auf die Zielsetzung (a, b, c) wurden zwei Untersuchungsmethoden -qualitative und quantitative- eingesetzt, darunter noch drei unterschiedliche Zielgruppen als Stichproben in die Studie aufgenommen:

- Pflegebedürftige mit asiatischem Migrationshintergrund (1. Generation) bzw. ihre (pflegenden oder betreuenden) Angehörigen
- Potenzielle asiatische Pflegebedürftige der ersten Generation (ab 55 Jahren) und Vertreter*innen bzw. Experten*innen aus asiatischen Communities
- Einrichtungen der Pflege- und Beratungslandschaft in Berlin

Zu den Einrichtungen der Berliner Pflege- und Beratungslandschaft gehören im Rahmen dieser Studie stationäre Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Pflege-Wohngemeinschaften, Einrichtungen mit Angeboten zur Unterstützung im Alltag und der Tagespflege sowie Beratungsstellen wie Pflegestützpunkte (Tabelle 2).

Tabelle 2: Überblick über die Stichproben

Kategorie	Einrichtungen	Betroffene/ Vertreter
Zielgruppen	<ul style="list-style-type: none"> • Stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen • Ambulante Pflegedienste • Pflege-Wohngemeinschaften • Einrichtungen mit Angeboten zur Unterstützung im Alltag • Pflegebezogene Beratungsstellen wie z.B. Pflegestützpunkte etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegebedürftige der zugewanderten asiatischen Migrant*innen (1. Generation) bzw. ihre (pflegenden) Angehörigen/ Betreuer*in • Experten*innen und Vertreter*innen aus asiatischen Communities • (noch) nicht pflegebedürftige asiatische Migrant*innen ab 55 Jahren (1. Generation)
Erhebungsmethode	Standardisierte Online-Befragung	Einzelinterviews
Teilnehmeranzahl	231 Einrichtungen in Berlin	12 Teilnehmer*innen
		36 Teilnehmer*innen

2.1.1 Zu den Einzelinterviews

Es war nicht ohne Aufwand, Pflegebedürftige mit asiatischem Migrationshintergrund bzw. ihre Angehörigen zu den Einzelinterviews zu gewinnen. Bei der Suche nach Interviewpartner*innen wurde GePGeMi von zahlreichen Vereinen und Initiativen unterstützt, die in ihren Communities in diesem Thema sehr aktiv sind. Ohne ihre Unterstützung wären die Interviews nicht möglich gewesen. Aufgrund der intensiven Vernetzungsarbeit konnten insgesamt 12 Pflegebedürftige bzw. ihre Angehörigen aus unterschiedlichen asiatischen Ländern für Einzelinterviews gewonnen werden (Tabelle 3).

Bei den Interviews waren in der Regel zwei Interviewer*innen anwesend. Auf Wunsch einiger Interviewten wurde dazu noch ein(e) zusätzliche(r) Übersetzer(in) eingesetzt. Die Einzelinterviews fanden von September bis Oktober 2018 statt.

Tabelle 3. Überblick über die Interviewten (Einzelinterviews)

Bezeichnung	Herkunftsland	Organisation, die vermittelt hat	Sprache beim Interview
J1	Japan	Japanische Frauengruppe	Deutsch
J2	Japan	Japanische Frauengruppe	Deutsch
J3	Japan	Deutsch-Japanischer Verein für kultursensible Pflege (DeJaK-Tomonokai e.V.)	Japanisch
K4	Korea	Dong Ban Ja Interkultureller Hospizdienst	Koreanisch
K5	Korea	Kultursensible Altenhilfe HeRo e.V.	Koreanisch
K6	Korea	Koreanische katholische Gemeinde	Koreanisch
T7	Thailand	Thailändischer Buddhisten Verein Berlin e.V.	Thailändisch
T8	Thailand	Thailändischer Buddhisten Verein Berlin e.V.	Deutsch
T9	Thailand	Thai Smile e.V.	Deutsch
V10	Vietnam	Humanität und traditioneller vietnamesischer Kultur-Sport e.V.	Deutsch
V11	Vietnam	Vereinigung der Vietnamesen e.V.	Deutsch
V12	Vietnam	Danke Deutschland e.V.	Vietnamesisch

2.1.2 Zu den Gruppeninterviews

Insgesamt wurden zwei leitfadengestützte Gruppeninterviews durchgeführt (jeweils 3 Std.):

- einerseits am 05.10.2018 mit acht Expert*innen bzw. Vertreter*innen aus unterschiedlichen asiatischen Communities und
- andererseits am 10.10.2018 mit 18 (noch) nicht pflegebedürftigen älteren asiatischen Migrant*innen.

Die Teilnehmer*innen der beiden Gruppeninterviews konnten über die Netzwerke von GePGeMi gewonnen werden. In Kapitel 3.1.1 wird eine weitere detaillierte Samplebeschreibung der Interviewten bei den Einzel- und Gruppeninterviews dargestellt.

Die Gruppeninterviews fanden im Seminarraum des Kompetenz-Zentrums Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe (Kom-Zen) statt und wurden auf Deutsch durchgeführt. Zur reibungslosen Durchführung der Gruppendiskussion waren ein Hauptmoderator, zwei Hilfsmoderator*innen und eine Praktikantin anwesend. Zu Beginn der Gespräche wurden die Studie und die Art der Durchführung der Gruppeninterviews der gesamten Gruppe vorgestellt. Diese Phase des persönlichen Kennenlernens stellte einen wichtigen Aspekt dar, um Vertrauen zu den Teilnehmer*innen aufzubauen.

2.1.3 Zur Online-Befragung

Da der Migrationsstatus in den meisten Statistiken und Berichten bezüglich der Pflege nicht erfasst ist (Okken, Spallek & Razum, 2008; Tezcan-Güntekin & Breckenkamp, 2017), ist es erforderlich, möglichst alle Einrichtungen bezüglich der Pflege in Berlin zu befragen, um Informationen über die Versorgung Pflegebedürftiger mit (asiatischem) Migrationshintergrund zu erhalten. Die gesamte Kontaktliste dieser Einrichtungen in Berlin (1.122 Einrichtungen) wurde von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung zur Verfügung gestellt und ihre E-Mail-Adressen wurden für die Einladung zur Online-Befragung im Internet gesammelt.

Zur Online Befragung bei den Einrichtungen kam die Online Befragungsplattform der Alice Salomon Hochschule QUAMP zur Anwendung. Die Online Befragung fand in dem Zeitraum vom 29.10 bis 15.11.2018 statt. Da der Erhebungszeitraum sehr kurz war, war es notwendig, eine sorgfältige Strategie einzusetzen, um genügend Rücklauf zu erhalten.

Zunächst wurde die Einladung zur Online-Befragung per E-Mail mit dem Empfehlungsschreiben der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung an alle 1.122 Einrichtungen in Berlin verschickt. Danach wurden weitere Erinnerungsmails (insgesamt 12) gezielt an die Einrichtungen gesendet, die die Befragung nicht begonnen oder begonnen aber abgebrochen hatten.

Nach Kontrolle und Aufbereitung der durch die Erhebung gewonnenen Daten stehen für die Analyse Angaben von 231 Einrichtungen zur Verfügung, was einer Rücklaufquote von 20,5 % entspricht. Anzumerken ist hierbei, dass einige Fragebögen nur unvollständig ausgefüllt vorliegen, weshalb die Fallzahlen (n), die den Berechnungen zugrunde liegen, teilweise variieren.

2.2 Datenerhebung

2.2.1 Leitfaden für Einzelinterviews mit Pflegebedürftigen mit asiatischem Migrationshintergrund bzw. ihre (pflegenden) Angehörigen

Es handelt sich darum, die Wünsche, Erwartungen und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen der ersten Generation mit asiatischem Migrationshintergrund sowie ihre Zugangsbarrieren zu Angeboten und Unterstützung (Schilder, 2012) aus ihrer Perspektive bzw. aus der Perspektive ihrer (pflegenden) Angehörigen zu erheben. Im Hinblick auf die breiten und unbekannteren Themenbereiche wurden hierfür leitfadengestützte Interviews eingesetzt. Der Leitfaden wurde auf folgende Grundfragen bezogen entwickelt:

- Wie ist der Informationsstand von asiatischen Pflegebedürftigen bzw. ihren Angehörigen zu Angeboten und Unterstützung in Bezug auf die Pflege?
- Welche Hürden haben sie bei der Nutzung und Inanspruchnahme dieser Angebote und den Leistungen der Einrichtungen, der Pflegestützpunkte und der Pflegeversicherung erlebt?
- Welche positiven und negativen Erfahrungen haben sie als (asiatische) Migrant*innen mit den Angeboten und den Leistungen der Einrichtungen, Pflegestützpunkte und Pflegeversicherung gemacht?
- Welche Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen haben sie an die Berliner Pflegepolitik, Angebote und Unterstützung der Einrichtungen im Bereich der Pflege?

2.2.2 Leitfaden für Gruppeninterviews mit potentiellen pflegebedürftigen asiatischen Menschen der ersten Generation und Vertreter*innen und Experten*innen aus asiatischen Communities

Hier werden die Perspektiven von asiatischen Menschen der ersten Generation, die (noch) nicht pflegebedürftig sind, und von Vertretern*innen bzw. Experten*innen aus asiatischen Communities bezüglich ihrer Wünsche, Erwartungen sowie Zugangsbarrieren ermittelt, wobei folgende Fragestellungen relevant sind:

- Wie ist der Informationsstand der nicht pflegebedürftigen asiatischen Menschen der ersten Generation zu Angeboten und Unterstützung in Bezug auf die Pflege?
- Welche Hürden können sie sich als asiatische Migrant*innen bei der Nutzung und Inanspruchnahme der Angebote und den Leistungen der Einrichtungen, der Pflegestützpunkte und der Pflegeversicherung vorstellen, wenn sie pflegebedürftig werden würden? Welche Hürden haben sie bisher beobachtet?
- Welche Stärken und Ressourcen der asiatischen Migrant*innen wären bei der Nutzung und Inanspruchnahme von Angeboten und Leistungen von Nutzen, wenn sie pflegebedürftig würden?
- Welche Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen bezüglich der Pflege würden sie an die Berliner Pflegepolitik und Einrichtungen haben, wenn sie pflegebedürftig würden?

Beim zweiten Gruppeninterview wurde ein Videoclip „Vergiss dein Herz nicht“, bei dem es sich um die häusliche Pflege türkisch-stämmiger Familien handelt, als Input am Anfang des Gruppeninterviews gezeigt, weil davon auszugehen war, dass potenzielle Pflegebedürftige wenig Erfahrungen mit dem Thema der Pflege gemacht haben.

Darüber hinaus wurde am Ende des Gruppeninterviews als Ergänzung eine standardisierte Befragung zum Thema Bedürfnisse Pflegebedürftiger mit asiatischem Migrationshintergrund durchgeführt.

2.2.3 Operationalisierung und Fragebogen für die Online-Befragung der Einrichtungen

Im Hinblick auf die Breite der Zielgruppe wurde hierfür eine standardisierte Online-Befragung eingesetzt. Der Fragebogen für die Einrichtungen umfasst 51 Items, die in die folgenden 7 Kategorien untergliedert sind:

- A. Strukturmerkmale der Einrichtungen (5 Items)
- B. Beschäftigte/ Klient*innen (8 Items)
- C. Kommunikation mit Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund (4 Items)
- D. Sensibilität für interkulturelle Öffnung (14 Items)
- E. Strukturelle interkulturelle Öffnung (9 Items)
- F. Prozess der interkulturellen Öffnung (7 Items)
- G. Evaluation der interkulturellen Öffnung (4 Items)

Die Items der Kategorie D wurden in Anlehnung an die Studie „Versorgungssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in der Pflege in Baden-Württemberg“ (Gladis, Kowoll & Schröder, 2014) erstellt und für die Kategorien E, F und G ein Fragebogen modifiziert eingesetzt, der von der Diakonie zur Evaluation des Projekts „Interkulturelle Öffnung – Führungsaufgabe in einer Diakonie der Vielfalt“ entwickelt worden ist (Diakonie-Deutschland evangelischer Bundesverband e.V., 2018). Darüber hinaus wurden die Items in Bezug auf Hürden bei der Inanspruchnahme in Kategorie D auf Basis der Einzelinterviews und Gruppeninterviews dieser Studie formuliert, damit die Sichtweisen auf die Hürden zwischen Einrichtungen und Betroffenen verglichen werden können.

Schließlich wurden zwei unterschiedliche Typen des Fragebogens erstellt, einerseits Typ-I für Einrichtungsformen, wie z.B. teil- und stationäre Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflege, ambulante Wohngemeinschaften und Angebote zur Unterstützung im Alltag, und andererseits Typ-II für die Beratungsstellen. Der zentrale Unterschied liegt in der Formulierung einiger Fragen, z. B. die Frage bei Typ-I „Haben Sie Klienten verschiedener kultureller Herkunft?“ wird bei Typ-II in „Haben (hatten) Sie in den letzten 6 Monaten Klienten verschiedener kultureller Herkunft?“ umformuliert.

Sowohl Typ-I als auch Typ-II verfügen über drei unterschiedliche Versionen, sodass jede befragte Einrichtung durch mehrere Filterfragen in Kategorie A und B einen Fragebogen mit passenden Fragen bekommen kann. Zum Beispiel bekamen die Einrichtungen, die keine Klient*innen mit Migrationshintergrund betreuen, den Fragebogen ohne die Kategorien C und D. Die anderen Einrichtungen erhielten den Fragebogen mit der Formulierung „Menschen mit Migrationshintergrund“ oder „Menschen mit asiatischem Migrationshintergrund, je nachdem, ob es Klient*innen mit u.a. asiatischem Migrationshintergrund gibt oder nicht. Durch den Einsatz verschiedener Versionen des Fragebogens ist es möglich, zwischen den Einrichtungen mit und ohne Klient*innen mit Migrationshintergrund die erhobenen Daten zu vergleichen.

Tabelle 4. Eingesetzte Versionen des Fragebogens

Typ	Version	Einrichtungen	Kategorien
Typ-I Typ-II	Version-1	keine Klient*innen mit Migrationshintergrund	A, B, E, F, G
	Version-2	Klient*innen mit Migrationshintergrund	A, B, C, D, E, F, G
	Version-3	Klient*innen mit asiatischem Migrationshintergrund	A, B, C, D, E, F, G

2.3 Datenauswertung

2.3.1 Gruppen- und Einzelinterviews

Die Datenauswertung der Gruppen- und Einzelinterviews erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Insbesondere wurde versucht, die Hauptkategorien durch die Gruppierung der Subkategorien aus dem transkribierten Interviewmaterial in induktiver Weise herauszubilden. In diesem Bericht werden ausschließlich Hauptkategorien dargestellt. Darüber hinaus wurde angestrebt, die Qualität der Ergebnisse mittels Gütekriterien abzusichern, insbesondere überprüft wurden die Transparenz des Forschungsprozesses, Gegenstandsangemessenheit und die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse. Alle Gruppen- und Einzelinterviews wurden transkribiert und ggf. ins Deutsche übersetzt.

Zur Transkription und Auswertung der qualitativen Daten wurde das Programm F4 Transkript und Analyse verwendet.

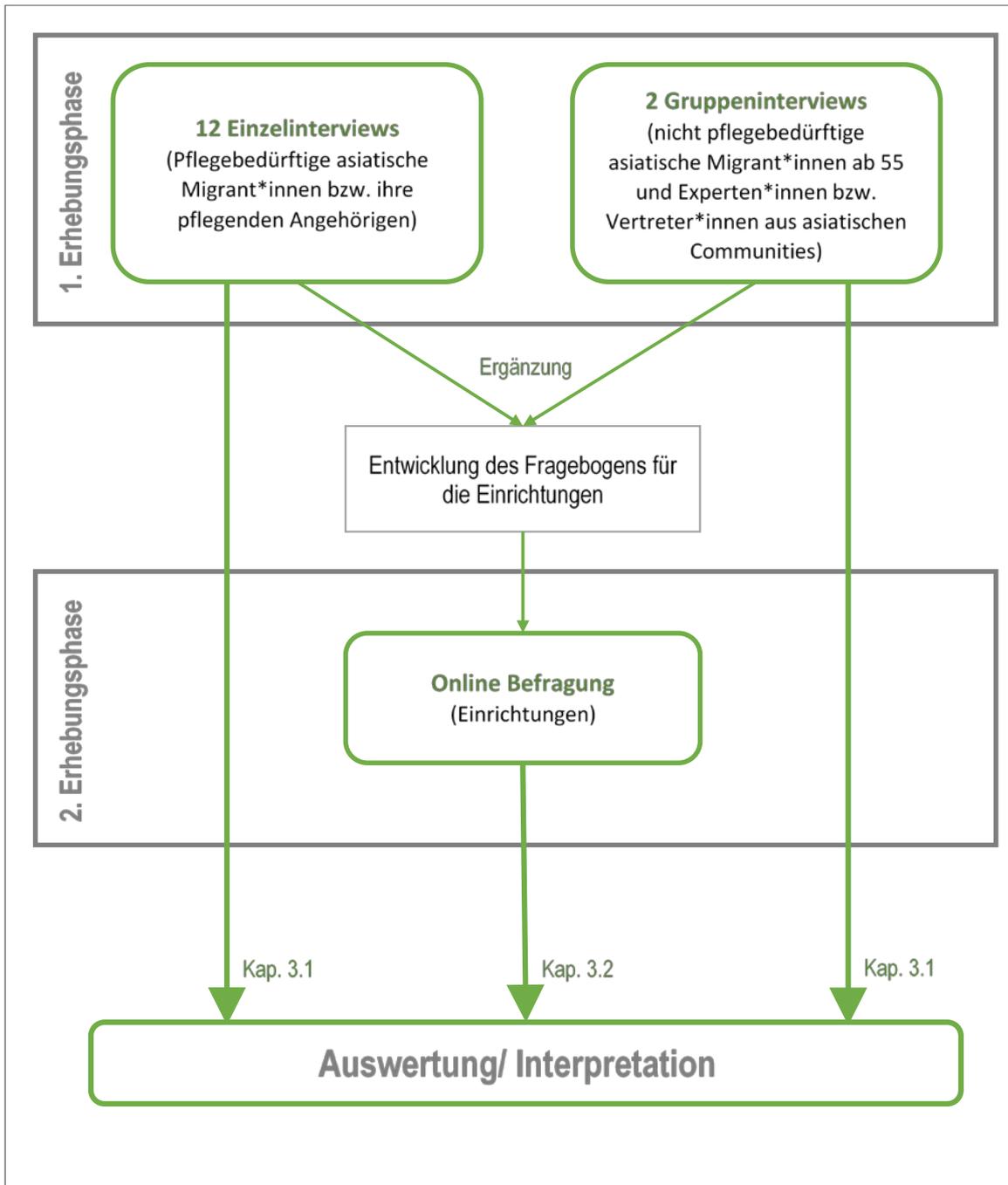
2.3.2 Online Befragung

Zur Auswertung der Daten wurden SPSS 20 und Excel 2016 eingesetzt. In diesem Bericht werden die Daten in erster Linie deskriptiv dargestellt. Bei Bedarf wurde zum Vergleich kategorialer Variablen der χ^2 -Test nach Pearson eingesetzt. Beim Vorliegen einer Verletzung einer Voraussetzung kam der exakte Test nach Fischer zur Anwendung ggf. mit der Monte-Carlo-Schätzung. Außerdem wurden metrische Variablen mit Hilfe von diversen parametrischen Tests, wie die einfaktorielle Varianzanalyse (mit Messwiederholung) verglichen, beim Vorliegen einer Verletzung einer Voraussetzung dann mit Hilfe des Kruskal-Wallis-Tests oder des Friedman-Tests.

Da es sich beim Fragebogen nicht um psychometrische Tests handelt, wird davon ausgegangen, dass die fehlenden Werte keine erheblichen Probleme bei der statistischen Auswertung und Interpretation der Studie bewirken. Bei der Analyse für diesen Bericht sind die fehlenden Werte paarweise ausgeschlossen, d.h. es werden die Werte einer Person nur bei Berechnung jener Kennwerte ausgeschlossen, bei denen fehlende Werte vorliegen. Das geht z.T. damit einher, dass die Anzahl der Befragten in der deskriptiven Beschreibung demografischer Daten mit der Zahl der Befragten bei einzelnen Fragen nicht identisch sein kann.

Abbildung 1 gibt einen Überblick über das Design der vorliegenden Studie:

Abbildung 1. Überblick über das Studiendesign



3. ERGEBNISSE

Im Folgenden werden die gesamten Ergebnisse der Studie präsentiert. In Kapitel 3.1 werden die Ergebnisse der Einzel- und Gruppeninterviews thematisch zusammengefasst vorgestellt und in 3.2 die Ergebnisse der Befragung bei den Einrichtungen im Bereich Pflege.

3.1 Versorgung Pflegebedürftiger mit asiatischem Migrationshintergrund

Um die Erwartungen, Wünsche und Bedürfnisse der Menschen mit asiatischem Migrationshintergrund an die Versorgung im Alter sowie Schwierigkeiten und Barrieren bei der Inanspruchnahme von Angeboten zu erfahren, wurden im Rahmen der vorliegenden Studie qualitative Leitfadeninterviews durchgeführt. Es handelt sich um Interviews mit drei Zielgruppen:

Interviewte/ Bezeichnung an zitierten Stellen im Text:	Form
A 12 Pflegebedürftige mit asiatischem Migrationshintergrund der 1. Generation bzw. ihre (pflegenden) Angehörigen (Bezeichnung der Einzelinterviewten, Absatz xxx), z.B. (J1, Absatz 17)	1. Einzelinterview
B 8 Vertreter*innen bzw. Expert*innen aus asiatischen Communities (Gruppeninterview mit Vertreter_innen und Expert_innen, Absatz xxx)	Gruppeninterview
C 18 potenzielle asiatische Pflegebedürftige der ersten Generation (Gruppeninterview mit potentiellen Pflegebedürftigen, Absatz xxx)	Gruppeninterview

Tabelle 5. Interviewform und Bezeichnungen im Text

Bei der Durchführung der Interviews, bei der Kontaktaufnahme mit zahlreichen Communities und möglichen Interviewpartner*innen ist insgesamt festzustellen: Ältere Migrant*innen sind, wie alle Älteren insgesamt, eine höchst heterogene Gruppe, somit unterscheiden sie sich sehr stark im Hinblick auf ihre Werte, Migrationsgeschichte und ihre individuell geprägten Erfahrungen im Migrationsprozess, selbst wenn sie aus demselben Kulturkreis oder Herkunftsland stammen. All dies wirkt sich erheblich auf ihr Altern und ihre Vorstellung vom Alter und der Pflege (Zeman, 2012) aus. Deswegen sind folgende Punkte bei der Interpretation der vorliegenden qualitativen Interviewdaten zu beachten:

Zu A: Pflegebedürftige mit asiatischem Migrationshintergrund, die keinen Kontakt zu den im Rahmen der Studie kooperierenden asiatischen Communities hatten, sind möglicherweise unterrepräsentiert.

Zu B: Es gibt nicht wenige Vertreter*innen bzw. Expert*innen von asiatischen Communities, die sich sehr aktiv für ihre Landsleute im Bereich Altenhilfe und –pflege einsetzen und einen wertvollen Beitrag dazu leisten. Allerdings konnten nicht alle am Gruppeninterview teilnehmen, um ihre Meinungen zu äußern.

Zu C: Bei der Rekrutierung potentieller Pflegebedürftiger der ersten Generation konnten Personen, die über die o.g. Communities oder eigene Netzwerke von GePGeMi schwer zu erreichen waren oder einen erschwerten Zugang zu den Online-Informationen über die Studie und Gruppendiskussion hatten, nicht mit in die Studie aufgenommen werden. Dadurch sind möglicherweise Migrant*innen, die aktiver, gesünder, sprachlich kompetenter und informierter als andere sind, in der qualitativen Analyse überrepräsentiert.

3.1.1 Samplebeschreibung für Einzel- und Gruppeninterviews

Gruppeninterview mit Experten*innen bzw. Vertreter*innen

Zum ersten Gruppeninterview wurden Experten*innen, die mehrere Jahre lang im Bereich der Altenhilfe und Pflege tätig waren, bzw. Vertreter*innen von diversen asiatischen Communities, die sich bei ihren Communities mit dem Thema der Altenhilfe und Pflege aktiv beschäftigten, eingeladen. Alle Vertreter*innen waren aus der ersten Generation und die Gruppen bestanden aus Japaner*innen (Süd-) Koreaner*innen, Thailänder*innen und (Nord-) Vietnames*innen.

Gruppeninterview mit (noch) nicht pflegebedürftigen älteren asiatischen Migrant*innen

Bei dem zweiten Gruppeninterview waren insgesamt 18 (noch) nicht pflegebedürftige ältere asiatische Migrant*innen der ersten Generation aus (süd-)koreanischen, (nord- und süd-)vietnamesischen Communities und Expert*innen anwesend. Die Teilnehmer*innen lebten im Durchschnitt seit 40,6 Jahren in Deutschland. Das Alter der Teilnehmer*innen erstreckte sich von 55 bis 73 Jahren und dessen Mittelwert lag bei 65,9 Jahren (SD=10,83).

Einzelinterviews

Es wurde insbesondere bei der Rekrutierung der Pflegebedürftigen mit asiatischem Migrationshintergrund für die Einzelinterviews angestrebt, die Heterogenität der Migrantengruppen im Hinblick auf demografische Daten, Herkunftsland, Wohn- und Pflegeform zu berücksichtigen. Die Einzelinterviewdaten beziehen sich auf 11 Pflegebedürftige, die selbst immigriert sind (erste Generation) und eine Pflegebedürftige, die mit ihren Eltern im Kindesalter immigriert ist (eineinhalbte Generation) (V11). Die 11 Migrant*innen der ersten Generation lebten durchschnittlich seit 38,4 Jahren (SD=11,2) in Deutschland und die Person der eineinhalbten Generation seit 17 Jahren.

Das Alter variiert unter den interviewbezogenen Pflegebedürftigen sehr stark, so erstreckte es sich von 18 (V11) bis 90 Jahren (K6)(M=64,25, SD=18,8). Das Geschlecht und das Herkunftsland sind unter den interviewbezogenen Pflegebedürftigen gleich verteilt. So wurden sechs männliche und sechs weibliche Pflegebedürftige in die Studie aufgenommen und jeweils drei interviewbezogene Pflegebedürftige waren aus Japan, Südkorea, Thailand und Vietnam. Unter den drei Pflegebedürftigen mit vietnamesischer Herkunft hatten zwei Personen Kontakt überwiegend zu nordvietnamesischen Communities und eine zu südvietnamesischen. Tabelle 6 gibt einen Überblick über die soziodemografischen und pflegebezogenen Merkmale der interviewbezogenen Pflegebedürftigen.

Vier der interviewbezogenen Pflegebedürftigen hatten keine Kinder (J3, K5, V11, V12). Unter denjenigen, die zu Hause versorgt wurden, lebten drei Personen allein (J3, K5, V12). Für die Pflegebedürftigen mit kognitiver und geistiger Beeinträchtigung wurden ihre Angehörigen bzw. Betreuer*innen interviewt (J1, K6, V11). Bei den Interviews mit den Pflegebedürftigen, die eine Artikulationsbeeinträchtigung hatten oder in der deutschen Sprache nicht sicher waren, waren ein(e) (familiäre) Betreuer*in oder ein(e) Übersetzer(in) anwesend (J3, K4, T7, V10, V12). Mit Ausnahme von drei Personen, K5, K6 und T9, fanden die Interviews an den Wohnorten der interviewten Personen statt, womit gute Einblicke in ihre Lebenssituationen gewonnen werden konnten.

Tabelle 6. Überblick über die untersuchten Pflegebedürftigen (Einzelinterviews)

Lebens- und Pflegeform	Inanspruchnahme formeller Hilfe	Pflegegrad	Alter	Aufenthaltsdauer	Geschlecht	Anzahl der Kinder	Familienstand	Interviewte Person	Bezeichnung ²
Pflege zu Hause mit pflegendem Familienangehörigen	Ja (Tagespflege)	3	77	44	w	1	geschieden	Pflegende Angehörige (Tochter)	J1
	Nein	1	79	48	m	2	verheiratet	Pflegebedürftiger selbst / pflegende Angehörige (Ehefrau)	K4
	Nein	2	61	28	m	2	verheiratet	Pflegebedürftiger selbst	T8
	Nein	1	75	48	m	2	verheiratet	Pflegebedürftiger Selbst	T9
	Nein	3	18	17	w	0	ledig	Pflegender Angehöriger (Vater)	V11
Pflege zu Hause allein	Nein	(1) ¹	73	28	m	0	ledig	Pflegebedürftiger selbst / Betreuer*in (Freundin)	J3
	Nein	2	70	47	w	0	ledig	Pflegebedürftiger selbst	K5
	Nein	2	57	27	m	0	ledig	Pflegebedürftiger selbst / Betreuerin (Vertreter aus Community)	V12
Pflege in spezialisierter stationärer Einrichtung (WG)	Ja	2	69	46	w	1	verwitwet	Pflegebedürftiger selbst	J2
	Ja	3	90	54	w	2	geschieden	Betreuer*in (Freundin)	K6
Pflege in stationärer Einrichtung (Pflegeheim)	Ja	4	46	23	w	1	geschieden	Pflegebedürftiger selbst / Betreuer (Vertreter aus Community)	T7
	Ja	3	56	29	m	1	ledig	Pflegebedürftiger selbst / Betreuerin (Lebensgefährtin)	V10

¹ Pflegegrad 1 beantragt² Bezeichnung: J-Japanisch, K-Koreanisch, T-Thailändisch, V- Vietnamesisch

3.1.2 Wohn- bzw. Pflegeform der interviewten asiatischen Pflegebedürftigen

Bei den interviewbezogenen Pflegebedürftigen sind drei Typen zu identifizieren, die wie folgt kategorisiert werden: 1. Pflege zu Hause mit pflegendem Angehörigen, 2. Alleinstehende Pflegebedürftige zu Hause und 3. Stationäre Pflege, in denen wiederum unterschiedliche Pflegearrangements stattfinden.

Pflege zu Hause mit pflegenden Angehörigen

Insgesamt lebten fünf interviewbezogene Pflegebedürftige zu Hause mit Familienangehörigen (J1, K4, T8, T9, V11). Bei einer eintretenden Pflegebedürftigkeit stellt sich für die betroffene Person und die Angehörigen die Frage, wie die Pflege bewältigt und organisiert werden kann. Insbesondere die interviewbezogenen Pflegebedürftigen mit einem höheren Pflegegrad (Grad drei: J1, V11) mussten sich intensiv mit der Frage nach dem Pflegearrangement beschäftigen, wobei es sich bei J1 um die pflegende Tochter und bei V11 um den pflegenden Vater handelt. Allerdings ist beiden Familien gemeinsam, dass eine stationäre Versorgung in Erwägung gezogen worden war, bevor sich beide Familien für eine häusliche Pflege entschieden haben. Dabei haben einerseits **negative Erfahrungen mit einer stationären Pflege**, d.h. Unzufriedenheit mit der Pflegequalität oder hygienischen Zuständen in den stationären Einrichtungen eine wichtige Rolle gespielt. Andererseits war **das Gefühl der nicht adäquaten Versorgungsform** ein weiterer Grund. So führte die Tochter von J1 die damalige Situation aus, in der sie versuchte, eine Versorgungsform für ihre demenzerkrankte Mutter zu finden, und daraufhin ihre Mutter zwei Wochen lang eine vollstationäre Verpflegungsform im Rahmen der Verhinderungspflege in einem Heim ausprobieren ließ:

„Ich hatte das Gefühl, dass das Heim nicht der richtige Ort ist. Ich hatte das Gefühl, dass die Menschen, die dort sind - so bitter wie das klingt - aber das ist wie Endstation. Da ist man, da wird man versorgt, bis man stirbt. Und ich sehe das bei meiner Mutter noch nicht. Ich habe das Gefühl, meine Mutter kann nicht mehr allein, das geht nicht, aber sie ist noch nicht bereit zu gehen. Es ist jetzt noch nicht so dieses Stadium erreicht, wo man sich verabschiedet [...] deswegen haben wir sie zu uns [ihrer Familien] geholt“ (J1, Absatz 8)

Bei der Erzählung über die Schwierigkeiten der familiären Pflege durch die Angehörigen (J1, V11) wird deutlich, dass bei der Entscheidung für das Pflegearrangement die **familiäre Verantwortung** im Vordergrund stand. In vielen verschiedenen kulturellen Gemeinschaften ist die Versorgung von pflegebedürftigen Kindern mit Migrationshintergrund im familialen Kontext zu beobachten (Tezcan-Güntekin, Breckenkamp & Razum, 2015). So erklärte der interviewte pflegende Vater:

„[In der] asiatischen Kultur ist die Familie tief [verwurzelt] [...] Wir sind anders, das ist kulturbedingt, auch bei der Pflege. Es sind sehr viele [Personen Verantwortungsbewusstsein hinsichtlich der Familie] und Zugehörigkeit. Es ist unsere Kultur. In Deutschland ist es anders. Das wissen die Leute auch.“ (V11, Absatz 110)

Für die interviewte Tochter war die Entscheidung für die Pflege ihrer dementen japanischen Mutter zu Hause aufgrund ihres Berufs- und Familienlebens mit zwei Kindern nicht einfach. Sie führte aus:

„Ich finde dennoch, dass es unsere Verantwortung ist, aufeinander aufzupassen, auch in der Familie [...]. Aber auch für die Kinder, denke ich - die lernen in diesen Situationen jetzt auch etwas, was sie sonst nicht lernen können. Das können sie in der Schule nicht lernen, das können sie im Beruf nicht lernen, sondern das leben sie jetzt. Und das ist diese Verantwortung. Das finde ich gut - auch für uns. Das bringt uns an Grenzen, es bringt uns an Themen, an denen wir arbeiten müssen, aber wir sind überzeugt davon, dass es auch wichtig ist, nicht immer nur den leichten Weg zu gehen, zu sagen: ‚Naja, dann ist sie halt weg. Da passt ja jemand auf sie auf‘“ (J1, Absatz 12)

Vier von fünf interviewbezogenen Pflegebedürftigen, die zu Hause bei ihrer Familie lebten, nahmen keine formelle Hilfe in Anspruch, wobei unterschiedliche Gründe und Barrieren zur Inanspruchnahme

im Hintergrund stehen. Eine Ausnahme bezüglich der Inanspruchnahme der formellen Unterstützung bildet der Fall von J1, für die eine häusliche Pflege in Kombination mit einem professionellen Angebot -Tagespflege- organisiert war.

Darüber hinaus konnten die **ethnischen Nachbarschaftshilfen** bei allen fünf Fällen (Pflege zu Hause mit pflegenden Angehörigen) als wichtige Ressource für die Entlastung der Familienpflege identifiziert werden. Dem folgenden Fallbeispiel von Frau J1 ist zu entnehmen, welche Bedeutung eine ethnische Nachbarschaftshilfe bei pflegenden Migrantenfamilien mit Pflegebedürftigen der ersten Generation haben kann:

Fallbeispiel: Pflege zu Hause mit Familienangehörigen

Frau J1 (77 Jahre alt; Pflegegrad 3)

Frau J1 kam im Jahr 1975 aus Japan nach Deutschland, weil sie ihren deutschen Mann bei einer internationalen Organisation für Entwicklungshilfe im Ausland kennengelernt und ihn geheiratet hat. Sie hatte in Deutschland einen Beruf im Bereich der Zahntechnik neu gelernt und über 20 Jahre hier gearbeitet. Als ihre Tochter im Grundschulalter war, hat sie sich scheiden lassen und seitdem lebte sie mit ihrer Tochter allein zusammen. Im Jahr 2011 hatte sie eine Alzheimer-Diagnose im Alter von 71 Jahren erhalten und lebte damals allein.

Ihre 35-jährige Tochter hatte damals eine eigene Familie mit zwei Kindern. Im Alltag war ihre Krankheit in einem Zeitraum von vier Jahren nicht deutlich bemerkbar. Am Anfang war Frau J1 mit der Diagnose sogar sehr aktiv und hat ihre Tochter bei der Kinderbetreuung unterstützt. Aufgrund ihrer Orientierungsprobleme konnte sie jedoch später nicht mehr allein aus dem Haus gehen. Seitdem übernahm die Tochter drei Jahre lang sukzessiv die Aufgabe, wie z.B. Begleitung zu Arztterminen, Einkaufen, Spaziergehen usw. für bzw. mit der Mutter. Wegen der immer intensiveren Betreuungsbedürftigkeit konnte die Tochter mit ihrem Berufsleben, aber auch wegen der eigenen Kinder ihre Mutter nicht mehr allein betreuen. So nahm sie ein Hilfsangebot in Anspruch- eine Tagespflege.

Als sie nicht mehr allein zu Hause die Haustür öffnen konnte, hatte die Tochter ihre Mutter zu sich nach Hause genommen und seitdem lebt sie mit ihrer Mutter, Frau J1, zusammen in ihrer Wohnung mit den Kindern. Danach ging die Mutter vier Tage in der Woche zur Tagespflege. Außerdem bekommt Frau J1 von einer japanischen Freundin regelmäßig Besuch, die sie von früher durch einen japanischen Verein kennt, in dem sie sich zusammen engagiert haben, und die außerdem auch neben ihrem Haus wohnte, sodass die Tochter die japanische Freundin ihrer Mutter auch seit ihrer Kindheit sehr gut kennt.

Die Freundin von Frau J1 engagiert sich zurzeit bei einer KPE* mit ehrenamtlicher Bildung. In diesem Bezug konnte die Tochter nicht nur eine Entlastung der Familienpflege erhalten, sondern auch eine besondere Herausforderung bewältigen, nämlich die japanische Sprache. Weil die Tochter nicht zweisprachig aufgewachsen ist und sich ihre demente Mutter nicht mehr um ihre Unterlagen aus Japan selbst kümmern kann, kommt der Hilfe der Freundin ihrer Mutter für die Tochter eine besondere Bedeutung zu.

Die Tochter sagte über diese Hilfe, dass *„es auch total wichtig [ist], dass meine Mutter jemanden hat, der mit ihr auch die gleichen Wurzeln teilt. Die sprechen Japanisch, wenn sie unterwegs sind, sie kocht dann auch Japanisch. Meine Mutter geht dann zu ihr, sie hat dann etwas zu Essen gemacht. Also das ist ganz wichtig für mich. Und wenn ich sie nicht hätte, wie gesagt, ich wüsste gar nicht: Wo finde ich eine japanische Person, die sich in diesem Bereich engagiert?“* (J1, Absatz 44)

* Kontaktstelle PflegeEngagement

Pflege zu Hause: Alleinstehende Pflegebedürftige

Unter den interviewten Pflegebedürftigen gab es drei Personen, die zu Hause allein lebten (J3, K5, V12). Einer Studie zufolge nehmen alleinlebende Pflegebedürftige in Deutschland mehr formelle Unterstützung in Anspruch als Pflegebedürftige in Mehrpersonenhaushalten (Neumann, 2014). Im Vergleich dazu nahmen die interviewten alleinlebenden Pflegebedürftigen (K5, V12) zum Zeitpunkt der Interviews keine formelle Pflegeleistung bzw. -unterstützung in Anspruch mit einer Ausnahme vom Interviewten J3, weil er zum Zeitpunkt des Interviews nicht anspruchsberechtigt war. Stattdessen schienen die alleinlebenden Interviewten ausschließlich auf die informelle Hilfe durch Nachbarschaften bzw. Communities angewiesen zu sein. Ein Grund dafür kann einerseits in ihren vergleichsweise niedrigeren Pflegegraden (2) liegen, weil mit zunehmenden körperlichen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit eine professionelle Unterstützung deutlich häufiger hinzugezogen wird (Bundesministerium für Gesundheit, 2011; Haberkern, 2009). Andererseits ist die überwiegende Abhängigkeit von Nachbarschaftshilfen auf die **mangelhafte deutsche Sprachkompetenz** insbesondere im Fall von J3 und V12 zurückzuführen. So wurde in den Interviews erwähnt, dass sie bei wichtigen Angelegenheiten wie z.B. beim Arztbesuch oder bei der Beantragung des Pflegegrades eine/n Sprachmittler*in benötigen.

Der Interviewte V12 ist mit Hilfe seiner Betreuerin aus seiner ethnischen Community kürzlich aus einer Pflegeeinrichtung in eine Mietwohnung umgezogen. Der Hauptgrund für die Entscheidung, allein in einer Wohnung zu leben, war das **Erleben diskriminierender Behandlung im und die Unzufriedenheit mit dem Pflegeheim**. Im Folgenden wird sein Fallbeispiel beschrieben:

Fallbeispiel: Pflege zu Hause allein**Herr V12 (56 Jahre alt; Pflegegrad 2)**

Er kam im Jahr 1990 ohne Papiere nach Berlin, weil er in einem „freien Land“ leben wollte. Bevor er nach Deutschland kam, war er als Vertragsarbeiter aus Vietnam in der damaligen Tschechoslowakei tätig. Dort hatte er als Techniker (Metalldreher) zwei Jahre lang gearbeitet. Er war jedoch direkt nach der Einreise in Deutschland schwer erkrankt. Inzwischen wurden seine anderen Bekannten (vietnamesische Mitreisende) bereits nach Vietnam abgeschoben und er blieb allein in Deutschland. Die Diagnose damals im Krankenhaus war eine Vergiftung durch Chemikalien, die vermutlich durch die Arbeitsbedingungen mit synthetischen Stoffen in einer Fabrik in der Slowakei verursacht worden ist.

Seitdem lebte er allein und war immer wieder krank. Aufgrund seines gesundheitlichen Zustands bekam er nach seiner langanhaltenden Duldung eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis von den Behörden. Er besuchte einen vietnamesischen Migrantenverein, wo er aber seine gesundheitliche Situation verschwieg. Ende 2016 brauchte er jedoch dringende Hilfe von dem Verein, weil er wegen eines schweren epileptischen Anfalls ins Krankenhaus gebracht und festgestellt wurde, dass er ohne eine neue Leber nicht mehr leben könne. Glücklicherweise konnte er jedoch eine Spenderleber erhalten und eine Operation zur Lebertransplantation durchführen lassen. Nach der Operation verbesserte sich sein gesundheitlicher Zustand langsam und er wurde in einem Palliativ-Pflegeheim weiter versorgt.

Er fühlte sich im Heim jedoch nicht wohl, weil die Heimbewohner meistens sehr schwer krank waren und das Essen bei ihm häufig Durchfall verursachte -höchstwahrscheinlich verträgt er keine Milch- sowie die Zusammensetzung seiner Medikamente aus seiner Sicht häufig falsch abgestimmt war. Zuletzt hatte er ein traumatisierendes Erlebnis: Ein Heimbewohner verdächtigte ihn, mit einer Schere gewalttätig geworden zu sein. Die Polizei verhaftete ihn und er wurde in einer geschlossenen psychiatrischen Abteilung verwahrt. Dabei hatte seine Betreuerin aus dem Verein Misshandlungen und abwertende Behandlung des Heimpersonals gegenüber ihm und ihr teilweise miterlebt. Daraufhin entschied sie sich, ihm eine freie Eigentumswohnung ihres Wohnhauses zur Verfügung zu stellen, sodass er in der unteren Etage ihres Hauses wohnen kann.

Er fühlte sich in der neuen eigenen Wohnung viel besser und wurde seitdem auch nicht mehr wegen seines starken Durchfalls ins Krankenhaus gebracht. Seit 2016 wurde eine gesetzliche Betreuerin für ihn gestellt, die sich um seine Unterlagen kümmert. Aufgrund seiner mangelnden Deutschkenntnisse muss ihn jedoch die Betreuerin aus dem Verein z.B. zu jedem Arzttermin begleiten, weshalb keinen Sinn habe, eine professionelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Sie ist jedoch auch mit ihrem eigenen Unternehmen sehr beschäftigt, deshalb sucht sie noch eine zusätzliche ehrenamtliche Hilfskraft für ihn.

Pflege in stationären Einrichtungen

Vier der interviewbezogenen Pflegebedürftigen wurden zur Zeit der Interviews in einer stationären Einrichtung versorgt, darunter zwei in einer ambulant betreuten Wohnform (J2, K6) und die anderen zwei (T7, V10) in einem Pflege- und Altenheim.

Aufgrund einer Studie von Wolf-Ostermann, Worch, Fischer, Wulff und Gräske (2012), bei der unterschiedliche Versorgungsformen in Berlin untersucht wurden, ist davon auszugehen, dass es kaum Unterschiede zwischen den Versorgungsformen Wohngemeinschaft und vollstationärem Pflegeheim im Hinblick auf die Lebensqualität gibt. Bei den Interviewten entstand allerdings insgesamt der Eindruck -abgesehen von der Komplexität der Konzeptualisierung der Lebensqualität (Conrad & Riedel-Heller, 2016; Neise & Zank, 2016)- dass die Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen in einer **ambulant**

betreuten Wohnform ihre Wohn- und Versorgungssituation als von neutral bis zufriedenstellend betrachten und die in einem Pflegeheim eher als nicht zufriedenstellend ansehen.

Eine japanische Pflegebedürftige (J2), die zum Zeitpunkt des Interviews in einer Wohngemeinschaft für Menschen mit neurologischen Erkrankungen versorgt wurde, ist zuvor einen Monat lang in einem Altenheim versorgt worden und hat sich gemeinsam mit ihrer Tochter für den Umzug in eine Wohngemeinschaft entschieden. Der zentrale Grund war, dass ihre Tochter das **Pflegeheim im Fall ihrer Mutter für ungeeignet** hielt im Hinblick auf die Pflegebedürftigkeit und ihr verhältnismäßig junges Alter. Außerdem sei die Tochter der Meinung gewesen, dass in einer für neurologische Erkrankungen spezialisierten Wohngemeinschaft noch **bessere Möglichkeiten für und das Organisieren von Therapien** für ihre Mutter bestehen. Sie schilderte:

„Nein, meine Tochter meint, wenn ich so wohne, muss ich die Therapeutin privat suchen. Das machte viel für meine Tochter aus - selber suchen und Termine machen und so. Hier haben wir als ein [Finanz-]Partner diese Therapeuten - Physio-Abteilung oder so. Da kommen sie täglich, und dadurch können wir hier Therapie machen. Ja, das ist ein bisschen besser.“ (J2, Absatz 28)

Die Pflege der demenzerkrankten koreanischen Pflegebedürftigen (K6) hat die Interviewte, ihre alte Freundin aus demselben Heimatland, arrangiert. Dafür hat sie versucht, diverse Informationen in Bezug auf die Pflege selbst herauszufinden, wobei ihre über 30-jährige Berufserfahrung als Krankenschwester aber auch Erfahrungen mit ihrer pflegebedürftigen Schwiegermutter selbstverständlich eine relevante Rolle gespielt haben dürften:

„Ihr Sohn hat keine Ahnung [...] (deswegen) habe ich versucht, für sie die geeignetste Pflegeform zu finden. Dabei habe ich viele Einrichtungen besucht und bei der Wahl auch viele Faktoren beachtet wie z.B. ihr Demenzstadium, die Qualität der Einrichtung, die Atmosphäre usw. [...] Ihr Sohn war mir sehr dankbar und auch sehr zufrieden mit der WG“ (K6, Absatz 27).

Es wird deutlich, dass das Engagement, die Berufserfahrung und Vorerfahrungen der den Pflegebedürftigen nahestehenden Personen eine wichtige Ressource bei der Suche nach einer möglichst geeigneten Pflegeform waren. Schließlich hängt das erfolgreiche Pflegearrangement für eine Person beim Eintreten einer Pflegebedürftigkeit davon ab, welche Ressourcen bei der Suche nach einer geeigneten Pflegeform mobilisiert werden können. Im Folgenden wird ihr Fallbeispiel die Mobilisierung der Ressourcen bei einem gelungen Pflegearrangement beleuchtet.

Fallbeispiel: Pflege in Demenz-WG**Frau K6 (90 Jahre alt; Pflegegrad 3)**

Frau K6 kam im Jahr 1972 als Krankenschwester (Gastarbeiterin) allein ohne ihre Kinder nach Deutschland. Einige Jahre später holte sie allerdings ihre zwei minderjährigen Kinder nach Deutschland. Seitdem lebt sie mit ihren Kindern in Deutschland, wo sie inzwischen eine Freundin in einer koreanischen Kirchgemeinde kennengelernt hat, die ihr immer zur Seite steht.

Im Jahr 2016 erkannten ihre Freundin und Bekannte aus der Kirchgemeinde Symptome von Demenz bei Frau K6 und es wurde bei ihr im Alter von 87 Jahren ‚Alzheimer‘ diagnostiziert. Weil ihre beiden inzwischen erwachsenen Kinder ihre Mutter wegen der Entfernung ihrer Wohnorte und wegen ihrer Arbeit nicht versorgen konnten, hat ihre Freundin sie bei Arztbesuchen usw. begleitet.

Eines Tages fiel Frau K6 wegen Flüssigkeitsmangels in Ohnmacht, woraufhin ihre Freundin für Frau K6 eine Pflegestufe beantragte und ihr anschließend die Pflegestufe 2 (Pflegegrad 3) erteilt wurde.

Seitdem begann ihre Freundin damit, nach einer passenden stationären Einrichtung für Frau K6 zu suchen. Sie sammelte relevante Informationen im Internet, bei einem Pflegestützpunkt und bei diversen Einrichtungen, wobei ihre Vorerfahrung mit ihrer Schwiegermutter, die wegen ihres hohen Alters im Altenheim versorgt werden musste, und die Unterstützung ihres engagierten deutschen Mannes Frau K6 sehr halfen.

Darüber hinaus nahm sie zusammen mit dem Sohn von Frau K6 eine ehrenamtliche Betreuungshilfe aus einer diakonischen Einrichtung und einen professionellen ambulanten Pflegedienst sowie eine Tagesbetreuung in Anspruch, sodass Frau K6 allein zu Hause gut versorgt werden konnte. Trotzdem brauchte Frau K6 mehr Aufmerksamkeit, weshalb sie die Freundin jeden Tag besuchen musste. Als die Freundin aber wegen ihrer Planung eines langen Aufenthaltes in Korea ihre pflegebedürftige Freundin K6 nicht mehr ständig besuchen konnte, erhielt sie eben zu dieser Zeit eine Nachricht eines freien Platzes in einer Demenz-WG. Es dauerte zwei Jahre, bis sie einziehen konnte.

Die Freundin weiß aber auch, dass Frau K6 zukünftig in einem fortgeschrittenen Stadium der Krankheit in einem stationären Pflegeheim versorgt werden muss, wenn sie mehr körperliche Pflege braucht. Sie hat aber noch keine Lösung gefunden, wenn Frau K6 insbesondere die deutsche Sprache verliert. Sie sagte: „Es gibt leider noch keine koreanische Einrichtung. [...] Ich weiß, dass es einen Versuch gibt, eine spezialisierte WG für koreanische Pflegebedürftige aufzubauen. [...] Es sollten dabei aber auch viele andere Bedingungen berücksichtigt werden, wie z.B. der Ort der Einrichtung, also die Distanz von uns. Die gewohnte Umgebung der Einrichtung ist auch sehr wichtig. Es ist nicht so einfach.“ (K6, Absatz 31)

Von den Interviewten (T7, V10) wurden konkrete Veränderungswünsche ihrer Wohn- und Pflegesituation geäußert. Die thailändische Pflegebedürftige (T7) hat während des Interviews mehrmals den **Wunsch nach einem normalen Leben** zum Ausdruck gebracht, wobei die **Unzufriedenheit mit der generellen Qualität der Einrichtung**, insbesondere wegen des zu häufigen Einsatzes von Leiharbeitern im Zuge des Personalmangels, im Vordergrund stand. Eindrücklich beschrieb die Interviewte (T7), die in einem Pflegeheim wohnt, warum sie in eine „normale“ Privatwohnung ausziehen will:

„Wenn man zu lange hier ist, kann die Seele nicht mehr so. Jeden Tag sieht man andere Leute, manchmal schreien die Leute. Manchmal kommen unterschiedliche Leute und man sieht, ich werde noch immer schlimmer. [...] Es wird immer schlimmer, mein Leben ist so [...] Wenn man jeden Tag beim Wohnen immer andere Leute hat, das und das. Ich bin bloß behindert, ich bin [aber] nicht komplett plemplem. Ich möchte wie andere Leute wohnen-leben.“ (T7, Absatz 154)

Andererseits erwähnte die vietnamesische Interviewte (V10), deren 56-jähriger Lebensgefährte pflegebedürftig ist, dass sie und ihr Lebensgefährte eigentlich sehr zufrieden mit der Ausstattung und den Angeboten des Heims seien. Trotzdem will sie mit ihm zusammen in einer Wohnung leben, obwohl sie wusste, dass ihr Wunsch nur schwer in Erfüllung gehen kann, weil sie ihren Sohn mit einer Behinderung zu Hause ebenfalls versorgen und jeden Tag arbeiten muss. Ein weiterer Grund ist, dass sie die Versorgung in einem Altenheim für ihn in Hinsicht auf sein verhältnismäßig junges Alter für ungeeignet hält:

„Es ist egal, ob hier, zu Hause oder irgendwo in einem Verein, alle. Außerhalb dieses Wohnheims. Weil er noch zu jung [ist]. Er ist noch 56, er ist wegen eines gesundheitlichen Problems in einem Altersheim. Aber jedenfalls, wenn alles gut geht, nehme ich ihn mit nach Hause.“ (V10, Absatz 154).

Während die nahestehenden Personen in den obigen Beispielen selbst über geringe Ressourcen zu verfügen scheinen, könnten ihre gesetzlichen Betreuerinnen, die in beiden Fällen von außen gestellt wurden, durch ihr Engagement bei der Erfüllung dieses Wunsches nach einem Wohnortwechsel der Pflegebedürftigen eine wichtige Rolle spielen.

Jedoch schienen die beiden Interviewten ihre gesetzlichen Betreuerinnen nicht als ihre Ressourcen wahrzunehmen. Die beiden Interviewten wünschten sich bei der Suche nach einer neuen Wohnform eine umfangreiche Hilfe aus ihrer jeweiligen Community. Das folgende Fallbeispiel von T7 beleuchtet, wie die ethnische Nachbarschaftshilfe sie während ihrer Hilflosigkeit unterstützt hat.

Fallbeispiel: Pflege in einem Pflegeheim**Frau T7 (46 Jahre alt; Pflegegrad 4)**

Sie kam im Jahr 1995 im Alter von 23 Jahren aus Thailand aufgrund einer Heirat mit einem deutschen Mann nach Deutschland. Mit einer Tochter und ihrem Mann hatte sie 12 Jahre lang zusammengelebt. Nach der Scheidung der Ehe lebte sie jedoch mit ihrem deutschen Freund zusammen. Eines Tages im Jahr 2013, nach ihrer Arbeit in der Gastronomie, hatte sie sehr starke Kopfschmerzen und ging auf der Stelle zum Arzt. Der Arzt in der Notaufnahme verschrieb ihr lediglich eine Tablette, die gegen die Schmerzen nicht half, sondern sie eher noch verschlimmerte. Schließlich wurde sie ins Krankenhaus gebracht, wo sie bewusstlos wurde. Die Diagnose war eine Gehirnentzündung, wodurch ihr Knochenmark geschädigt wurde. Von einem auf den anderen Tag musste sie erleben, dass sie nicht mehr laufen konnte. Nach all ihren Behandlungen wurde ihr bewusst, dass eine häusliche Pflege nicht mehr möglich sein wird.

Ihre gesetzliche Betreuerin, die von außen gestellt wurde, und ihr Freund fanden für sie ein Pflegeheim. Sie lebt in diesem Heim bis heute. Trotz der wöchentlichen Besuche von ihrem Freund und ihrer Tochter hat sie keinen Überblick über ihre eigenen Dokumente, weil ihre gesetzliche Betreuerin seit drei Jahren nicht mehr auf ihre Anfragen reagiert und für Frau T7 nicht mehr erreichbar ist.

Sie ist seit zwei Jahren mit dem Heim und dem häufig wechselnden Pflegepersonal sehr unzufrieden und wollte immer in eine private Wohnung umziehen. Sie hatte jedoch keine Möglichkeiten, sich darüber zu informieren oder beraten zu lassen. Mit einem Gefühl der Hilflosigkeit hatte sie endlich eine Freundin angesprochen, die auch aus Thailand kam und sie gelegentlich besuchte.

Diese Freundin versuchte bei einem thailändischen Verein Hilfe zu erhalten. Seitdem wird sie von ehrenamtlichen Landsleuten aus diesem Verein unterstützt. Ob ihr Wunsch in ein anderes Wohnheim oder in eine Privatwohnung umzuziehen, durch die Unterstützung des Vereins verwirklicht werden kann, ist noch unklar. Die ehrenamtlich arbeitenden Landsleute wollten zuerst versuchen, ihre gesetzliche Betreuerin zu erreichen und sich um ihre Dokumente wie z.B. ihren abgelaufenen Reisepass kümmern.

3.1.3 Barrieren bei der Inanspruchnahme von formellen Unterstützungsangeboten

Mit den Einzel- und Gruppeninterviews wurde versucht herauszufinden, welche Barrieren für asiatische potentielle Pflegebedürftige bei der Inanspruchnahme von formellen Unterstützungsangeboten bestehen (können).

Nicht ausreichender Informationsstand und Unübersichtlichkeit der Angebotsstruktur

Laut der Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, die im Auftrag vom Bundesministerium für Gesundheit durchgeführt wurde (2011), schätzen Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund die Möglichkeiten, sich über die Leistungen der Pflegeversicherung zu informieren, etwas schlechter ein als Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund. In Interviews ist bezüglich des Informationsstands insgesamt festzustellen, dass die meisten Einzelinterviewten über die Versorgungsstrukturen und ihre bestehenden Rechtsansprüche nicht ausreichend informiert sind, was auch Expert*innen, die an dem Gruppeninterview teilgenommen haben, bestätigten. Zum Beispiel wusste eine thailändische pflegebedürftige Einzelinterviewte (T7) zum Zeitpunkt des Interviews (Oktober 2018) nicht, dass die bisherigen Pflegestufen im Zuge der Pflegereform 2016/2017 in fünf neue Pflegegrade umgewandelt worden sind. Oder eine andere koreanische pflegende Angehörige wusste zum Zeitpunkt des Interviews nicht, dass ihr Mann mit dem Pflegegrad 1 keinen Anspruch auf eine Geldleistung hat.

Die meisten Einzelinterviewten nannten als ihre erste Informationsquelle beim Eintreten einer Pflegebedürftigkeit ihre Krankenkasse, Sozialdienste oder einen Arzt im Krankenhaus bzw. der Reha-

Klinik. Allerdings haben viele Interviewte in weiteren Phasen unterschiedliche Hürden erlebt, als bei ihnen weiterer Beratungsbedarf für eine bedarfs- und bedürfnisorientierte Versorgungsgestaltung bestand. Der vorliegenden Analyse nach hängt ein ausreichender Informationsstand davon ab, über welche Ressourcen Betroffene, pflegende familiäre Angehörige oder nahestehende betreuende Freunde verfügen. Dazu gehören z.B. Sprachfähigkeit, Bildungsstand (Studium und Beruf im Sozialbereich), Vorerfahrungen und persönliches Engagement.

Den Interviews sind viele Hinweise zu entnehmen, dass neben der Sprachkompetenz die Bereitschaft von Angehörigen, die Initiative zu ergreifen, eine relevante Voraussetzung für die Beschaffung von Informationen und die Inanspruchnahme der Unterstützungsangebote darstellt.

Um an benötigte Informationen zu gelangen, „musste ich mich hin und her wenden. Für mich war es okay, weil ich ein aktiver Mensch bin und Deutsch sprechen kann. Wenn ich an diejenigen denke, die nicht so sind wie ich...das muss dann echt schwer sein [Sammeln von Information]. Mein Mann allein hätte das nicht machen können“ (K4, Absatz 8). Das erwähnte eine ehemalige koreanische Krankenschwester, die über 30 Jahre lang in einem Krankenhaus in Deutschland gearbeitet hat und ihren Mann zu Hause versorgt. Ein anderer Interviewter, ein vietnamesischer Sozialarbeiter, der seine Tochter zu Hause selbst pflegt, war der Meinung, „man muss [die Informationen] durch Erfahrung selbst finden. Aber [es gibt] sehr viele, die es nicht nutzen können [...] Man muss fragen können“ (V11, Absatz 139).

Nicht nur von Migrant*innen, sondern auch von der einheimischen Bevölkerung wird die pflegerische Angebotsstruktur in Deutschland teilweise (immer noch) als unübersichtlich aber auch als bürokratisch empfunden (Bundesministerium für Gesundheit, 2012; Ulbrecht, Gräbel, Nickel & Kolominsky-Rabas, 2018). Informiertheit über Leistungen des Gesundheits- und Pflegesystems ist als eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Angebote zu verstehen. Sowohl interviewte Pflegebedürftige bzw. ihre Angehörigen als auch die Interviewten in den Gruppeninterviews stimmten der Ansicht zu, dass das deutsche Versorgungssystem im internationalen Vergleich eine sehr gut ausgebaute Angebotsstruktur formeller pflegerischer Unterstützung aufweist und es dementsprechend ein breites Spektrum an Informationen bezüglich der Pflege gibt. Jedoch gestaltet sich ein Problem daraus, dass die notwendigen Informationen aus einer Flut von Informationen herausgearbeitet werden müssen. Eine Interviewte, die in Deutschland aufgewachsen ist, schilderte ihre Erfahrung mit dem Sammeln von Informationen:

„Ich glaube, es gibt sehr viele Informationen - ich habe sie nur noch nicht verstanden [...] man muss auch immer wieder mal hingucken, aber das muss man überall. Da wird ganz ganz viel geleistet“ (J1, Absatz 64)

Informationsdefizite zu Pflegestützpunkten

Die Pflegestützpunkte sind seit dem Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes im Jahr 2008 bundesweit errichtet worden. Der Anlass war die Erfahrung, dass Pflegebedürftige und deren Angehörige häufig mit der Beantragung und dem Pflegearrangement überfordert waren (Tebest, Mehnert, Nordmann & Stock, 2015).

Insgesamt haben sich vier von 12 interviewten Pflegebedürftigen bzw. ihren Angehörigen über die Beratungsmöglichkeit bei einem Pflegestützpunkt informiert und dort eine Beratung eingeholt (J1, K6, V10, V11). Ihnen war gemeinsam, dass sie im Vergleich zu den anderen Interviewten über bestimmte Ressourcen verfügten, die ihnen den Zugang zum Pflegestützpunkt erleichtert haben sollen: Muttersprachlerin in der zweiten Generation; Vorerfahrung mit einem Pflegefall in der Familie; Fachwissen als Sozialarbeiter*in; Kontakt zu einem Bekannten aus der heimatischen Community, die

mit dem Pflegestützpunkt in einem Bezirk eng zusammenarbeitet. Der letzte Punkt weist übrigens darauf hin, wie positiv sich eine enge Zusammenarbeit zwischen Angebotsträgern und Migrantenorganisationen auf die Inanspruchnahme durch Migrant*innen auswirken kann.

Von den o.g. vier Interviewten haben zwei die Beratung eines Pflegestützpunkts positiv bewertet. Eine Interviewte, die die Pflege für ihre Freundin organisiert hat, erklärte ihre positive Erfahrung bei einem Pflegestützpunkt.

„[Bei der Informationssuche] für meine Freundin habe ich überall gesucht [...] Insbesondere hat der Pflegestützpunkt mir dabei sehr geholfen. Die Mitarbeiterin dort hat mir sehr konkrete Vorschläge für eine passende Versorgungsform für meine Freundin gegeben. Das hat bei der Entscheidung wirklich sehr geholfen [...] Ich kann das nur empfehlen.“ (K6, Absatz 38)

Die anderen zwei Angehörigen haben zwar keine negative Erfahrung gemacht, schienen aber nicht genau zu wissen, welche Funktion und Aufgabe ein Pflegestützpunkt hat. So schilderte eine Interviewte, was sie vom Pflegestützpunkt nicht erwartet hat, als sie auf der Suche nach weiteren Informationen über Möglichkeiten für einen Wechsel der Versorgungsform oder weitere Reha-Behandlungen für ihren pflegebedürftigen Lebensgefährten war:

„Am Anfang fragte ich beim [Pflege-] Stützpunkt nur nach anderen Sachen. Nicht nach diesen Sachen [bezüglich der neuen Versorgungsform und weitere Reha-Möglichkeiten für meinen Lebensgefährten]. Über diese Sachen muss ich mich normalerweise im Internet immer selber informieren [...] Für das Ausfüllen der Papiere muss ich zu diesen Leuten gehen. Aber die anderen Sachen muss ich selber [recherchieren].“ (V10, Absatz 279)

Eine andere Interviewte ging davon aus, dass kulturbedingte Besonderheiten und die kulturellen Wurzeln ihrer demenzerkrankten Mutter bei der Versorgung mit dem Verlauf ihrer Krankheit allmählich mehr in den Vordergrund rücken würden, wovon sie aber sehr wenig Kenntnisse hat. Sie würde gerne darüber mehr erfahren, aber „Ich wusste gar nicht, wo ich mich hinwenden sollte. Pflegestützpunkt - da kann man hingehen, aber ich weiß gar nicht, ob sie die Perspektive der kulturellen Andersartigkeit haben.“ (J1, Absatz 75)

Sprachbarrieren

Viele internationale Studien deuten darauf hin, dass sich Sprachdefizite in der Aufnahmegesellschaft auf das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit älterer Migrant*innen negativ auswirkt (Kang, Domanski & Moon, 2009; Moon & Mikami, 2007; Mui, Kang, Kang & Domanski, 2007; Sorokin, Nguyen & Ngo-Metzger, 2011). Ein weiteres Problem besteht aber auch darin, dass Sprachdefizite eine zentrale Barriere bei Migrant*innen der ersten Generation darstellen, die eine Inanspruchnahme von gesundheitlichen und pflegerischen Angeboten verhindern (Brzoska, Yilmaz-Aslan & Probst, 2018; Schilder, 2012; Tezcan-Güntekin & Breckenkamp, 2017).

Ein interviewter Pflegebedürftiger (K4), der in den 1970er Jahren als Gastarbeiter (Bergarbeiter) aus Korea nach Deutschland gekommen war und zur Zeit des Interviews zu Hause von seiner Frau versorgt wurde, wollte einen professionellen ambulanten Pflegedienst aufgrund seiner mangelnden Sprachkompetenz nicht in Anspruch nehmen. Er könne sich nicht vorstellen, bei der Pflege seine Bedürfnisse auf Deutsch auszudrücken. Seine Frau, die Interviewte, beschreibt die Lage wie folgt:

„Ich habe auch noch Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache, obwohl wir schon über mehrere Jahrzehnte in Deutschland sind. Ich glaube aber, Frauen sind in Bezug auf die Sprache noch mutiger und somit besser als koreanische Männer [...] die meisten männlichen koreanischen Gastarbeiter sind damals als Bergarbeiter gekommen. Sie brauchten bei der Arbeit keinen Kontakt zu Deutschen aufzubauen, so haben sie sich mit der Sprache weniger beschäftigt als wir ehemaligen Krankenschwestern“ (K4, Absatz 279).

In diesem Fall scheinen die Umstände im Berufsleben der Migrant*innen einen gewissen Einfluss auf das Verhalten bezüglich der Inanspruchnahme des Pflegesystems im späteren Leben genommen zu haben. Die Sprachprobleme bestätigten auch viele Expert*innen und Vertreter*innen beim Gruppeninterview: Sie deuteten darauf hin, dass sich die mangelnde Sprachkompetenz von Migrant*innen langfristig negativ auf ihre Lebensqualität auswirken kann. So schilderte eine japanische Vertreterin das Beispiel eines Ehepaars, bei dem beide Ehepartner als Köche in Deutschland gearbeitet und vor einigen Jahren das Rentenalter erreicht haben. Die Vertreterin macht sich Sorgen um das weitere Leben der beiden im Alter in Deutschland:

„Die Frau versteht sehr schlecht Deutsch. Insbesondere die geschriebene [Sprache] ist [fällt] ihr sehr schwer. Das ganze System ist [erscheint] ihr schwierig. Sie [die Ehepartner] haben nicht mal eine Bankkarte. Keine Bankkarte! Sie sind ziemlich isoliert geworden.“ (Gruppeninterview mit Vertreter_innen und Expert_innen, Absatz 36)

Schwellenangst und Misstrauen aufgrund negativer Erfahrungen mit Behörden

Im oben aufgeführten Beispiel von K4 entstand beim Interview der Eindruck, dass eine Schwellenangst bei der Nicht-Inanspruchnahme der professionellen Hilfe der Hintergrund ist, die als eine zentrale institutionelle Barriere von Menschen mit Migrationshintergrund für die Inanspruchnahme von professionellen Angeboten zu betrachten ist (Tezcan-Güntekin et al., 2015). Das muss aus der Sichtweise seiner Frau (K4) „mit Mut“ bewältigt werden.

Um zu erfahren, welche Hürden asiatische Migrant*innen bei der Inanspruchnahme von Beratungsangeboten haben können, wurde älteren asiatischen Migrant*innen beim Gruppeninterview mit potentiellen Pflegebedürftigen im Rahmen einer halbstandardisierten Befragung die Frage gestellt, welche Faktoren für sie bei der Auswahl einer Beratungsstelle -abgesehen von der allgemeinen und eigentlichen Beratungsqualität- relevant sind. Anschließend wurde darum gebeten, folgende Beispiele nach ihrer Wichtigkeit zu ordnen. Ihnen wurden „Interkulturelle Kompetenz, meine Heimatkultur zu berücksichtigen und zu verstehen“; „einfacher Prozess zur Problemlösung“; „Möglichkeit, eine Beratung in der Muttersprache zu bekommen“ und „Freundlichkeit der Berater*innen“ als Beispiele gegeben.

Anders als erwartet gaben fast alle Teilnehmenden eindeutig „Freundlichkeit“ als das wichtigste Kriterium an. Die genannten Gründe dafür waren z.B.:

„Ich nehme als Erstes die Freundlichkeit, weil mit Freundlichkeit kann man alle Probleme gut lösen, wenn wir versuchen einander zu verstehen.“ (Gruppeninterview mit potentiellen Pflegebedürftigen, Absatz 167)

„Häufig erfahre ich Unfreundlichkeit, ich lebe hier seit fast fünfzig Jahren. Ich habe so viel [an Unfreundlichkeit] erlebt. Und heute noch erlebe ich das [...] Man kriegt dann Hemmungen erstmal, obwohl ich nicht so bin.“ (Gruppeninterview mit potentiellen Pflegebedürftigen, Absatz 176)

„Ich erlebe auch sehr sehr oft Unfreundlichkeit in Deutschland [...] Die Leute, die arbeiten, haben überall so viel Stress. Da kann man nicht immer freundlich sein [...] Wir als Asiaten werden vielleicht, weil wir schwach aussehen, öfter angegriffen als Deutsche, das kann auch sein, aber allgemein ist es unangenehm, wir müssen uns ein dickes Fell zulegen.“ (Gruppeninterview mit potentiellen Pflegebedürftigen, Absatz 181)

Die Schwellenangst gegenüber Behörden und Einrichtungen der Aufnahmegesellschaft entsteht durch angehäuften Erfahrungen von Misstrauen in der Kommunikation bei Behörden und Einrichtungen, das einerseits auf Diskriminierungserfahrungen aber auch andererseits auf ein Missverständnis aufgrund der kulturellen Unterschiede beruhen kann wie z.B. wegen der bei vielen Migrant*innen unbekanntem Komm-Struktur oder wegen des für viele Migrant*innen gewöhnungsbedürftigen, am Empowerment der Klienten orientierten Beratungsstils. Wird das Missverständnis mit den Behörden und Einrichtungen nicht geklärt, sondern die negative Erfahrung auf eine Diskriminierung zurückgeführt, dann ist die Schwellenangst bei Migrant*innen häufig mit der Scham und Angst davor, als Ausländer*in zurückgewiesen zu werden, verbunden (Schilder, 2012) und kann auf Migrant*innen auf solch eine Weise wirken, dass sie dazu tendieren, eine Situation bzw. das Verhalten einer (einheimischen) Person entweder als freundlich oder diskriminierend zu beurteilen.

Dies wird mit dem folgenden Beispiel deutlich: Bis zum Zeitpunkt des Interviews wusste Frau K4 noch nicht, dass ihr Mann mit dem „Pflegegrad 1“ keinen Anspruch auf eine Geldleistung hat. Sie wollte bei einem Pflegedienst die Frage klären lassen, wie sie in ihrem Fall eine Geldleistung erhalten kann.

„Ich war einmal zu einem Pflegedienst gegangen, um eine Möglichkeit der Geldleistung [mit dem „Pflegegrad 1“] wegen der Pflege von meinem Mann zu fragen. Der Mitarbeiter dort war sehr unfreundlich, er gab mir vor der Tür nur eine Liste auf die Alltagshilfen und die unfreundliche Antwort: ‚Nein, ich kann ihre Frage nicht beantworten.‘ Dann hätte er mir noch ausführlicher erklären können, z.B. wo ich mich mit meiner Frage hinwenden soll. Da habe ich gedacht, er ist so, weil ich Ausländer bin?“ (K4, Absatz 24)

Komplizierter Prozess bei Inanspruchnahme formeller Angebote

Während ein „einfacher Prozess zur Problemlösung“ bei der oben geschilderten halbstandardisierten Befragung im Gruppeninterview mit potentiellen Pflegebedürftigen eine zweitrangige Rolle spielte, deuteten einige Einzelinterviewte darauf hin, dass ein komplizierter Prozess bei der Inanspruchnahme der Angebote aber auch als Barriere wirkt. Eine koreanische Interviewte (K4), die ihren Mann zu Hause pflegt, erzählte, dass sie schon Angebote zur Unterstützung im Alltag für eine Haushaltshilfe in Anspruch genommen und gute Erfahrung damit gemacht hat. Zurzeit hilft ihr aber eine informelle ehrenamtliche Alltagshilfe für ältere Menschen aus ihrer ethnischen Community, wenn sie oder ihr Mann Hilfe brauchen. Das macht sie, obwohl sie genau weiß, dass die Qualifizierung der informellen Hilfe aus der Community niedriger als die eines anerkannten Angebotsträgers sein kann und sie diese informelle Hilfe im Sinne eines Taschengeldes privat bezahlt.

„Ja, das haben wir schon mal probiert. Sie waren sehr nett und haben alles perfekt gemacht. Und ich weiß, es gibt echt eine Vielfalt solcher Angebote für die, die Hilfe brauchen. Der Prozess war aber verrückt und kompliziert! Ich musste beantragen, einen Termin im Internet machen, zwei oder drei Wochen warten und einhalten usw. Das ist kompliziert [...] Wenn ich Hilfe brauche, dann rufe ich lieber Herrn XX (von der ehrenamtlichen Alltagshilfe) an. Dann kommt er heute oder morgen vorbei. Das ist einfach, weil es dazwischen keine weiteren Schritte gibt“ (K4, Absatz 47).

Dabei war festzustellen, dass der Vorgang der Inanspruchnahme von Angeboten zur Unterstützung im Alltag als zu bürokratisch empfunden wird. Übrigens hat sie dem Bekannten von der informellen ehrenamtlichen Alltagshilfe vorgeschlagen, einen Antrag auf Anerkennung seiner ehrenamtlichen Alltagshilfe als Angebot zur Unterstützung im Alltag nach § 45 SGBXI zu stellen, was aber bis zum Zeitpunkt des Interviews nicht getan worden ist.

Hohe Akzeptanz und Bedeutung der Nachbarschaftshilfe aus den ethnischen Communities

Bei fast allen Einzelinterviewten und Teilnehmer*innen an den Gruppeninterviews kam den Nachbarschaftshilfen innerhalb der ethnischen Communities eine große Bedeutung zu.

Die Rolle und die Bedeutung der Nachbarschaftshilfen innerhalb der ethnischen Communities sind nicht nur bei den oben beschriebenen Fallbeispielen der Einzelinterviews deutlich sichtbar, sondern es konnten bei den Gruppeninterviews mit Vertreter*innen bzw. Expert*innen auch einigermaßen Einblicke in ihre Strukturen und Entwicklung gewonnen werden. Beispielsweise berichtete ein vietnamesischer Vertreter über die vietnamesischen Communities:

„Theoretisch muss man auch sagen: Vietnamesen versuchen selbst, wenn es nicht geht, dann durch Familienangehörige, Ehepartner, Kinder und ähnliches [zum Ziel zu kommen]. Wir sind auch seit circa 30 Jahren hier als Vertragsarbeiter. Man hat auch schon einen gewissen Bekanntenkreis gewonnen. In der letzten Zeit hat man sich auch im Leben gegenseitig geholfen, gemeinsam dies und das getan. Deshalb erwartet man auch die Hilfe von der Gemeinde oder dem Bekanntenkreis. Die letzte Möglichkeit ist natürlich dann das Heim.“ (Gruppeninterview mit Vertreter_innen und Expert_innen, Absatz 72)

Weiter ergänzte eine andere koreanische Vertreterin:

„Aber es gibt viele koreanische evangelische Gemeinden, wozu sie gehören. Und die Gemeinden kümmern sich unter einander. Deswegen ganz allein, ganz einsam ist es doch nicht.“ (Gruppeninterview mit Vertreter_innen und Expert_innen, Absatz 64)

Beim Kontakt mit vielen asiatischen Communities zur Studie ist zu bemerken, dass es mehr kleine Netzwerke und Initiativen gibt als vermutet, die sich für ihre (älteren bzw. pflegebedürftigen) Landsleute einsetzen, die aber kaum wahrgenommen werden. Dabei kommt dieser Nachbarschaftshilfe ein besonderer Stellenwert bei der Pflege in der Migration zu.

Bei einem vietnamesischen Interviewten (V11), der bei Bedarf nach einer Kurzzeitpflege für seine Tochter lieber eine informelle Unterstützung von Landsleuten anstatt von einer professionellen Pflege in Anspruch nimmt, scheint neben dem komplizierten Prozess noch ein weiterer Faktor bei der Entscheidung für eine informelle Hilfe eine wichtige Rolle gespielt zu haben: das Bewusstsein, in die ethnische Gemeinschaft gegenseitiger Hilfeleistungen und Verpflichtungen eingebunden zu sein. Er schilderte seine Erfahrungen mit dem Hinweis darauf, dass er sich als Sozialarbeiter seiner rechtlichen Ansprüche auf die pflegerischen Leistungen für seine Tochter bewusst ist.

„Also viele Leistungen, [...], habe ich nicht genutzt, z.B. die Kurzzeitpflege, weil ich sehr viele gute Freunde [habe], wenn ich was machen will, dann sagen sie okay [...] Normalerweise kriegt man dafür die Kurzzeitpflege. [...] Wir haben mehr Solidarität als die Deutschen [...] Ich helfe den Leuten, und sie helfen mir auch. Ich helfe ihnen bei verschiedenen Dingen kostenlos. Ich kann für die Leute verschiedene Anträge [ausfüllen], oder bei rechtlichen Problemen kann ich auch den Leuten kostenlos helfen [...] Vielleicht kaufe ich irgendwas und ich schenke es den [Lands-]Leuten, dann ist es ok.“ (V11, Absatz 43)

Die Diskrepanz zwischen der höheren Bedeutung der Migrantengemeinschaft gegenüber der geringeren Bedeutung formeller Einrichtungen der Aufnahmegesellschaft geht mit dem Versuch einher, die Hilfe bzw. Unterstützung in erster Linie innerhalb der Community zu organisieren (Schilder, 2012).

Finanzielle Gründe

Der Studie vom Bundesministerium (2011) zufolge ist davon auszugehen, dass es hinsichtlich der Inanspruchnahme des Pflegegeldes kaum Unterschiede zwischen Migrantengruppen und einheimischen Gruppen gibt. Im Jahr 2015 lag der Anteil aller Pflegebedürftigen mit einer

ausschließlichen Geldleistung in Berlin bei 49,7% (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg). Unter den untersuchten neun auf Geldleistung berechtigten Pflegebedürftigen mit asiatischem Migrationshintergrund gab es vier, die sich ausschließlich auf die Geldleistung beziehen (s. Tabelle 6).

Monetäre Gründe durch die Pflegegeldzahlungen der Pflegeversicherung sind auch als ein wichtiger Faktor für eine Nicht-Inanspruchnahme von professionellen Angeboten zu betrachten (Schilder, 2012). Bei einem anderen vietnamesischen Interviewten, der allein zu Hause wohnt und auf seine Nachbarschaftshilfe angewiesen ist, scheint der Grund für ein ausschließliches Pflegegeld darin zu liegen, dass das Pflegegeld als für seinen Lebensunterhalt notwendig beurteilt wird. Eine Studie vom Bundesministerium (2011) zeigte, dass befragte Pflegebedürftige die Finanzierung für ihren Haushalt als Grund für eine Inanspruchnahme der Geldleistung häufiger genannt haben als einheimische.

Ein anderer vietnamesischer Einzelinterviewter (V11), der seine Tochter zu Hause pflegt, begründete die Nicht-Inanspruchnahme der Verhinderungspflege auch mit finanziellen Problemen, aber aus einer anderen Perspektive.

„Wir haben nicht ganz gute Erfahrung - lieber bei Bekannten [...] Ja ich habe doch xxx [Tochter] für zwei Wochen dahin gelassen, damit wir [nach vielen Jahren] einen Urlaub machen [können]. Es kostete sehr viel Geld, aber es lief nicht ganz gut. Ich weiß auch nicht, aber ich habe das Gefühl so. Die Zuzahlung allein war sehr teuer.“ (V11, Absatz 82)

Außerdem schilderten einige Expert*innen beim Gruppeninterview, dass viele Betroffene im Pflegefall aus finanziellen Gründen nicht auf die Idee kämen, in eine stationäre Einrichtung einzuziehen. Ein vietnamesischer Vertreter hat die Beobachtung gemacht, dass ein Altenheim bei Vietnamesen als eine luxuriöse Variante im Pflegefall betrachtet wird:

„Vietnamesen sehen ein Altersheim als ein Luxus an. Man muss es auch so sehen. Man wird dort versorgt und hat alles. Nur reiche Leute in Vietnam dürfen sowas erlauben.“ (Gruppeninterview mit Vertreter_innen und Expert_innen, Absatz 74)

Anschließend erklärte eine koreanische Vertreterin beim Gruppeninterview weiter, worauf die Sorgen ihrer Landsleute um die Finanzierung einer stationären Einrichtung beruhen:

„das ist nicht einfach, weil wenn sie ins Altenheim oder die Wohngemeinschaft ziehen, müssen sie eigenes Geld, was sie gespart haben, oder eine eigene Wohnung, die sie gekauft haben, alles abgegeben, was sie ursprünglich für ihre Kinder gedacht haben. Das wollen sie nicht. Deswegen halten sie [so lange wie] möglich ihre Wohnung“ (Gruppeninterview mit Vertreter_innen und Expert_innen, Absatz 64)

Ihrer Meinung nach scheint die Vorstellung, dass man bei der Entscheidung für eine stationäre Einrichtung im Pflegefall damit rechnen muss, dem Staat einen großen Teil vom Vermögen abzugeben, weit verbreitet zu sein.

Was in ihrer Aussage noch bemerkenswert ist, ist dass die Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen in Zusammenhang mit den Kindern der Betroffenen begründet steht. Die Vertreterin führte noch ein weiteres Beispiel aus, in dem eine pflegebedürftige Mutter nicht in ein Pflegeheim gehen wolle, weil sie befürchte, dass ihre Kinder dadurch finanziell belastet werden.

„Eine Koreanerin, sie ist schwer krank. [...] Die Kinder können eigentlich, jedes ein bisschen [Geld] abgeben [...] wenn die Mutti tatsächlich ins Altenheim geht, aber sie sind nicht bereit [...] Ihre Kinder sind finanziell in einer sehr guten Position. Aber trotzdem möchte die Mutter selbst nicht, und die Kinder möchten auch nicht. [...] Sie ist zu Hause allein. Niemand kümmert sich um sie [...] Sie kann nicht aufstehen. Sie kann nicht essen. Und das ist eine grausige Situation. Aber wir können [uns] nicht einmischen, weil die Kinder da sind. Die Tochter wurde von der Mutter bevollmächtigt“ (Gruppeninterview mit Vertreter_innen und Expert_innen, Absatz 70)

3.1.4 Erwartungen und Wünsche

Hierbei handelt es sich um die Frage, welche Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen bezüglich der Pflege (potentielle) Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund und ihre Angehörigen an die Berliner Pflegepolitik und Einrichtungen haben können.

Pflegeerwartung an eigene Kinder

Studien zufolge ist das Gefühl, entsprechende Verantwortung für die Pflege ihrer Eltern übernehmen zu müssen oder zu wollen, in der Gruppe der Türkeistämmigen stärker ausgeprägt als in der einheimischen Bevölkerung (Carnein & Baykara-Krumme, 2013). Im Vergleich dazu zeigt die Pilotstudie von GePGeMi (Kim, 2018), dass es für die überwiegende Mehrheit der befragten asiatischen Migrant*innen ab 55 Jahren im Pflegefall nicht in Frage kommt, mit den eigenen Kindern oder Enkelkindern zusammen zu wohnen, was in der Forschungsgruppe eigentlich anders erwartet worden ist. Dieses Ergebnis stimmt mit der Analyse der Einzel- und Gruppeninterviews in der vorliegenden Studie zum großen Teil überein, nämlich die überwiegende Mehrheit der Interviewten hat kaum Erwartungen an ihre eigenen Kinder in Bezug auf die Pflege. Das, obwohl sie sich dessen bewusst sind, dass es in den meisten asiatischen Ländern, die vom Konfuzianismus geprägt sind, für richtig gehalten wird, dass die Kinder die Pflege ihrer pflegebedürftigen Eltern übernehmen:

„In unserer vietnamesischen Tradition müssen die Kinder die Eltern zu Hause betreuen. Aber hier ist es wieder anders. In meiner Familie müssen die Kinder auch arbeiten. Wir sind schon 66 Jahre alt und ich hoffe, dass die Kinder uns betreuen. [Aber] ich glaube nicht [...]“ (Gruppeninterview mit potentiellen Pflegebedürftigen, Absatz 78)

„Das ist so, das ist die Realität. [...] die [koreanische traditionelle] Kultur ist so dünn [geworden] [...] Die Kinder sind hier groß geworden. Sie haben die deutsche Kultur bekommen und sie sind als Deutsche groß geworden, die können das nicht [...] Wenn ich alt wäre, würde ich im Heim allein wohnen“ (Gruppeninterview mit potentiellen Pflegebedürftigen, Absatz 44)

Die Interviewten haben dies mit der kulturellen Entfremdung zwischen den Generationen begründet, nämlich dass sie ihren Kindern die traditionellen Werte nicht zumuten können (oder wollen), weil ihre Kinder in Deutschland aufgewachsen sind. Dies widerspricht der Annahme, dass die traditionellen Werte und Verhaltensweisen bei Migrantenfamilien aus kollektivistisch orientierten Herkunftskulturen, zu denen viele asiatische Länder zählen, an die nächste Generation weitergegeben werden, sodass eine Pflege im familialen Kontext von den Eltern in Migrantenfamilien erwartet wird (Nauck, 2000; Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen, 2014; Zeman, 2006; Zimmermann, 2012).

Dabei scheint aber auch der Wunsch der Eltern im Hintergrund zu stehen, den eigenen Kindern nicht zur Last fallen zu wollen. Eine Einzelinterviewte (J1), die ihre demente Mutter zu Hause pflegt, hat die Zurückverhaltung in Bezug auf die Äußerung von Wünschen seitens ihrer pflegebedürftigen Mutter beobachtet, als sie zwei Wochen lang eine stationäre Einrichtung ausprobiert hat und erzählte:

„Ich war eine Woche vorher mal da und habe gesagt: ‚Ich nehme dich mit‘, da hat sie gesagt ‚Nein‘. Und da glaube ich, ist es ein ganz asiatischer Zug: Die größte Angst meiner Mutter war unser Familienleben zu stören. Sie würde immer einen Nachteil für sich in Kauf nehmen, um uns nicht zu stören. Also selbst in dieser fortgeschrittenen Diagnose hat sie, glaube ich, stellt sie ihre eigenen Bedürfnisse eigentlich zurück. Durch die Krankheit kann sie es manchmal nicht mehr so, wie sie es eigentlich tut. Aber das merkt man. Das sagte sie: ‚Nein xxx [Tochter], ich will euer Familienleben nicht stören. Du musst auf deine Familie aufpassen.‘ Das ist ihr ganz ganz wichtig! Deswegen hätte sie sich, glaube ich, niemals beschwert. Sie wäre immer da geblieben, ob es ihr gefällt oder nicht. Aber ich fand es ganz gruselig.“ (J1, Absatz 16)

Diesbezüglich berichtete eine Expertin beim Gruppeninterview ihre Beobachtung:

„Innerlich wünschen sie [die Eltern] sich, dass sich die Kinder [im Pflegefall] um sie kümmern. Aber sie äußern das nicht, verbalisieren es nicht, nur innerlich wünschen sie [es] sich.“ (Gruppeninterview mit Vertreter_innen und Expert_innen, Absatz 41)

In der Tat wird die Bereitschaft der Eltern, für die eigenen (erwachsenen) Kinder Opfer zu bringen, in asiatischen Kulturräumen auch hoch angesehen (Lee, 2008). Das folgende Zitat einer Interviewten (K4), die ihren Mann zu Hause pflegt, zeigt, dass sie eher mit einer Nachbarschaftshilfe als mit ihren Kindern rechnet, wenn sie in einem Altenheim leben müsste.

„Ich gehe davon aus, dass ich in einem Pflegeheim wohnen würde, wenn ich nicht mehr selbstständig und allein wäre, weil meine Kinder nicht mit uns wohnen. Ja, die zweite Tochter ist gerade in Berlin. Trotzdem muss sie zur Arbeit gehen. Sie kann mich nicht rund um die Uhr pflegen. Sie kann mich nicht jeden Tag besuchen. [...] Ja, es ist richtig, in einem Heim zu wohnen. Und dann, meine Bekannten aus der Kirchgemeinde sollten mir ja helfen. Sie können natürlich auch nicht jeden Tag zu mir kommen, ab und zu mal, meine ich (lacht)“ (K4, Absatz 143)

Kultursensible asiatische WG

Wie oben gezeigt, ist es für viele Betroffene vorstellbar, im Pflegefall in eine stationäre Einrichtung einzuziehen. Bei den Gruppeninterviews diskutierten die Teilnehmer*innen über ihre Zukunft, wobei eine „asiatische“ bzw. „herkunftsspezifische“ Wohngemeinschaft als geeignete Wohnform für Pflegebedürftige mit asiatischem Migrationshintergrund zum Ausdruck kam. Dabei ist festzustellen, dass insbesondere das Sprachproblem im Vordergrund steht:

„Aber viele Leute vergessen die Sprache [Deutsch], wenn sie älter werden. Sie sprechen nur die Sprache, die sie als Kind gelernt haben, die Muttersprache. Das sind auch ganz viele [...], obwohl sie sehr gut Deutsch gesprochen haben und gute Kontakte hatten.“ (Gruppeninterview mit potentiellen Pflegebedürftigen, Absatz 104)

In der Tat kommt es bei älteren Migrant*innen nicht selten vor, dass sie nach dem Rückzug aus dem Erwerbsleben die Kontakte zur Mehrheitsgesellschaft verlieren, wodurch die Fähigkeiten im Umgang mit der deutschen Sprache nachlassen (Zeman, 2012). Pflegebedürftigen ist aber sehr wichtig, ihre Bedürfnisse in ihrer Muttersprache ausdrücken zu können (Tezcan-Güntekin & Breckenkamp, 2017). Vor diesem Hintergrund hielten einige Interviewte die Wohnform einer asiatischen bzw. herkunftslandspezifischen Wohngemeinschaft zur Aufrechterhaltung der Lebensqualität am Lebensabend der Migration für realistisch und sinnvoll, falls sie von der Pflegebedürftigkeit betroffen wären und dadurch das Verlernen der deutschen Sprache noch beschleunigt würde. Dabei steht neben den allgemeinen Vorteilen der Versorgungsform WG - wie z.B. die familiäre Struktur, der Bezug zum Umfeld, die Gewährleistung von Versorgungssicherheit und Wohlbefinden und der Erhalt von Selbstbestimmung und Selbständigkeit (Schäfer-Walkmann & Traub, 2017)- noch eine weitere migrationsspezifische Erwartung im Vordergrund, nämlich die Gewährleistung einer

muttersprachlichen Kommunikation. Auffällig ist, dass der Wunsch nach Berücksichtigung des kulturellen Hintergrunds dabei eine eher geringere Rolle zu spielen scheint als das Sprachproblem.

Im Vergleich dazu hatten einige Interviewte eine andere Ansicht, nämlich dass ein Zusammenleben mit den eigenen Landsleuten im Fall der Pflegebedürftigkeit nur schwer vorstellbar sei. So erklärte ein vietnamesischer Interviewter, dass eine vietnamesische Gruppe in den letzten Jahren den Versuch, eine Wohngruppe bzw. ein Heim für Vietnamesen aufzubauen, unternommen aber den Plan mittlerweile aufgegeben hat, weil die Arbeitsgruppe zu der Meinung gekommen ist, dass das nicht funktionieren würde, weil „Vietnamesen untereinander immer schwer miteinander auskommen können.“ (Gruppeninterview mit Vertreter_innen und Expert_innen, Absatz 72). Eine interviewte koreanische Pflegebedürftige beim Einzelinterview könne sich auch das Zusammenleben ausschließlich mit ihren Landsleuten nicht vorstellen „weil ich mein restliches Leben nicht nach traditionellen Werten ausrichten und mich in stresshafte Konflikte unter Koreanern verwickeln [würde], die wegen der traditionellen Erwartungen üblicherweise hervorgerufen werden.“ (K5, Absatz 87). Ein weiterer Grund dafür ist, so eine Interviewte im Gruppeninterview, dass sie sich eine Integration und Kontakte zur deutschen Gesellschaft wünschen würde, wenn sie im Pflegefall in einer asiatischen bzw. landesspezifischen Wohngruppe versorgt würde. Denn „ich möchte nicht so geschlossen unter uns bleiben, es sei denn die Wohngruppe bemüht sich besonders darum, [sich] in die andere Gemeinde zu integrieren und international offen zu bleiben“ (Gruppeninterview mit potentiellen Pflegebedürftigen, Absatz 100).

Außerdem wurde bei dem Gruppeninterview mit Vertreter*innen und Expert*innen festgestellt, dass es einen Versuch innerhalb der Communities gab, eine asiatische bzw. landspezifische WG aufzubauen. Das Vorhaben ist jedoch zunächst gescheitert, da die Barriere der Finanzierung sehr hoch ist.

WG für demenzerkrankte asiatische Migrant*innen und ihre Familienangehörigen

Allerdings ergibt sich eine besondere Herausforderung bei Migrantenfamilien mit demenzerkrankten Familienangehörigen daraus, dass Migrant*innen mit einer Demenzerkrankung einer erhöhten Gefahr ausgesetzt sind, die im Erwachsenenalter als Zweitsprache erlernte deutsche Sprache früh zu verlernen (Gladis et al., 2014) (Tezcan-Güntekin et al., 2015). Das wird noch ernsthafter, wenn die Kinder der zweiten Generation die Muttersprache ihrer demenzerkrankten Eltern der ersten Generation nicht beherrschen. So schilderte eine Interviewte, die ihre demenzerkrankte Mutter bei sich zu Hause versorgt und die Muttersprache ihrer Mutter nicht beherrscht, ihre Unsicherheit mit dem Hinweis darauf, dass ihre Mutter derzeit ihre Muttersprache häufiger als früher verwendet:

„Da habe ich auch das erste Mal davon gehört, dass meine Mutter irgendwann die Sprache verliert. Ich hatte keine Ahnung, was auf mich zukommt [...] Da habe ich das erste Mal gedacht: Wow, was mache ich dann eigentlich?“ (J1, Absatz 60)

Demenzielle Erkrankung ist einer der wichtigsten Gründe für den Übertritt in eine vollstationäre Einrichtung, wenn die häusliche Versorgung nicht mehr sichergestellt werden kann (Heinen et al., 2015). Die Interviewte ist sich ebenfalls dessen bewusst, dass sie ihre Mutter irgendwann in eine stationäre Einrichtung unterbringen muss. Deswegen kommt bei ihr der Frage nach einer adäquaten Wohnform für ihre Mutter eine besondere Bedeutung zu.

„Ich habe schon überlegt: Wenn es so Wohngruppen gäbe, die so ein Stück auch das Zusammenleben [...], die einfach auch, asiatische Menschen, die vielleicht eine engere gemeinsame Schnittstelle haben - ob da das Zusammenleben auch einfacher ist?“ (J1, Absatz 46)

Außerdem äußerte sie noch ihre Erwartung an ein Netzwerk für Angehörige, die nicht zweisprachig aufgewachsen sind aber als Nachfolgegeneration weitere Information benötigen. Sie schilderte:

„Ich lebe ja mit meiner Mutter. Aber ich weiß wenig über ihre Kindheit, eigentlich. Das heißt, ich weiß eigentlich auch wenig über die kulturellen Wurzeln, die in ihr stecken, denke ich manchmal. Ich weiß darüber viel zu wenig. Und wo kann man denn vielleicht mal nachlesen, was sind denn so die Spezifika? Was ist denn eigentlich wichtig, ja? Oder vielleicht auch: Wo achtet man bei der Pflege auch in anderen Ländern? - Um für sich so eine Idee zu bekommen, was könnten denn Bedürfnisse sein, auf die man eingehen sollte? [...] Tatsächlich [ist] das Thema 'Austausch' und auch 'Information'. Ich wüsste gar nicht, wo ich mich hinwenden sollte.“ (J1, Absatz 37)

Tatsächlich gibt es viele Beobachtungen bei Kindern der zweiten Generation von Migrantenfamilien, (nicht nur bei binationalen Paaren bzw. Familien wie im Fall von Frau J1), die in den 1960er bis 1980er Jahren aus asiatischen Ländern eingewandert sind, dass sie selten zweisprachig aufgewachsen sind. Auf diese Gruppe kommt bei dem Thema „Demenz der eigenen Eltern“ eine besondere Herausforderung zu. So führte ein Experte aus einem vietnamesischen Verein seine Beobachtung bei den Vietnamesen aus:

„Die Sprache spielt eine große Rolle. Zum Beispiel spricht die erste Generation meistens nur Vietnamesisch. Die Kinder nur Deutsch. Wenn man miteinander nicht kommunizieren kann, entstehen dann schon Konflikte.“ (Gruppeninterview mit Vertreter_innen und Expert_innen, Absatz 54)

Kompakte Informationen in Muttersprache

Wie in Kapitel 4.1.3. ausgeführt wurde, stellte sich der mangelnde Informationsstand zu den Versorgungsstrukturen und Pflegeleistungen als eine zentrale Barriere bei der Inanspruchnahme von formellen Unterstützungsangeboten von asiatischen Pflegebedürftigen heraus. Dies bestätigten die Vertreter*innen der thailändischen Gruppen beim Gruppeninterview in einem besonderen Maß und erklärten, dass es bei thailändischen Gruppen einen dringenden Bedarf an niederschweligen Informationen in ihrer Muttersprache aufgrund einer besonderen Isolationsproblematik der thailändischen Frauen gibt:

„Ich glaube, Thailänderinnen sind ein bisschen anders als Vietnamesinnen oder laotische Frauen. Fast 100% der in Deutschland lebenden Thailänderinnen leben in deutschen Familien. Ihre erwachsenen Kinder sagen: ‚Ich bin Deutscher‘, d.h., wenn die Kinder mehr als 14 Jahre alt sind, ist die Mutter die einzige Ausländerin im Haus. [...] Anfangs waren Babys ganz nah bei der Mama, und danach langsam: ‚Mama, Du kannst kein Wort Deutsch‘.“ (Gruppeninterview mit Vertreter_innen und Expert_innen, Absatz 54)

Ihren Beobachtungen nach sind die thailändischen Frauen aufgrund ihrer mangelnden Sprachkompetenz nicht selten innerhalb ihrer Familien isoliert. Dadurch entstehen einige Probleme im Pflegefall, dies schilderte der Vertreter einer thailändischen Gruppe wie folgt:

„Ja, Informationsmangel. Und eine Sache: Ich kann nicht genau sagen, aber es gibt schon öfters, dass die Ehemänner ihre eigenen Frauen betrogen haben. Viele haben das gemacht, z.B. wenn er eine behinderte Frau hat, bekommt sie Leistungen vom Staat. Die Frau wusste es nicht.“ (Gruppeninterview mit Vertreter_innen und Expert_innen, Absatz 58)

Seiner Beobachtung nach scheinen die eigenen Familien von vielen pflegebedürftigen thailändischen Frauen nicht als Ressource im Pflegefall wahrgenommen zu werden. Vor diesem Hintergrund wünscht sich der thailändische Vertreter:

„Informationen, die so sind wie die Deutschen haben, sollten eigentlich so kurz wie möglich in die thailändische Umgangssprache übersetzt werden.“ (Gruppeninterview mit Vertreter_innen und Expert_innen, Absatz 54)

Den Daten aus der Statistik vom Amt für Statistik Berlin und Brandenburg nach sind Thailänder*innen ab 55 Jahre die zweit-größte Migrantengruppe unter den gleichaltrigen asiatischen Migrantengruppen

und deren weiblicher Anteil liegt bei 92,8% zum Stichtag vom 31.12.2017 (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg).

Im Vergleich zur thailändischen Gruppe wurde zwar der Wunsch nach Informationen in der Heimatssprache von den anderen Migrantengruppen relativ wenig geäußert. Das bedeutet aber nicht, dass sie keine muttersprachlichen Informationen benötigen: Es gibt muttersprachliche Informationen zu Pflegeleistungen, die in den japanischen und vietnamesischen Communities eine große Resonanz fanden. Ein vietnamesischer Vertreter hat dabei eine positive Wirkung der Broschüre ‚24 Fragen zum Thema Häusliche Pflege‘ (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, 2016) beobachtet, die offiziell in vietnamesischer Sprache vorliegt:

„In der letzten Zeit gibt es auch sehr viel Information, auch von der Senatsverwaltung über 24 Fragen im Alter im Pflegefall, die sehr viel geholfen haben. Viele Pflegebedürftige haben fast keine Kenntnisse davon gehabt. Aber jetzt ist es weit verbreitet. Und sie haben dann auch mehr in Anspruch genommen: Pflegegeld, Entlastungsgeld und alles Mögliche. Es ist schon eine gute Hilfe.“ (Gruppeninterview mit Vertreter_innen und Expert_innen, Absatz 72)

Muttersprachliche Versorgung und Pflegepersonal mit Herzenswärme

Die muttersprachliche Versorgung dient nicht nur zur besseren sprachlichen Verständigung, sondern vermittelt auch das Gefühl des Vertrauens, weil durch eine gelungene verbale und nonverbale Kommunikation eine Beziehungsgestaltung zwischen den Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund und dem pflegenden Fachpersonal gefördert werden kann.

Bei den Einzel- und Gruppeninterviews wurde die muttersprachliche Versorgung besonders in schweren Pflegefällen und bei den Pflegebedürftigen, die die deutsche Sprache eingeschränkt oder kaum beherrschen, als eine notwendige Voraussetzung für eine Inanspruchnahme der Pflegeangebote genannt.

Auf der anderen Seite wurde häufig die Warmherzigkeit bzw. ein respektvoller und freundlicher Umgang vom Pflegepersonal als eine notwendige Voraussetzung erwähnt, was in Kap. 3.1.2 beim Gruppeninterview mit potentiellen Pflegebedürftigen angedeutet wurde. Wird eine Beziehungsgestaltung zwischen den Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund und dem pflegenden Fachpersonal durch Sprachbarrieren bzw. Verständigungsprobleme gefährdet, kann es dabei sehr hilfreich sein, wenn die Pflegebedürftigen vom Pflegepersonal das Gefühl bekommen, dass mit ihnen sensibel umgegangen wird. Jedoch berichteten viele Einzelinterviewte über ihre negativen Erfahrungen mit pflegendem Fachpersonal insbesondere in stationären Einrichtungen und einige von ihnen waren der Meinung, dass das Problem des Personalmangels zum großen Teil dafür verantwortlich ist. Als Beispiel erzählte ein thailändischer pflegebedürftiger Interviewter (T8):

„Es gibt schon eine Situation von Reha. Es ist passiert [aufgrund von unterbesetztem Personal]. Das Personal hat wenig Zeit, kann sich nicht um alles kümmern. Das Personal war ein bisschen aggressiv, schlechte Laune, böse und schlechte Fähigkeit ... statt lieb und nett- hektisch und lieblos“ (T8, Absatz 122)

Es ist im pflegerischen Alltag in stationären Einrichtungen vorstellbar, dass Verständigungsversuche vom Fachpersonal bisweilen schnell abgebrochen oder Sprachschwierigkeiten als Vorwand genutzt werden, sich nicht weiter mit Menschen mit Migrationshintergrund abgeben zu müssen, besonders wenn das Fachpersonal unter Zeitdruck steht. Dies kann bei Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund das Gefühl von Hilfslosigkeit, Ausgeliefertsein, Autonomieverlust, Unsicherheit, Angst, Resignation und Fremdheit verursachen (Schilder, 2012).

Im Gegensatz dazu schilderte eine vietnamesische Interviewte (V10), die ihren Lebensgefährten in einem Altenheim betreut, ihre Erfahrung mit dem Vietnamesisch sprechenden Pflegepersonal in dem Heim:

„Ich habe selber die Leute gesehen, sie [vietnamesische Pflegerinnen im Altenheim] sind wirklich sehr nett. Die Deutschen arbeiten mehr wie eine Maschine, aber die Vietnamesen haben etwas mehr Herzwärme.“ (V10, Absatz 185)

Sie stellte beim Vergleich zwischen den deutschen und vietnamesischen Pflegepersonen die Warmherzigkeit in den Mittelpunkt. Das vietnamesische Pflegepersonal hätte mit Sprachbarrieren sicher eine schlechtere Möglichkeit gehabt, eine Beziehung mit den vietnamesischen Pflegebedürftigen aufzubauen. Diese gelungene Beziehung vermittelt aber den Pflegebedürftigen das Gefühl von Vertrautheit und Herzenswärme durch das pflegende Personal.

Mahlzeiten: Ich kann aber auch Rotkohl essen

In den asiatischen Kulturräumen nimmt das Essen eine besondere Bedeutung ein. Dies ist auch bei asiatischen Migrant*innen zu beobachten (Son & Kim, 2006). In einer Studie, in der die Bedürfnisse ostasiatischer Patient*innen in einer palliativen Versorgung aus der Sicht von Hospizhelfern untersucht wurden, wurde darauf hingewiesen, dass heimatliches Essen für die Lebensqualität der ostasiatischen Patient*innen am Lebensende einen wichtigen Faktor darstellt (Henke et al., 2015).

Anders als erwartet wurden jedoch bei den interviewten Pflegebedürftigen bzw. ihren Angehörigen kulturbezogene Bedürfnisse wie z.B. bezüglich heimatlichen Essens oder Festen in stationären Pflegeeinrichtungen kaum thematisiert oder für eher wenig relevant gehalten. Die durchschnittliche Vorstellung der interviewten Pflegebedürftigen war „Ich kann alles essen“ oder „Das muss nicht unbedingt sein“. So schilderte eine japanische Pflegebedürftige (J2):

„Eigentlich ist das gleich [unabhängig von der Herkunft in dieser Einrichtung], glaube ich. Natürlich kriegen wir hier deutsches Essen, mittags. Das ist ein bisschen zu fettig, aber ich brauche nicht unbedingt japanisches Essen. Ich esse auch Rotkohl und so. [...] Ja, [ich vermisse manchmal japanisches Essen,] aber manchmal gehen wir [mit der Tochter] auch zu einem Japaner. Das ist schon genug.“ (J2, Absatz 83)

Der Wunsch nach heimatlichem Essen schien nicht so groß zu sein und die interviewten Pflegebedürftigen schienen demgemäß nicht zu erwarten, dass eine deutsche Einrichtung dafür sensibilisiert wird - auch wenn einige Pflegeheime angeblich ‚asiatische‘ Gerichte auf dem Speiseplan haben, wobei diese, so eine Interviewte (T7), nichts mit dem Essen ihrer Herkunftsländer zu tun haben. Auf der anderen Seite war bei vielen anderen interviewten Pflegebedürftigen aber auch zu beobachten, dass der ‚scheinbare‘ Wunsch durch ihre Angehörigen oder Freunde aus ihren ethnischen Communities verwirklicht wird, z.B. durch das Mitbringen heimatlicher Gerichte beim Besuch oder gemeinsames Ausgehen in ein heimatliches Restaurant.

Dies konnte aber bei den Gruppeninterview mit den potentiellen Pflegebedürftigen mit der halbstandardisierten Befragung nicht eindeutig bestätigt werden, wobei die potentiellen Pflegebedürftigen im Gruppeninterview bei der Frage, was asiatischen Menschen in einer pflegerischen Einrichtung in Deutschland wichtig ist, viel Wert auf das Essen bzw. die Kultur legten.

Was diesbezüglich aufgrund der kulturvergleichenden Studien zu bedenken ist, ist die Tatsache, dass viele Menschen in südost- und ostasiatischen Kulturen die Tendenz zeigen, sich den Gegebenheiten anzupassen, indem sie eigene Wünsche und Bedürfnisse bei sich kontrollieren, während Menschen in westlichen Kulturen die Tendenz aufweisen, Kontrolle auf die äußere Umwelt auszuüben, um sie in

motivdienlicher Weise zu verändern (Weisz, 1990). Diese Tendenz kann zum Teil durch die Sozialisierung in einer konfuzianistischen Kultur erklärt werden, in der dem kollektiven Wohlstand bzw. der Harmonie des Umfelds bzw. der Gesellschaft, der Organisation oder der Familie etc. noch eine größere Bedeutung zukommt als individuellen Wünschen, Bedürfnissen und Werten des einzelnen Individuums (Lee, 2008). Dies kann von der Aufnahmegesellschaft von außen gesehen als eine gelungene Integration interpretiert werden.

3.2 Interkulturelle Öffnung der Einrichtungen im Pflegebereich in Berlin

Im Folgenden werden die quantitativen Ergebnisse der Online-Befragung bei den pflegerischen Einrichtungen in Berlin vorgestellt, die in drei Kapitel untergegliedert sind: In den Kapiteln 3.2.1 und 3.2.2 wird mit der Beschreibung der Merkmale der befragten Einrichtungen und ihrer Kommunikation mit ihren Klient*innen der Versuch unternommen, einen Überblick über die Versorgungssituation der Pflegebedürftigen mit (asiatischem) Migrationshintergrund in den Einrichtungen zu schaffen; in Kapitel 3.2.3 wird der Stand der interkulturellen Öffnung der gesamten pflegerischen Einrichtungen in Berlin ermittelt, um Einblicke in die Rahmenbedingungen der Versorgung asiatischer Pflegebedürftiger zu gewinnen.

Bei einigen Ergebnissen werden Klient*innen mit Migrationshintergrund und Klient*innen mit asiatischem Migrationshintergrund getrennt analysiert. Die beiden Bezeichnungen werden an diversen Stellen im folgenden Text zur klaren Unterscheidung und somit zur besseren Lesbarkeit wie folgt umformuliert:

- Klient*innen mit Migrationshintergrund → „Klient*innen mit MH“
- Klient*innen mit asiatischem Migrationshintergrund → „asiatische Klient*innen“

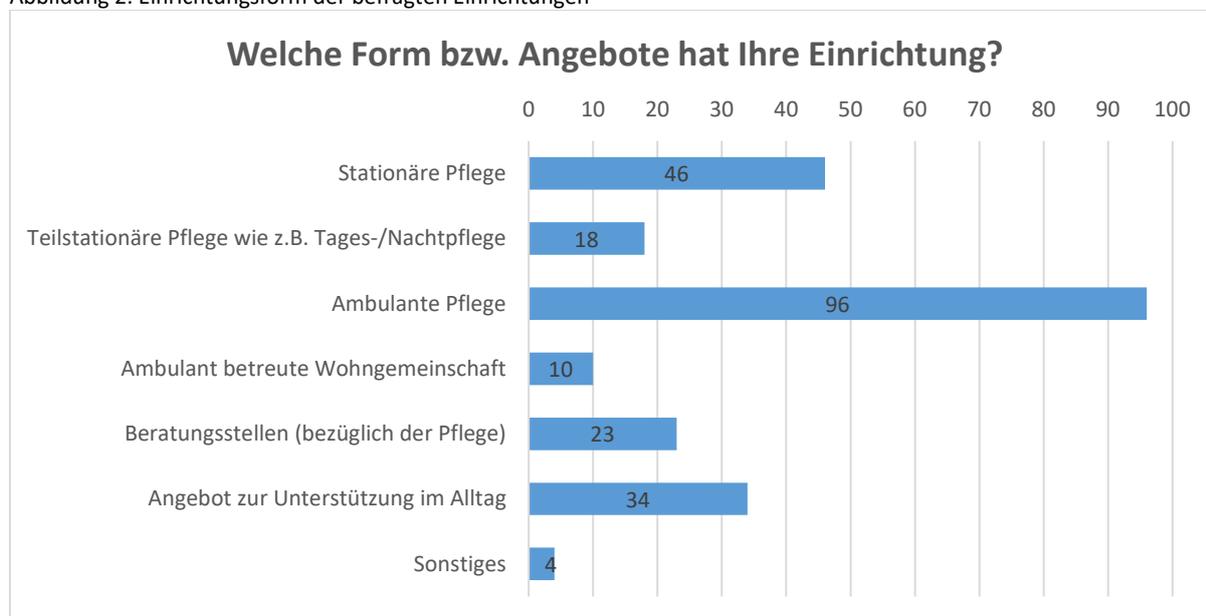
3.2.1 Merkmale der befragten Einrichtungen

3.2.1.1 Strukturmerkmale

Einrichtungsform

Insgesamt wurden 231 Fragebögen in die Analyse aufgenommen. Bei 41,6% der Einrichtungen handelte es sich um ambulante Dienste und bei 19,9% um stationäre Einrichtungen. Der Anteil der Einrichtungen zum Angebot zur Unterstützung im Alltag lag bei 14,7% (Abbildung 2).

Abbildung 2. Einrichtungsform der befragten Einrichtungen



Die gesamte Rücklaufquote betrug 20,5%. Davon war sie bei ambulanten Diensten am niedrigsten und bezifferte sich auf 14,9%, bei Beratungsstellen am höchsten mit 31,9%. Die Rücklaufquoten von den anderen Einrichtungen betragen jeweils bei Einrichtungen mit Angeboten zur Unterstützung im Alltag

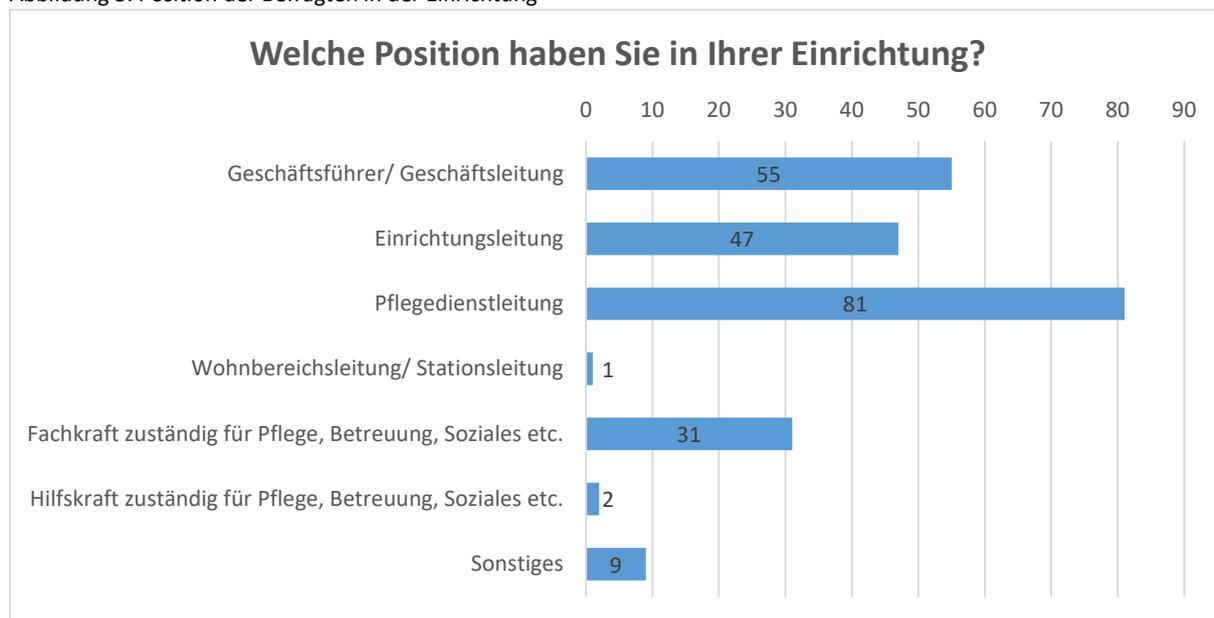
22,7%, bei stationären Einrichtungen einschließlich ambulanten betreuten Wohngemeinschaften 19,3% und bei teilstationären Einrichtungen 16,5% (Abbildung 2).

Position der Befragten in der Einrichtung

In der Einladung zur Befragung wurde schon deutlich gemacht, dass die Befragung sich an diejenigen richtet, die einen Überblick über die interkulturelle Öffnung der Einrichtung haben, und wurden anschließend darum gebeten, die Einladung ggf. an die in der Einrichtung zuständigen Personen weiterzuleiten.

Dementsprechend waren mehr als 80% der Befragten in der Leitungsposition (81,4%). Als Sonstiges wurden Projektkoordinator*innen (n=5) oder Qualitätsmanagementbeauftragte (n=2) angegeben (Abbildung 3).

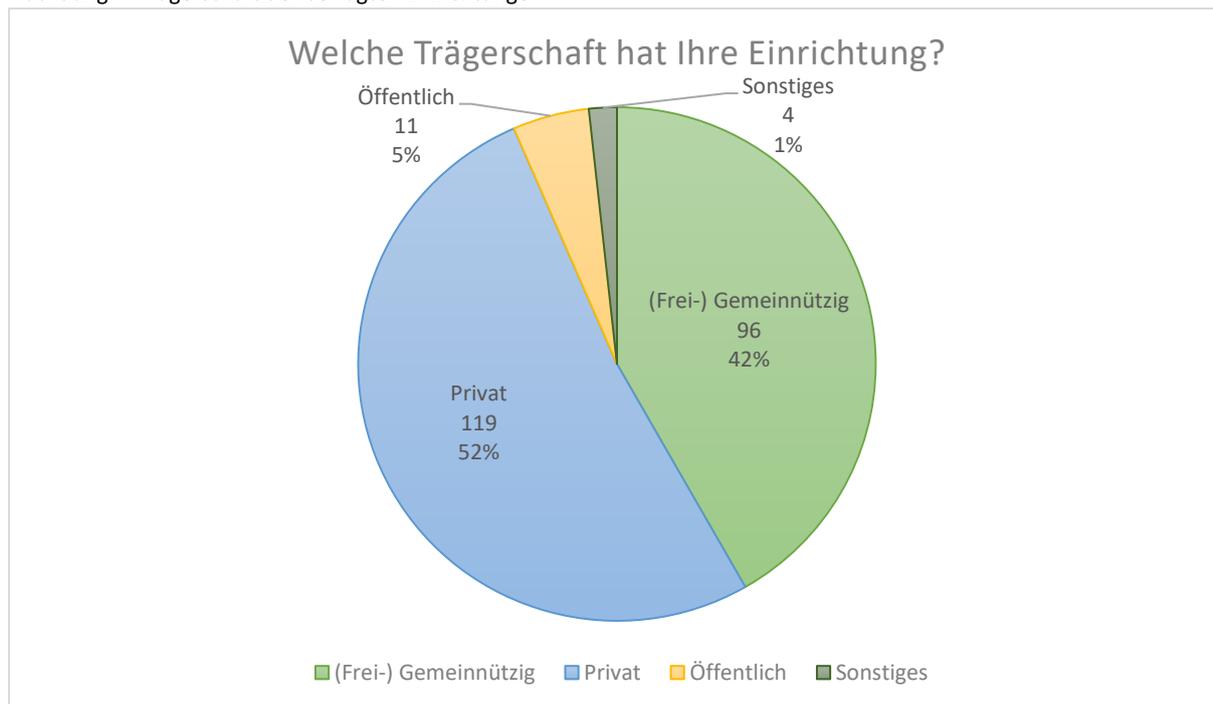
Abbildung 3. Position der Befragten in der Einrichtung



Trägerschaft der befragten Einrichtungen

Mit einem Anteil von 51,7% lag die Mehrheit der befragten Einrichtungen in privater Trägerschaft. 41,7% wurden frei-gemeinnützig getragen. 11 befragte Einrichtungen gaben an, dass sie eine öffentliche Trägerschaft haben (4,8%). Vier Einrichtungen, die die Antwortmöglichkeit „Sonstiges“ wählten, hinterließen keine weiteren Informationen (Abbildung 4).

Abbildung 4. Trägerschaft der befragten Einrichtungen



Wie Tabelle 7 zu entnehmen ist, unterscheiden sich die befragten Einrichtungen nach der Trägerschaft. Diesbezüglich zeigt sich der Unterschied, dass ambulante Dienste deutlich häufiger in privater und seltener in frei-gemeinnütziger bzw. öffentlicher Trägerschaft sind als stationäre Einrichtungen und Beratungsstellen ($\chi^2[18]=71,4$, $p<.001$, $n=230$). Dabei machte eine stationäre Einrichtung keine Angaben, welcher Form von Trägerschaft sie zugehörig ist.

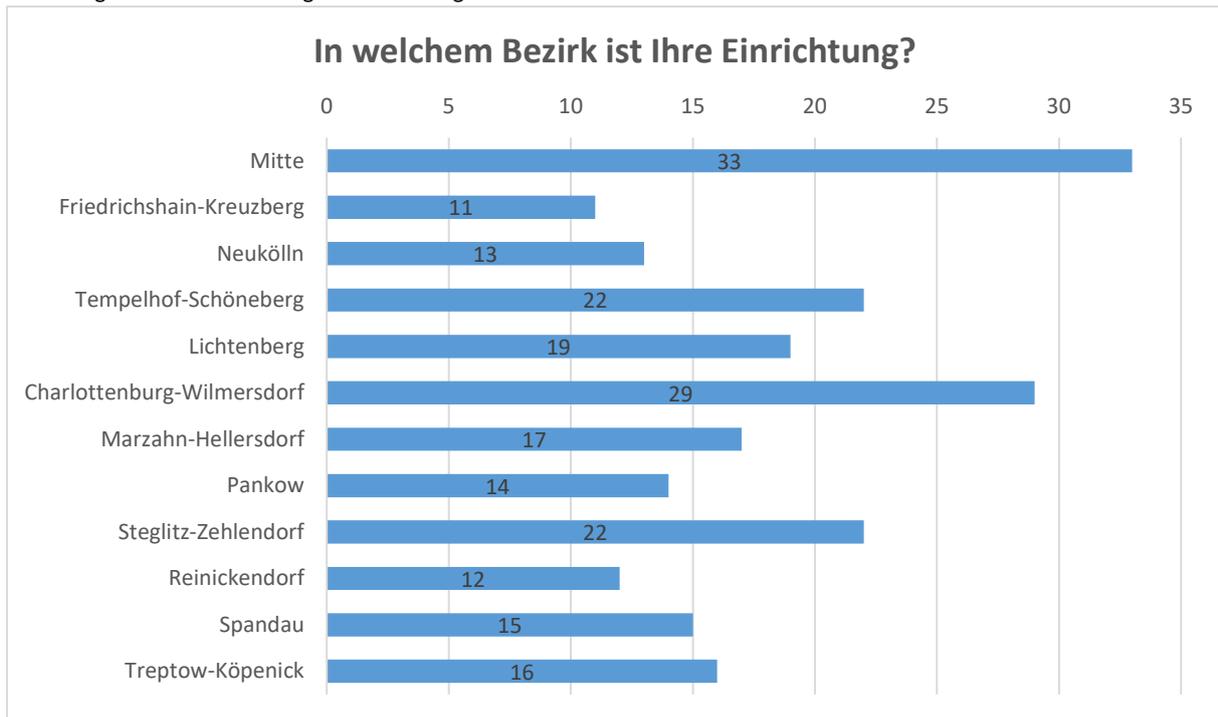
Tabelle 7. Verteilung der Einrichtungen nach Trägerschaft

	(Frei-) Gemeinnützig		Privat		Öffentlich		Sonstiges		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Stationäre Pflege	18	40,0	22	48,9	5	11,1	0	0,0	45	100
Teilstationäre Pflege	6	33,3	10	55,6	1	5,6	1	5,6	18	100
Ambulante Pflege	25	26,0	70	72,9	1	1,0	0	0,0	96	100
Ambulant betreute Wohngemeinschaft	4	40,0	6	60,0	0	0,0	0	0,0	10	100
Beratungsstellen (bezüglich der Pflege)	20	87,0	0	0,0	3	13,0	0	0,0	23	100
Angebot zur Unterstützung im Alltag	20	58,8	10	29,4	1	2,9	3	8,8	34	100
Sonstiges	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	4	100
Gesamt	96	41,7	119	51,7	11	4,8	4	1,7	230	100

Bezirke der befragten Einrichtungen

Mit einem Anteil von 14,3% nahmen die Einrichtungen am meisten teil, die in Mitte ansässig sind. Danach folgen die Einrichtungen in Charlottenburg-Wilmersdorf (12,6%). Am wenigsten konnten die Einrichtungen in Friedrichshain-Kreuzberg zur Befragung gewonnen werden (4,8%). Insgesamt kreuzten 7 Einrichtungen hierbei die Antwortmöglichkeit „Sonstiges“ an, wobei 6 von 7 Einrichtungen angaben, dass ihr Arbeitsgebiet berlinweit sei. Eine Einrichtung gab keinen Standort an (Abbildung 5).

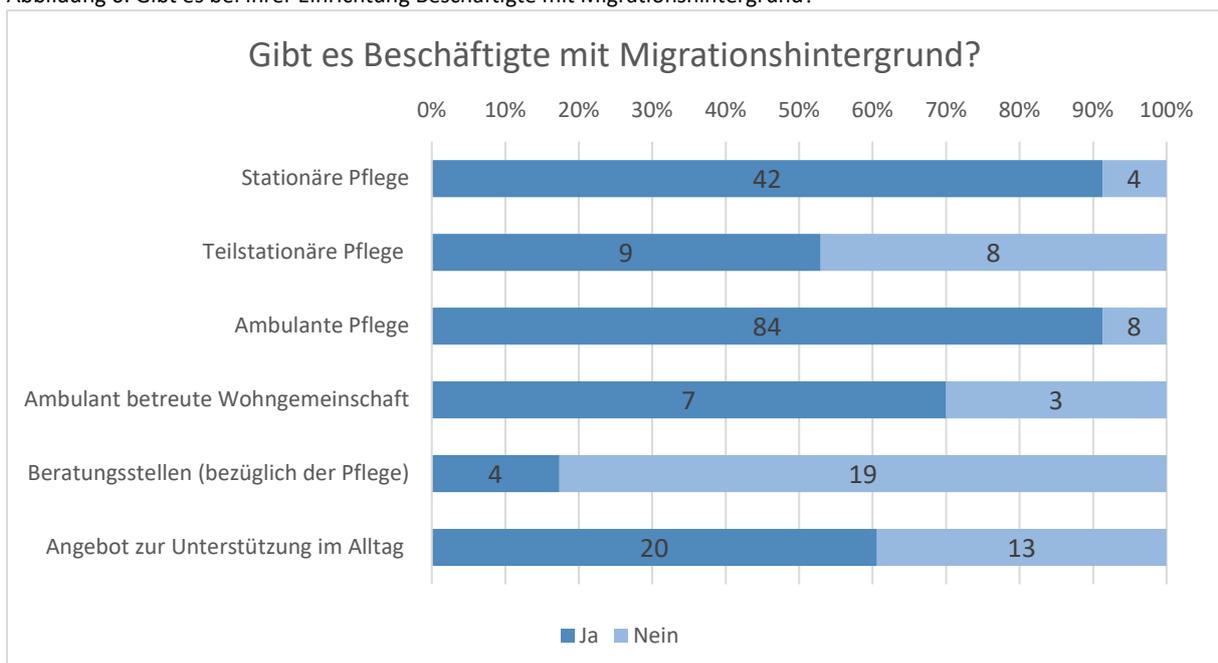
Abbildung 5. Bezirke der befragten Einrichtungen



Beschäftigte in Einrichtungen

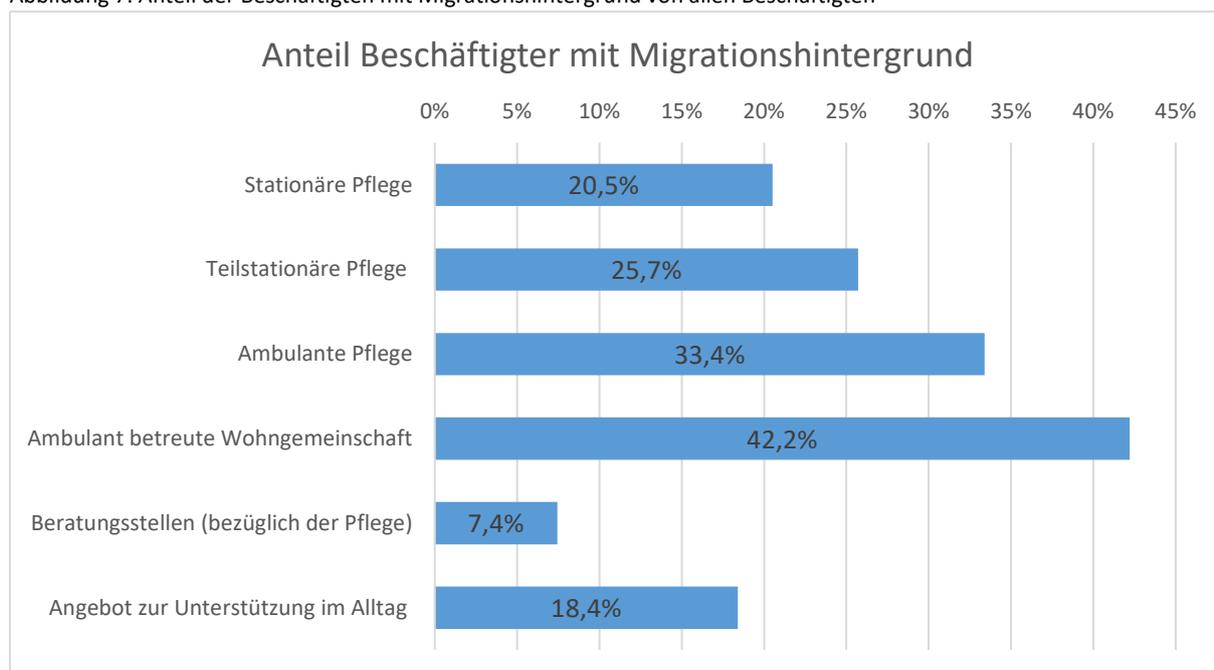
Insgesamt gab es bei 24,7% der befragten Einrichtungen (n=57) keine Beschäftigten mit Migrationshintergrund. Betrachtet man dies nach der Einrichtungstypologie (Abbildung 5), ist zu erkennen, dass für die meisten befragten stationären Pflegeeinrichtungen und die ambulanten Pflegedienste Beschäftigte mit einem Migrationshintergrund arbeiten (jeweils 91,3%). Danach folgen ambulant betreute Wohngemeinschaften (70%) und Einrichtungen mit Angeboten zur Unterstützung im Alltag (60,6%). Dagegen haben 82,6% der Beratungsstellen keine Beschäftigten mit einem Migrationshintergrund ($\chi^2[6]=65,6$, $p<.001$, $n=225$, einschließlich „Sonstige“)(Abbildung 6).

Abbildung 6. Gibt es bei Ihrer Einrichtung Beschäftigte mit Migrationshintergrund?



Darüber hinaus wurde den Einrichtungen die Frage gestellt, wie viele Mitarbeiter*innen mit und ohne Migrationshintergrund beschäftigt sind. Daraus wird der Anteil der Beschäftigten mit Migrationshintergrund bei einer Einrichtung berechnet und in Abbildung 7 dargestellt. Wie der Abbildung 7 zu entnehmen ist, ist der Anteil der Beschäftigten mit Migrationshintergrund bei den befragten ambulant betreuten Wohngemeinschaften und ambulanten Pflegediensten höher als bei anderen Einrichtungsformen. Im Vergleich dazu waren relativ wenige Beschäftigte mit einem Migrationshintergrund bei den befragten Beratungsstellen und Einrichtungen mit einem Angebot zur Unterstützung im Alltag tätig, und zwar mit einem Anteil von jeweils 7,4% und 18,4% im Durchschnitt.

Abbildung 7. Anteil der Beschäftigten mit Migrationshintergrund von allen Beschäftigten



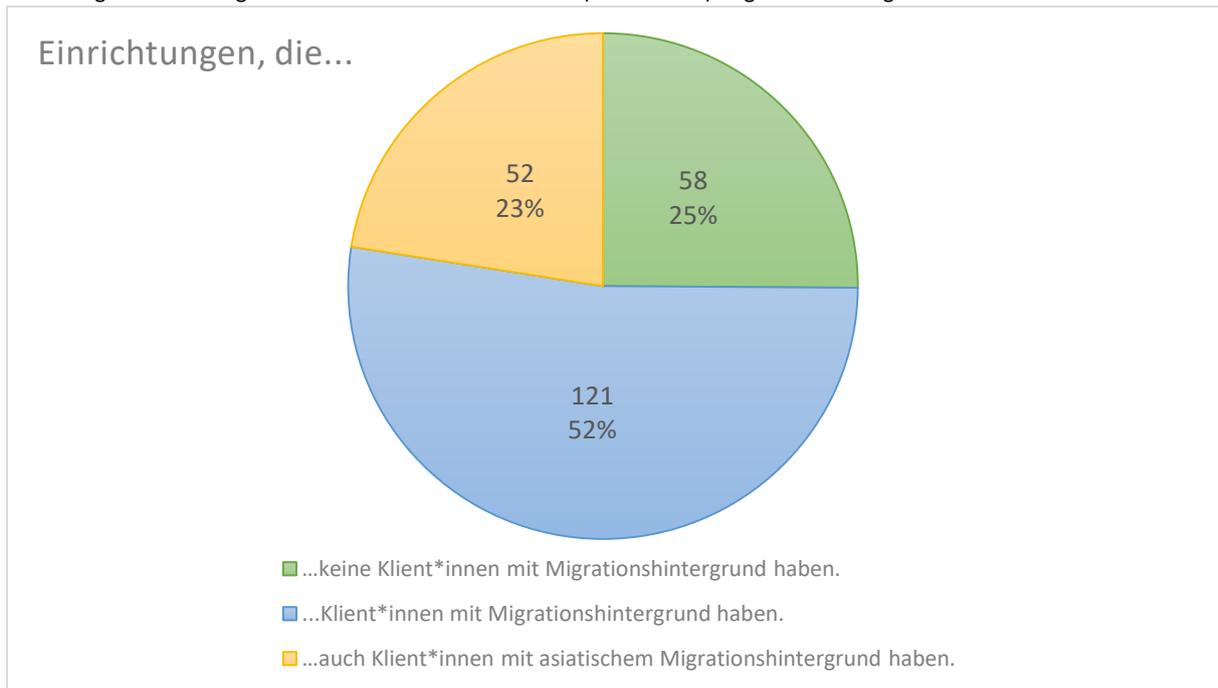
3.2.1.2 Klient*innen mit (asiatischem) Migrationshintergrund

Einrichtungen mit Klient*innen mit Migrationshintergrund

Die überwiegende Mehrzahl (74,9%) der befragten Einrichtungen gab an, dass sie zum Zeitpunkt der Befragung Menschen mit Migrationshintergrund versorgen. In lediglich 25,1% der befragten Einrichtungen in Berlin wurden keine Menschen mit Migrationshintergrund versorgt (Abbildung 8).

Unter den Einrichtungen mit Klient*innen mit Migrationshintergrund gibt es Einrichtungen, in denen bzw. durch die auch asiatische Klient*innen versorgt bzw. betreut werden. Der Anteil dieser an allen befragten Einrichtungen lag bei 23%.

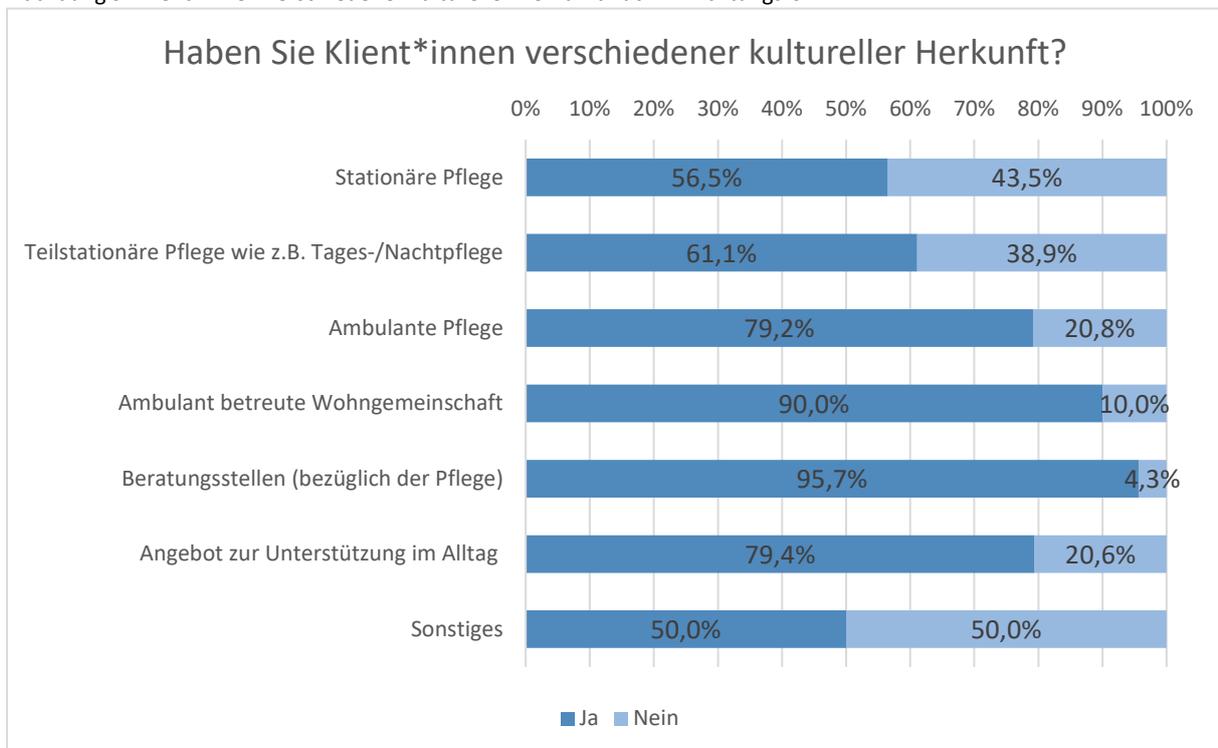
Abbildung 8. Einrichtungen mit und ohne Klient*innen mit (asiatischem) Migrationshintergrund



Einrichtungen mit Klient*innen mit Migrationshintergrund nach Einrichtungstyp

Wie aus Abbildung 9 ersichtlich ist, zeigen sich klare Unterschiede zwischen den Einrichtungstypen bezüglich der Frage, ob sie Klient*innen mit Migrationshintergrund haben ($\chi^2=19,0$, $p=.005$, $n=231$).

Abbildung 9. Klient*innen verschiedener kultureller Herkunft nach Einrichtungstyp



Die Frage bejahten 22 von 23 Beratungsstellen, was dem höchsten Anteil von 95,7% entspricht. Allerdings wurde den befragten Beratungsstellen die Frage zur besseren Nachvollziehbarkeit wie folgend umgestellt formuliert: „Hatten sie in den letzten 6 Monaten Klient*innen mit

Migrationshintergrund?“, was bei der Interpretation beachtet werden sollte. Außer den Beratungsstellen gaben die befragten ambulanten Wohngemeinschaften mit einem Anteil von 90% an, dass sie zur Zeit der Befragung Klient*innen mit Migrationshintergrund haben (neun von 10). Im Vergleich dazu hatten 20 von 46 befragten stationären Pflegeeinrichtungen keine Klient*innen mit Migrationshintergrund.

Anschließend wurde den befragten Einrichtungen eine offene Frage gestellt, wie viele Klient*innen mit Migrationshintergrund bei Ihnen versorgt werden (Tabelle 8). Durch die befragten pflegerischen Einrichtungen (ohne Beratungsstellen und Einrichtungen mit Angebot zur Unterstützung im Alltag) wurden insgesamt 1.738 Klient*innen mit Migrationshintergrund versorgt. Auffällig ist dabei, dass Klient*innen mit Migrationshintergrund überwiegend von einem ambulanten Pflegedienst versorgt werden. Danach folgt die stationäre Pflegeeinrichtung (weiblich: $\chi^2[3]=11,73$, $p=.008$, $n=101$, männlich: $\chi^2[3]=7,39$, $p=.060$, $n=98$). Dies kann ebenfalls bei Klient*innen mit asiatischem Migrationshintergrund in Tabelle 8 beobachtet werden, wobei ihr Anteil bei ambulanten Diensten mit 78,8% höher als bei anderen Versorgungsformen ausfällt. Dieser Unterschied ist allerdings statistisch nicht signifikant (weiblich: $\chi^2[3]=3,81$, $p=.149$, $n=16$, männlich: $\chi^2[2]=0,88$, $p=.957$, $n=14$).

Des Weiteren ist ersichtlich, dass die Zahl weiblicher Klient*innen mit Migrationshintergrund bei allen Versorgungsformen höher ausgeprägt ist als die der männlichen, was auch bei asiatischen Klient*innen festzustellen ist.

Tabelle 8. Anzahl der von den befragten pflegerischen Einrichtungen versorgten Klient*innen (ohne Beratungsstellen und Einrichtungen mit Angebot zur Unterstützung im Alltag)

	Klienten mit Migrationshintergrund			darunter asiatische Klient*innen		
	weiblich (%)	männlich (%)	Gesamt (%)	weiblich (%)	männlich (%)	Gesamt (%)
Stationäre Pflege	118 (11,7)	106 (14,5)	224 (12,9)	3 (10,3)	4 (23,5)	7 (15,2)
Teilstationäre Pflege	26 (2,6)	18 (2,5)	44 (2,5)	2 (6,9)	1 (5,9)	3 (6,5)
Ambulante Pflege	827 (82,1)	572 (78,2)	1399 (80,5)	24 (82,8)	12 (70,6)	36 (78,3)
Ambulant betreute Wohngemeinschaft	36 (3,6)	35 (4,8)	71 (4,1)	0 -	0 -	0 -
Gesamt	1007 (100)	731 (100)	1738 (100)	29 (100)	17 (100)	46 (100)

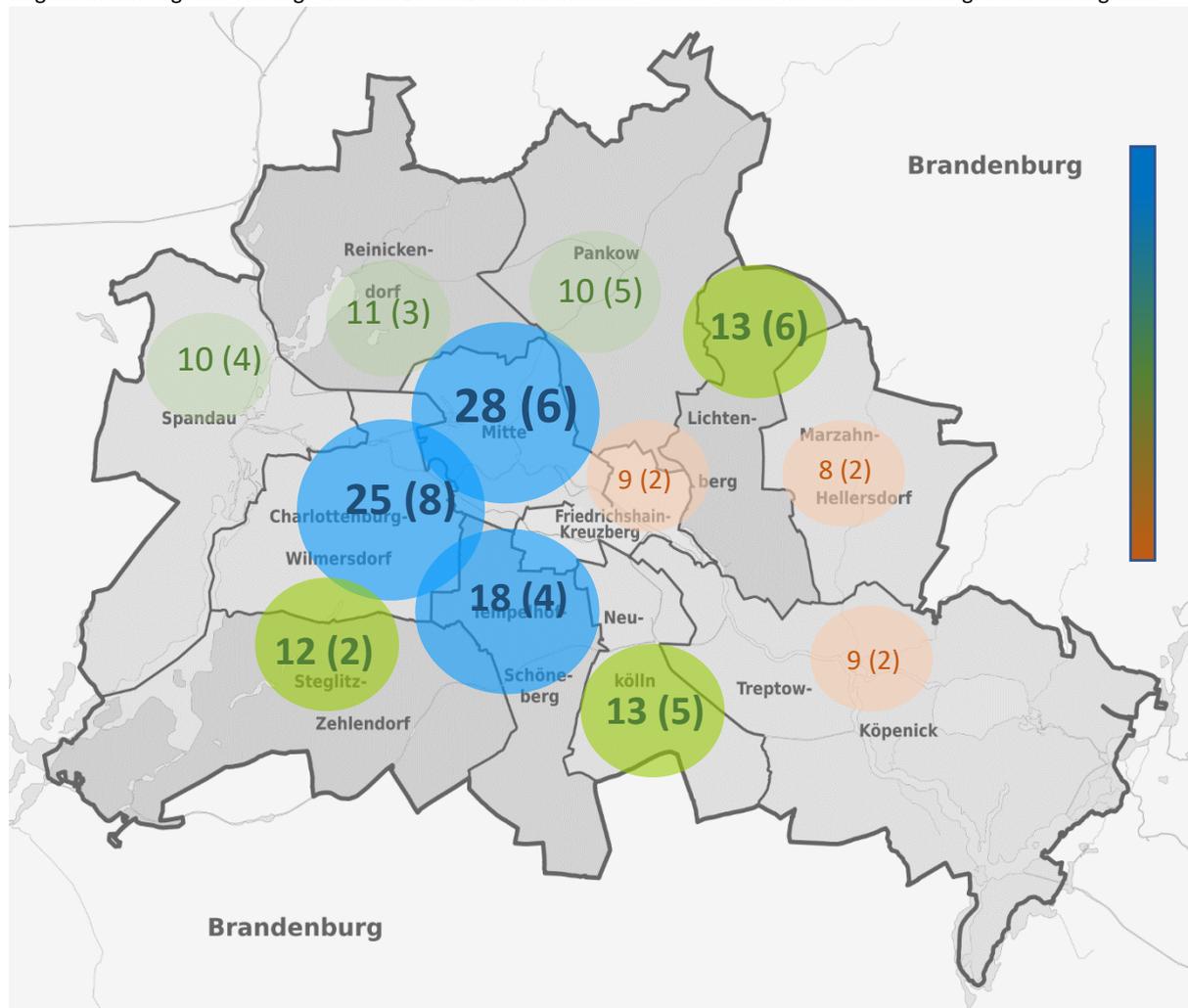
Die Zahl der gesamten Pflegebedürftigen der befragten Einrichtungen bezifferte sich laut den Angaben der befragten Einrichtungen bei stationären Einrichtungen auf 4.155 und bei ambulanten Pflegediensten auf 8.195. Somit ist festzustellen, dass sowohl Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund als auch asiatische Pflegebedürftige -gegenüber dem Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung in Berlin (jeweils 32,5% und 1,9% zum Stichtag vom 31.12.2017) - in den stationären Einrichtungen (jeweils 5,4% und 0,16%) aber auch bei den ambulanten Pflegediensten (jeweils 17,1% und 0,43%) unterrepräsentiert sind.

Allerdings ist zu beachten, dass die Zahl der tatsächlich versorgten Klient*innen von der angegebenen Zahl abweichen kann, weil viele Einrichtungen bei dieser offenen Frage in einem Textfeld keine Angaben bzw. falsche Angaben z.B. Prozentangaben anstatt einer Zahlenangabe gemacht haben, die in die Analyse nicht einbezogen werden konnten. Die Quoten der fehlenden bzw. falschen Angaben bei dieser Frage variieren zwischen 25,8% bis 73,3%.

Verteilung der Einrichtungen mit Klient*innen mit Migrationshintergrund nach Bezirken

Abbildung 10 zeigt, in welchen Bezirken sich wie viele befragte Einrichtungen mit Klient*innen mit Migrationshintergrund befinden. Die Zahlen auf der Karte stellen die Anzahl dieser Einrichtungen dar und die Zahlen in Klammern die Einrichtungen, die auch asiatische Klient*innen versorgen. Beispielsweise bedeutet 10 (3) in Pankow auf der Karte, dass es in Pankow insgesamt 10 befragte Einrichtungen mit Klient*innen mit Migrationshintergrund gibt und bei drei davon auch Klient*innen mit asiatischem Migrationshintergrund versorgt werden.

Abbildung 10. Räumliche Verteilung der befragten Einrichtungen, in denen bzw. durch die Klient*innen mit Migrationshintergrund versorgt werden. Die Anzahl in Klammern = Klient*innen mit asiatischem Migrationshintergrund



Die meisten befragten Einrichtungen, die Klient*innen mit Migrationshintergrund versorgen bzw. betreuen, lagen in den Bezirken Mitte und Charlottenburg-Wilmersdorf. Ihr Anteil an allen befragten Einrichtungen mit Klient*innen mit Migrationshintergrund belief sich jeweils auf 16,3% und 14,5%. Das kann damit in Zusammenhang stehen, dass der Migrantenanteil in beiden Bezirken (jeweils 51,9%, 40,4%) über den Durchschnitt in Berlin (32,5%) zum Stichtag vom 31. Dezember 2017 liegt (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg), knapp gefolgt von Tempelhof-Schöneberg, in dem 18 Einrichtungen mit Klient*innen mit Migrationshintergrund ansässig sind (10,5%).

Hingegen befinden sich in den Bezirken Friedrichshain-Kreuzberg, Marzahn-Hellersdorf und Treptow-Köpenick mit einem Anteil von jeweils 5,2%, 4,7% und 5,7% relativ wenige Einrichtungen mit Klient*innen mit Migrationshintergrund. Insgesamt ist festzustellen, dass es in West-Berlin mehr

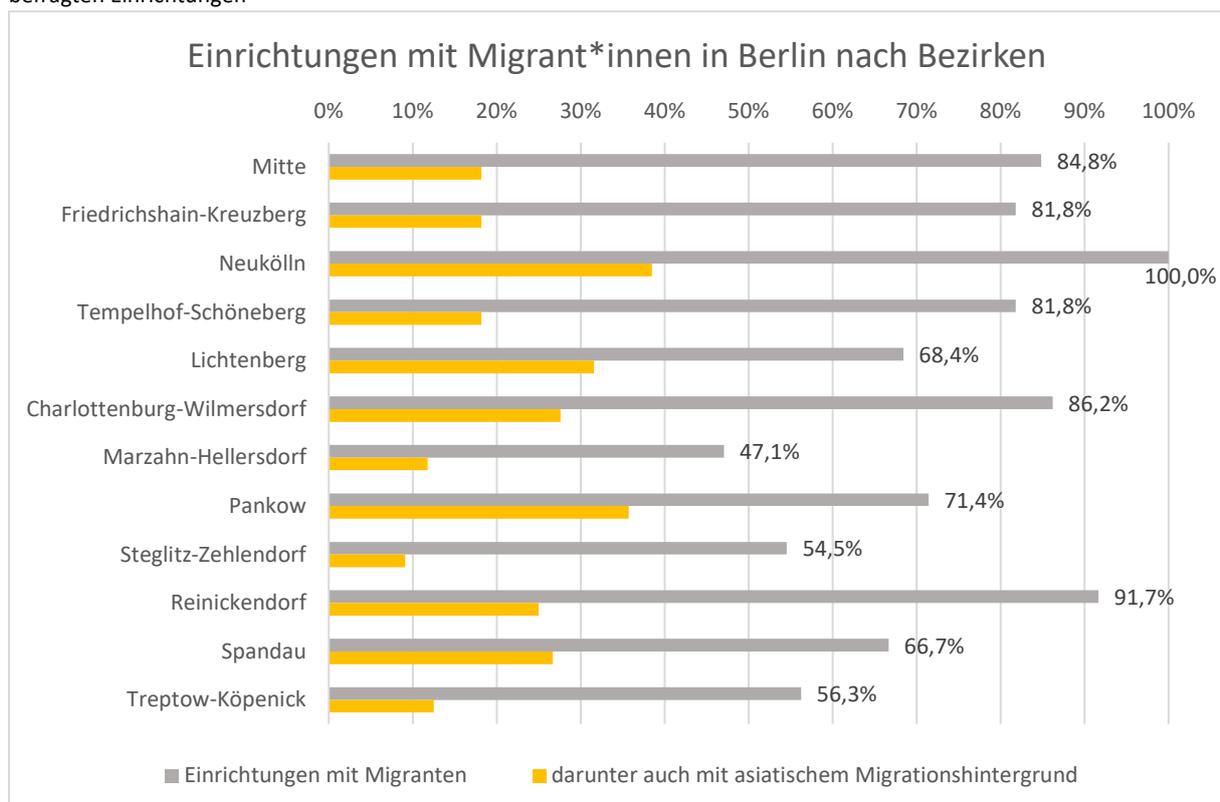
Einrichtungen mit Klient*innen mit Migrationshintergrund gibt es als in Ost-Berlin, mit Ausnahme von Lichtenberg.

Darüber hinaus ist der Abbildung 10 weiter zu entnehmen, dass sich die meisten Einrichtungen mit asiatischen Klient*innen in den Bezirken Charlottenburg-Wilmersdorf (n=8), Mitte (n=6) und Lichtenberg (n=6) befanden, in denen die meisten Menschen mit asiatischem Migrationshintergrund leben (Anteil an allen südost- und ostasiatischen Migrant*innen jeweils 13,2%; 16,6%; 15,6%).

Des Weiteren wird in Abbildung 11 der Anteil der Einrichtungen mit Menschen mit Migrationshintergrund von den gesamten befragten Einrichtungen in den jeweiligen Bezirken dargestellt. In Neukölln hatten alle 13 befragten Einrichtungen zum Zeitpunkt der Befragung Klient*innen mit Migrationshintergrund (100%). Davon gaben fünf Einrichtungen an, dass es darunter auch Klient*innen mit asiatischem Migrationshintergrund gibt (18,2% von 84,8%). Danach folgen die befragten Einrichtungen in den Bezirken Reinickendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf und Mitte mit einem Anteil von jeweils 91,7% (11), 86,2% (25) und 84,8% (28), wobei es jeweils drei, acht und sechs Einrichtungen gibt, in denen auch Klient*innen mit asiatischem Migrationshintergrund versorgt bzw. betreut werden.

Hingegen gaben knapp die Hälfte der befragten Einrichtungen in den Bezirken Marzahn-Hellersdorf, Steglitz-Zehlendorf und Treptow-Köpenick an, dass sie Klient*innen mit einem Migrationshintergrund haben (jeweils 47,1%, 54,5%, 56,3%).

Abbildung 11. Anteil von Einrichtungen mit Klient*innen mit Migrationshintergrund nach Bezirken an den gesamten befragten Einrichtungen

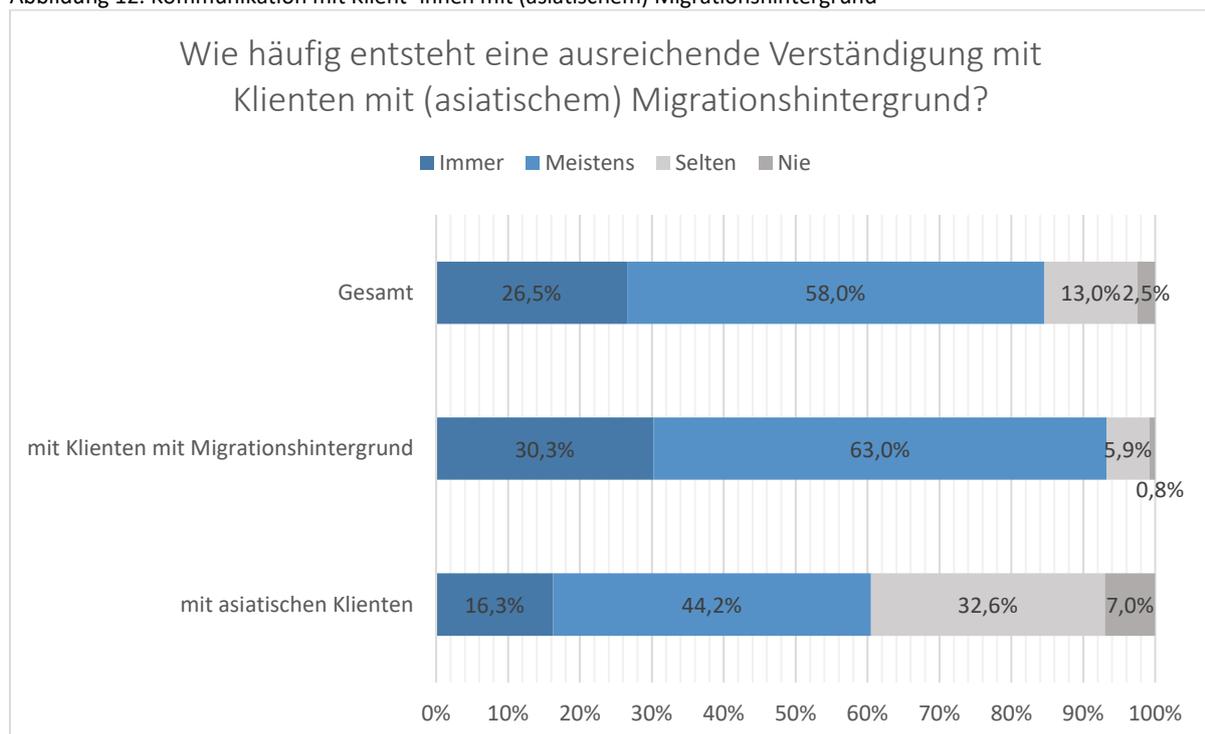


3.2.2 Kommunikation mit Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund

Um zu wissen, inwieweit eine ausreichende Verständigung mit Klient*innen mit Migrationshintergrund in der Praxis stattfindet, wurde den befragten Einrichtungen, die Klient*innen mit Migrationshintergrund versorgen (n=173), eine Frage zur Kommunikation gestellt, und deren Ergebnis in Abbildung 12 zusammengefasst ist. Die überwiegende Mehrheit der Einrichtungen gab an, dass immer (26,5%, n=43) oder meistens (58%, n=94) eine ausreichende Verständigung möglich ist. 2,5% der befragten Einrichtungen waren der Meinung, dass eine ausreichende Kommunikation mit Klient*innen mit Migrationshintergrund fast nie stattfindet (n=4). Das Ergebnis ähnelt dem Ergebnis der Studie in Baden-Württemberg (Gladis et al., 2014), wobei 29,6% und 65,5% von den untersuchten 1.807 pflegerischen Einrichtungen auf die Frage zur Qualität der Kommunikation mit Klient*innen mit Migrationshintergrund jeweils mit ‚immer‘ und ‚meistens‘ geantwortet haben.

Betrachtet man allerdings das Ergebnis detaillierter zwischen den Einrichtungen mit Klient*innen mit Migrationshintergrund und asiatischen Klient*innen, zeigt sich ein Unterschied: Die befragten Einrichtungen, die sich bei dieser Frage ausschließlich auf ihre asiatischen Klient*innen bezogen, halten die Kommunikation mit ihnen für noch schwieriger als die Einrichtungen, in denen Klient*innen mit Migrationshintergrund aber keine asiatischen Klient*innen versorgt werden ($U=1636,000$, $p<.001$, $r=.31$). Das Ergebnis weist darauf hin, dass Verständigungsprobleme mit asiatischen Klient*innen noch größer sind als bei anderen Klient*innen mit Migrationshintergrund.

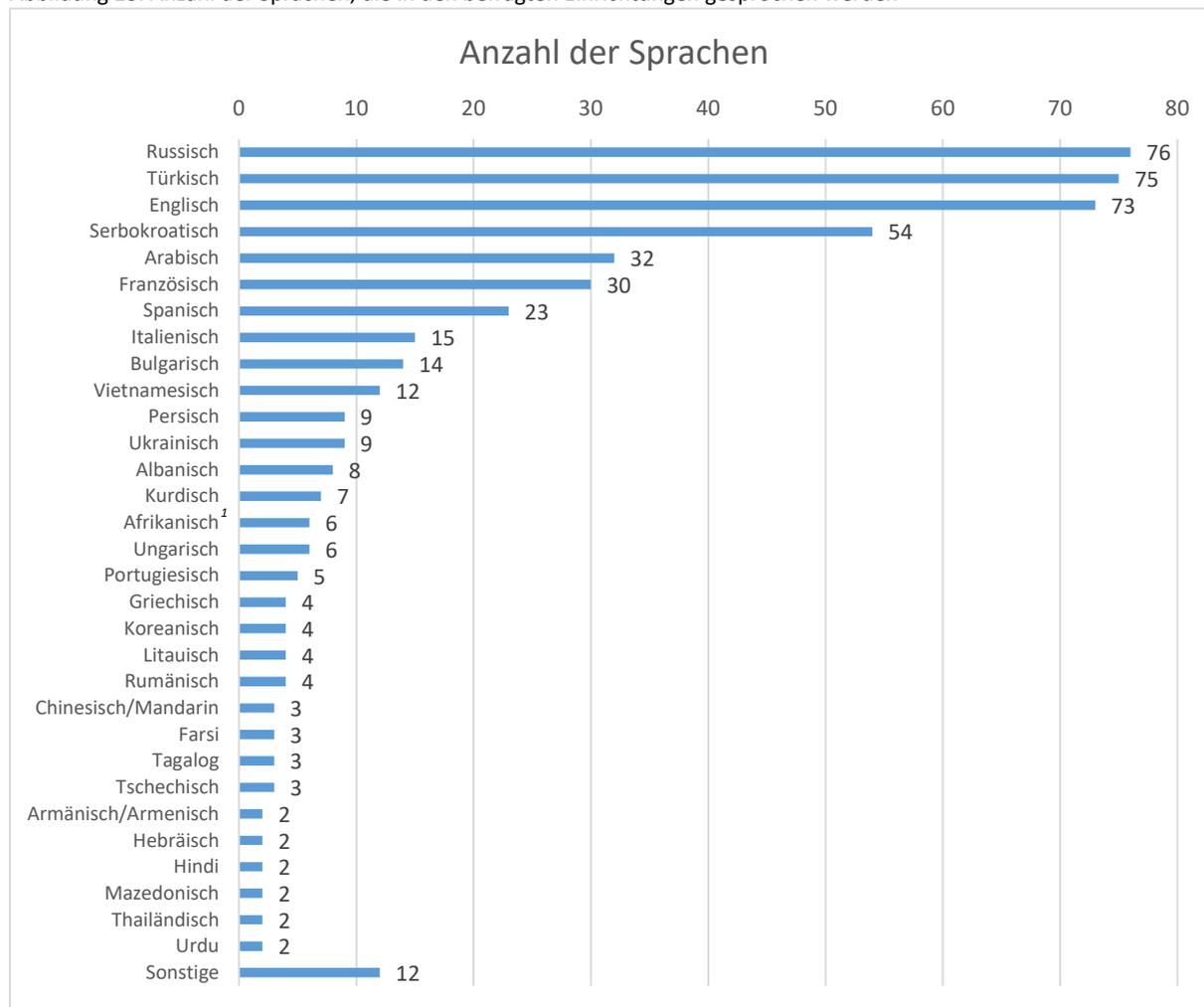
Abbildung 12. Kommunikation mit Klient*innen mit (asiatischem) Migrationshintergrund



Des Weiteren werden diverse Sprachen, die von den Mitarbeiter*innen in den befragten Einrichtungen gesprochen werden, in Abbildung 13 dargestellt. Insgesamt wurden 43 Sprachen von den befragten Einrichtungen angegeben. In 32,9% der gesamten befragten Einrichtungen waren russischsprachige Mitarbeiter*innen tätig, gefolgt von türkisch- (32,5%) und englisch-sprachigen (31,6%). Es ist auch zu beobachten, dass asiatische Pflegebedürftige bei einigen Berliner Einrichtungen die Möglichkeit haben, in mehreren Sprachen zu kommunizieren. Dazu zählen das Vietnamesische, Chinesische, Koreanische, Sprachen aus den Philippinen und das Thailändische. Zu den „sonstigen“ Sprachen gehören die zwölf

folgenden Sprachen: Amharisch, Aserbaidschanisch, Bengalisch, Kasachisch, Mongolisch, Nepalesisch, Norwegisch, Schwedisch, Slowenisch, Kreolisch/Haiti, Serbokroatisch und Paschto (jeweils n=1).

Abbildung 13. Anzahl der Sprachen, die in den befragten Einrichtungen gesprochen werden



¹ keine weitere Information angegeben

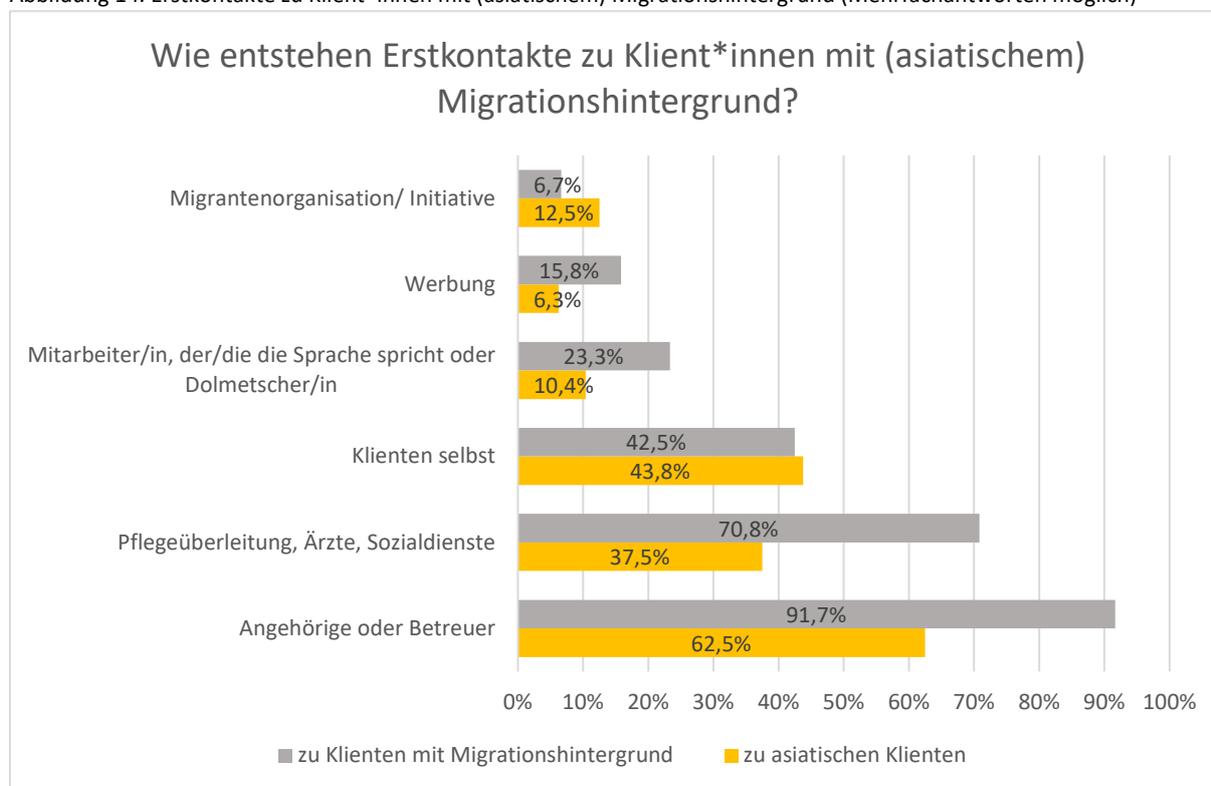
Im Folgenden wird das Ergebnis bezüglich der Erstkontakte zu Klient*innen mit (asiatischem) Migrationshintergrund dargestellt. Für die Frage in Abbildung 14 wurden den befragten Einrichtungen diverse Arten des Kontakts als Antwortmöglichkeiten gegeben, wobei eine Mehrfachauswahl der Antworten möglich war. Der Prozentsatz der Fälle betrug 172,9% bei „zu asiatischen Klienten“ und 250,8% bei „zu Klienten mit Migrationshintergrund“. Das deutet darauf hin, dass für asiatische Klient*innen generell weniger Antwortmöglichkeiten angekreuzt wurden, was möglicherweise auf die geringe Erfahrung der Einrichtungen mit asiatischen Klient*innen zurückzuführen ist.

Wie das Diagramm in Abbildung 14 zeigt, wird der Erstkontakt meist durch Angehörige bzw. Betreuer*innen geschaffen. Dabei weist der Unterschied zwischen den Einrichtungen mit Klient*innen mit Migrationshintergrund und asiatischen Klient*innen darauf hin, dass der Erstkontakt bei asiatischen Klient*innen deutlich weniger als bei Klient*innen mit Migrationshintergrund aufgenommen wird ($\chi^2[1]=21,89, p<.001, n=169$). Weiter gaben 110 Einrichtungen mit Klient*innen mit Migrationshintergrund an, dass der Erstkontakt durch eine Pflegeüberleitung, Ärzte und Sozialdienste erfolgt, wodurch der Erstkontakt zu asiatischen Klient*innen hingegen deutlich seltener entsteht ($\chi^2[1]=19,48, p<.001, n=169$). „Klienten selbst“ wurden von den beiden Einrichtungen in einem nahezu gleichen Verhältnis angegeben. Die Möglichkeit des Erstkontakts durch „Werbung“ und

„Mitarbeiter*in“ bzw. „Dolmetscher*in“ wurde von den befragten Einrichtungen relativ selten eingetragen, wobei festzustellen ist, dass Kontakte zu asiatischen Klient*innen dadurch weniger als die Hälfte zu Klient*innen mit Migrationshintergrund erfolgen, was jedoch statistisch gesehen keine Bedeutung hat ($\chi^2[1]=2,71$, $p=.100$, $n=169$; $\chi^2[1]=1,57$, $p=.210$, $n=169$).

Es wurde aufgrund der Einzel- und Gruppeninterviews dieser Studie erwartet, dass „Migrantenorganisation bzw. Initiative“ als Erstkontakt von vielen Einrichtungen mit asiatischen Klient*innen angegeben werden, weil bei den Interviews zu beobachten war, dass die (interviewten) Pflegebedürftigen von Migrantenorganisationen und Initiativen bei ihrem Pflegearrangement eine große Unterstützung erhalten haben. Anders als erwartet gaben lediglich 12,5% der befragten Einrichtungen an, dass dies der Fall ist. Der Grund dafür könnte daran liegen, dass viele Ehrenamtliche sowohl von den Einrichtungen als auch von den betroffenen Hilfesuchenden in den meisten Fällen nicht als Organisation bzw. Initiative, sondern als Bekannte oder Freunde wahrgenommen werden, was bei den Einzelinterviews dieser Studie ebenfalls zu beobachten war.

Abbildung 14. Erstkontakte zu Klient*innen mit (asiatischem) Migrationshintergrund (Mehrfachantworten möglich)



3.2.3 Stand der interkulturellen Öffnung der pflegerischen Einrichtungen in Berlin

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse in Bezug auf verschiedene interkulturelle Aspekte dargestellt. Während sich die Analyse in Kapitel 3.2.2 „Kommunikation mit Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund“ überwiegend auf die Daten der Einrichtungen mit Klient*innen mit (asiatischem) Migrationshintergrund bezieht, handelt es sich bei dem Thema in Kapitel 3.2.3 um alle befragten Einrichtungen in Berlin. Es wurde der Versuch unternommen, einerseits die interkulturelle Orientierung der Einrichtungen -den Ausgangspunkt zur interkulturellen Öffnung- und andererseits den Prozess der Organisationsentwicklung der Einrichtungen -den Zielpunkt für die interkulturelle Öffnung- zu beleuchten (Hagemann & Vaudt, 2012).

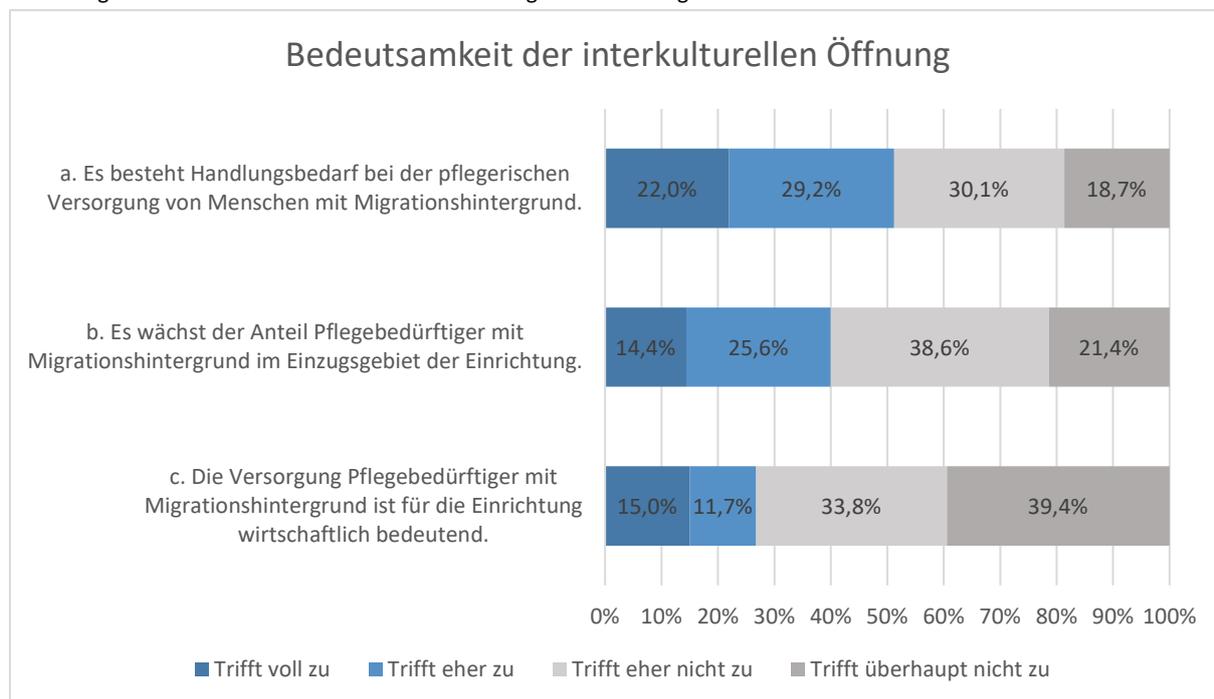
3.2.3.1 Interkulturelle Orientierung der Einrichtungen

Interkulturelle Orientierung geht dem Prozess der interkulturellen Öffnung voraus. Und dabei geht es um die interkulturelle Sensibilität. Die Fragen wurden in Anlehnung an die Studie (Gladis et al., 2014) entwickelt, wodurch ein Vergleich zwischen den Ergebnissen der Studien angestellt werden kann.

Bedeutsamkeit interkultureller Öffnung für die befragten Einrichtungen

Knapp 50% der befragten Einrichtungen waren der Meinung, dass ein Handlungsbedarf bei der pflegerischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund besteht (a). Zu der Vorhersage, dass der Anteil Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund wächst, antworteten allerdings weniger als die Hälfte der befragten Einrichtungen mit „trifft voll zu“ (14,4%, n=31) oder „trifft eher zu“ (25,6%, n=55) (Abbildung 15).

Abbildung 15. Bedeutsamkeit interkultureller Öffnung für Einrichtungen



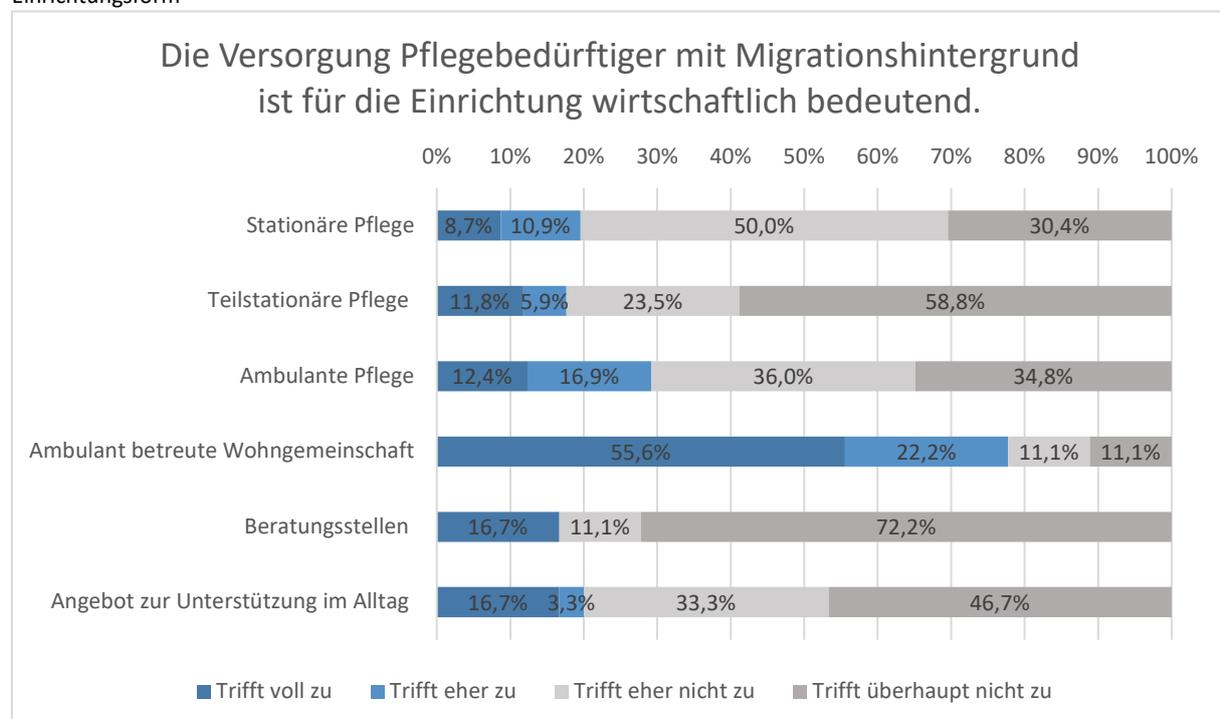
In Bezug auf die wirtschaftliche Bedeutsamkeit der Versorgung Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund war die überwiegende Mehrheit der befragten Einrichtungen der Meinung, dass das wirtschaftlich „eher nicht“ (33,8%, n=63) oder „überhaupt nicht“ (39,4%, n=84) bedeutend ist. Das stimmt mit dem Ergebnis der oben genannten baden-württembergischen Studie in einem nahezu

gleichen Verhältnis überein, wobei 79,1% der befragten Einrichtungen dieselbe Frage mit „Nein“ beantwortet haben (Gladis et al., 2014).

Betrachtet man das Ergebnis bezüglich der wirtschaftlichen Bedeutsamkeit (c) nach der Einrichtungsform, ist zu erkennen, dass sich die befragten Einrichtungen diesbezüglich unterscheiden, was in Abbildung 16 dargestellt wird ($F[5,203]=3,57$, $p<.001$, $\eta^2=.08$, $n=209$).

Die Antworten der befragten ambulanten Wohngemeinschaften ($M=1,78$, $SD=1,09$) unterscheiden sich signifikant von allen Antworten der anderen Einrichtungsformen (mit stationärer Pflege $p=.014$, teilstationärer Pflege $p=.005$, ambulanter Pflege $p=.20$, Beratungsstellen $p=.002$, AUA $p=.011$). Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass eine Spezialisierung der Wohngemeinschaften für Migrantengruppen in den letzten Jahren stattgefunden hat, weil Wohngemeinschaften nicht selten von vielen Expert*innen und Betroffenen als geeignete Wohnform für pflegebedürftige ältere Migrant*innen betrachtet werden (Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen, 2014; Tezcan-Güntekin et al., 2015).

Abbildung 16. Wirtschaftliche Bedeutsamkeit der Versorgung Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund nach Einrichtungsform



Barrieren aus Perspektive der befragten Einrichtungen

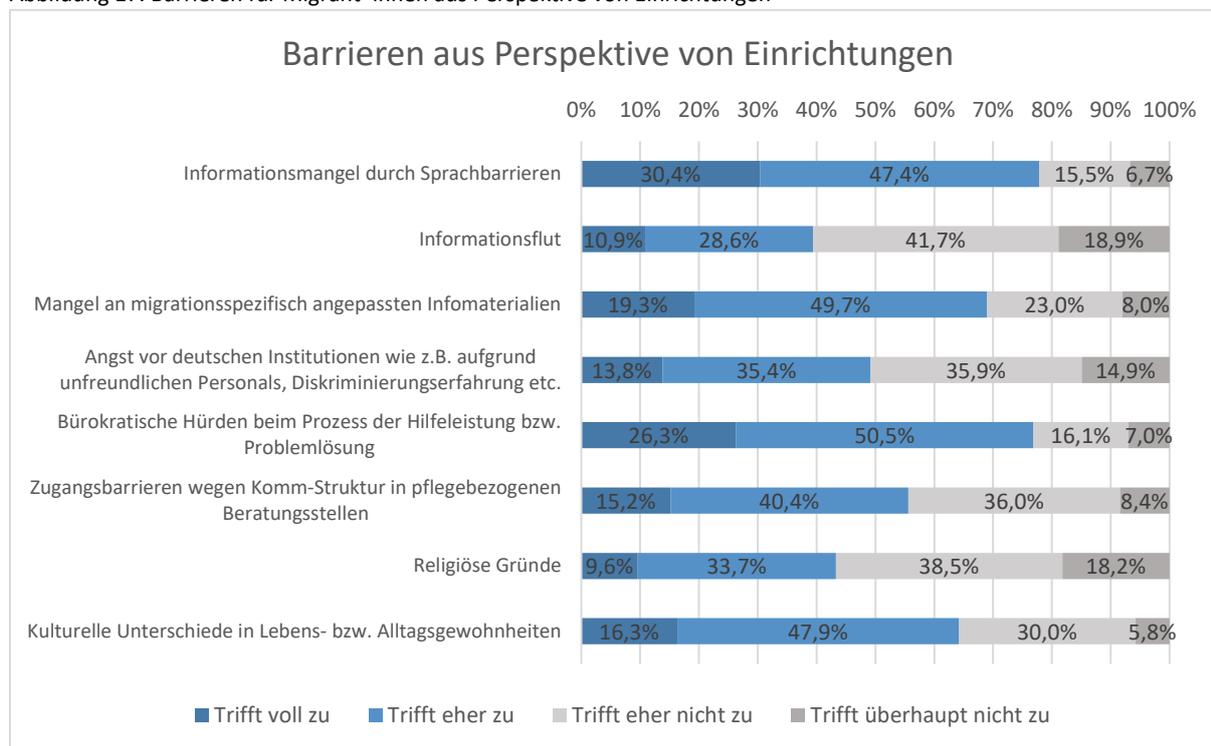
Um mögliche Barrieren der Migrant*innen bei der Inanspruchnahme von Angeboten aus der Perspektive der Einrichtungen zu erfahren, wurden den befragten Einrichtungen Aussagen zu unterschiedlichen Aspekten von Barrieren gestellt, die mit von „trifft voll zu“ bis „trifft überhaupt nicht zu“ beantwortet werden konnten (Abbildung 17). Insbesondere wurden die Aspekte der Barrieren in Anlehnung an die Ergebnisse der Einzel- und Gruppeninterviews der vorliegenden Studie formuliert, die von den Interviewten als Barrieren häufig genannt bzw. in vielen Studien thematisiert wurden.

Die meisten Einrichtungen machten einen Informationsmangel durch Sprachbarrieren (77,8%, „trifft voll zu“: $n=59$; „trifft zu“: $n=92$) und bürokratische Hürden beim Prozess der Hilfeleistung bzw.

Problemlösung (76,9%, „trifft voll zu“: n=49; „trifft zu“: n=94) für den erschwerten Zugang von Migrant*innen zu Angeboten verantwortlich- gefolgt vom Mangel an migrationsspezifisch angepassten Informationsmaterialien (69%, „trifft voll zu“: n=36; „trifft zu“: n=93) und kulturelle Unterschiede in Lebens- bzw. Alltagsgewohnheiten (64,2%, „trifft voll zu“: n=31; „trifft zu“: n=91).

Im Vergleich dazu waren die befragten Einrichtungen der Meinung, dass die Informationsflut (60,2%, „trifft überhaupt nicht zu“: n=33; „trifft eher nicht zu“: n=73), religiöse Gründe (56,7%, „trifft überhaupt nicht zu“: n=34; „trifft eher nicht zu“: n=72) und Angst vor deutschen Institutionen (50,8%, „trifft überhaupt nicht zu“: n=27; „trifft eher nicht zu“: n=65) eher keine oder überhaupt keine Barrieren bei der Inanspruchnahme darstellen. Was dabei interessant ist, ist dass der Aspekt „Angst bzw. Unfreundlichkeit“ beim Gruppeninterview mit potentiellen Pflegebedürftigen dieser Studie als zentraler Aspekt für Barrieren herausgearbeitet wurde.

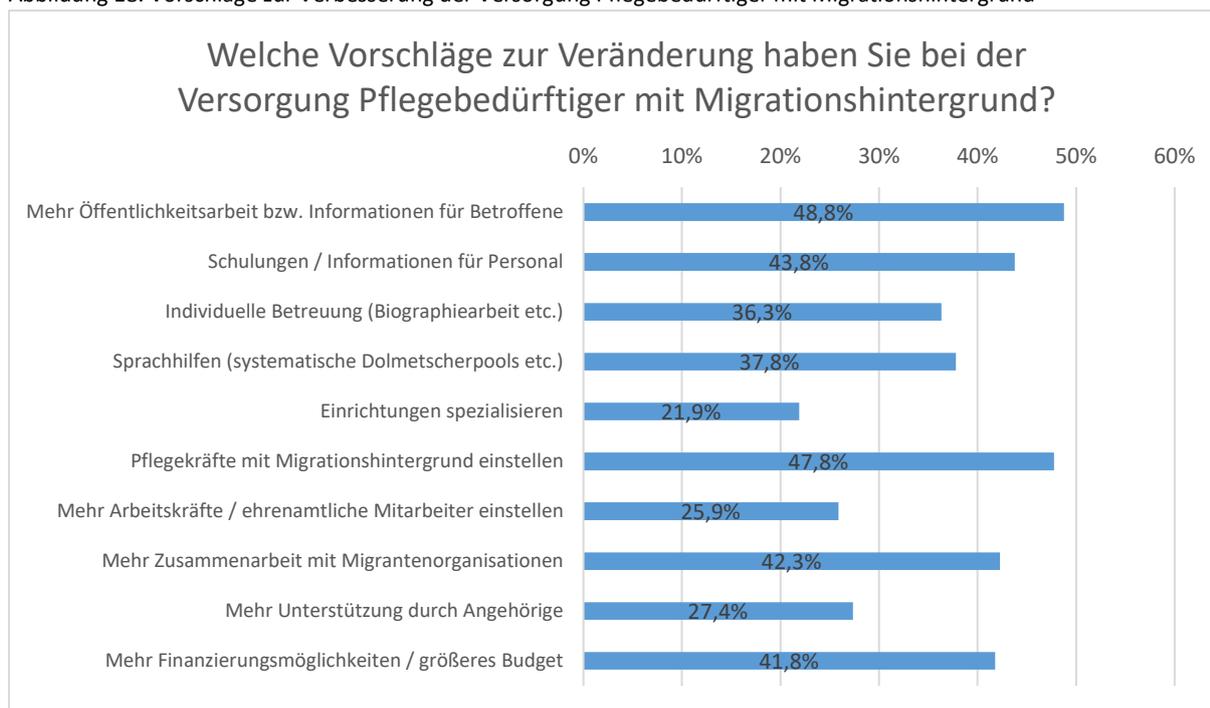
Abbildung 17. Barrieren für Migrant*innen aus Perspektive von Einrichtungen



Vorschläge der Einrichtungen zur Verbesserung der interkulturellen Öffnung

Abbildung 18 gibt einen Überblick über die Vorschläge der befragten Einrichtungen zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund. Hierbei handelte es sich um Mehrfachantworten (Prozent der Fälle: 373, ,6%). Es wurde „Mehr Öffentlichkeitsarbeit und Informationen für Betroffene“ von den befragten Einrichtungen als häufigster Vorschlag genannt (n=98). Danach folgen „Pflegekräfte mit Migrationshintergrund einstellen“, „Schulungen und Informationen für Pflegepersonal“, „Mehr Zusammenarbeit mit Migrantenorganisationen“ und „Mehr Finanzierungsmöglichkeiten bzw. größeres Budget“.

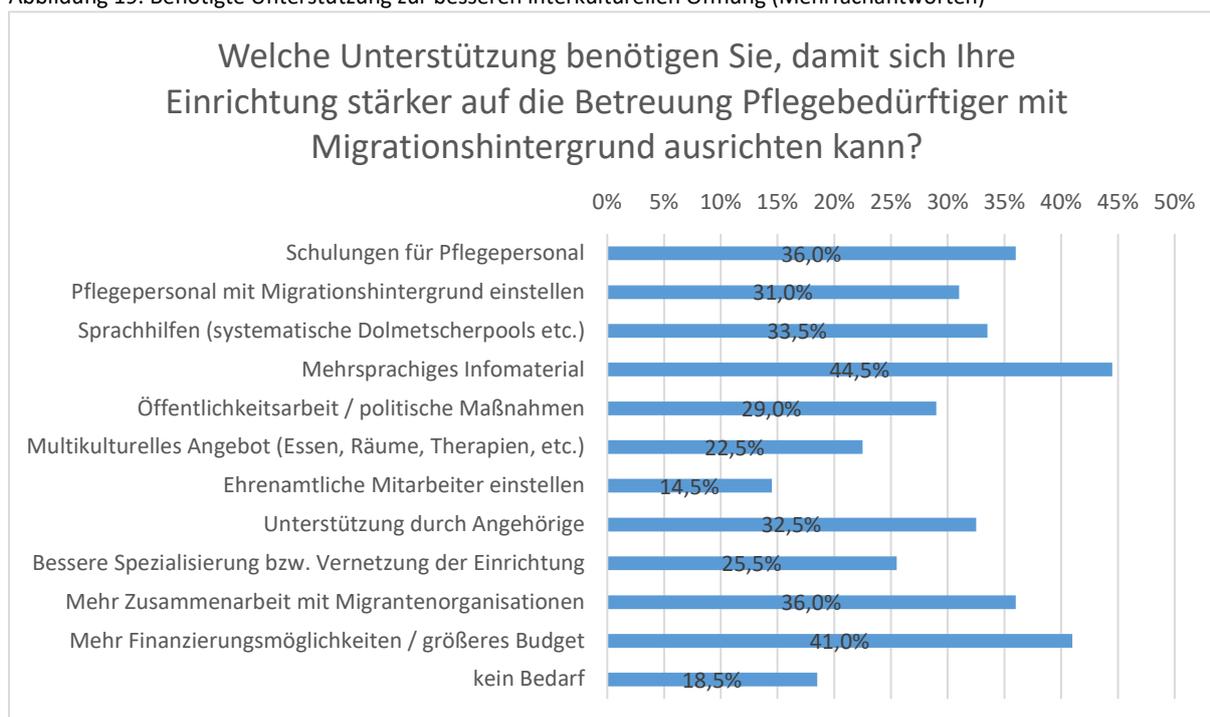
Abbildung 18. Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund



Benötigte Unterstützung für die Einrichtungen

Anschließend wurde den befragten Einrichtungen die Frage gestellt, welche Unterstützung die Einrichtungen benötigen, damit die interkulturelle Öffnung ihrer Einrichtungen noch gestärkt werden kann. Die Aspekte benötigter Unterstützungen werden in Abbildung 19 dargestellt. Demnach wird „mehrsprachiges Informationsmaterial“ als benötigte Unterstützung am häufigsten angeführt (n=89), gefolgt von „mehr Finanzierungsmöglichkeiten“ (n=82), „mehr Zusammenarbeit mit Migrantenorganisationen“ (n=72), „Schulungen für Pflegepersonal“ (n=72) und „Sprachhilfe“ (n=67). Außerdem gaben 18,5% der befragten Einrichtungen an, dass kein Bedarf besteht (Abbildung 19).

Abbildung 19. Benötigte Unterstützung zur besseren interkulturellen Öffnung (Mehrfachantworten)



3.2.3.2 Prozess der Organisationsentwicklung zur interkulturellen Öffnung

Zur Erfassung des Prozesses der Organisationsentwicklung zur interkulturellen Öffnung der befragten Einrichtungen wurde ein Fragenpaket modifiziert eingesetzt, das von der Diakonie zur Evaluation des Projekts „Interkulturelle Öffnung – Führungsaufgabe in einer Diakonie der Vielfalt“ entwickelt worden ist (Diakonie-Deutschland evangelischer Bundesverband e.V., 2018).

Bei der interkulturellen Öffnung einer Organisation handelt es sich um einen Wandel von Organisationsstrukturen, der in Zeiten der Migration und Globalisierung als ein notwendiger Prozess zu betrachten ist. Interkulturelle Öffnung ist somit als ein zielgerichteter Prozess der Organisationsentwicklung zu verstehen, der sich sowohl auf die strukturelle als auch auf die personale Ebene bezieht (Gentner & Kempkes, 2014; Hagemann & Vaudt, 2012). Organisationsentwicklung ist dabei prozessorientiert, partizipativ und langfristig angelegt und von verschiedenen Phasen geprägt (Mayer & Vanderheiden, 2014). Dementsprechend bestehen die folgenden Fragen, die bei der Befragung eingesetzt wurden, zur Erfassung des Prozesses der Organisationsentwicklung zur interkulturellen Öffnung aus drei Dimensionen:

- Strukturelle interkulturelle Öffnung
- Implementierungsprozess der interkulturellen Öffnung
- Evaluation der interkulturellen Öffnung.

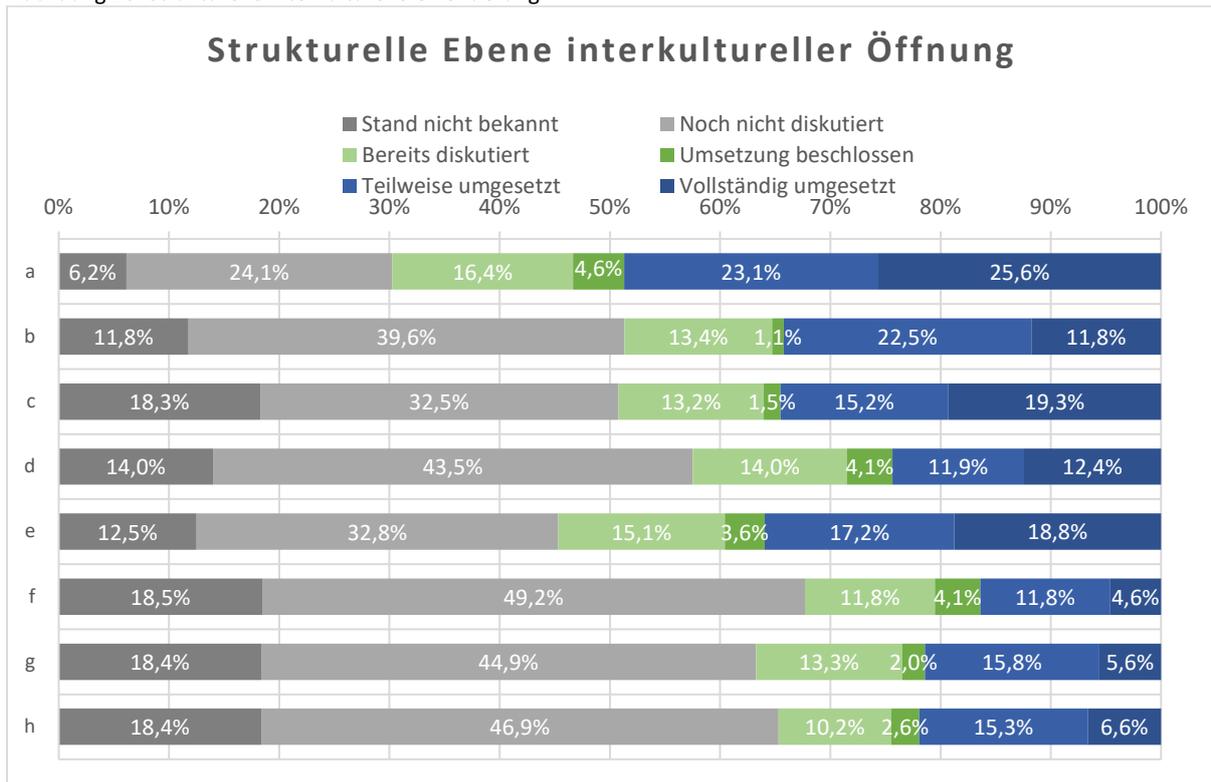
Jede Ebene enthält wiederum verschiedene Fragen, die mit den folgenden sechs Antwortmöglichkeiten „Stand nicht bekannt“, „noch nicht diskutiert“, „bereits diskutiert“, „Umsetzung beschlossen“, „teilweise umgesetzt“ und „vollständig umgesetzt“ beantwortet werden konnten.

Interkulturelle Öffnung auf struktureller Ebene

Die Fragen beziehen sich auf den Entwicklungsprozess einer Organisation zur interkulturellen Öffnung auf der strukturellen Ebene. Wie der Abbildung 20 zu entnehmen ist, unterscheidet sich der Stand der interkulturellen Öffnung der befragten Einrichtungen in vielen Aspekten der strukturellen interkulturellen Öffnung. Der am weitgehendste umgesetzte Aspekt unter den befragten Einrichtungen ist die Verankerung interkultureller Gesichtspunkte in den Konzepten der Einrichtungen.

So gaben 48,7% der befragten Einrichtungen (n=95) an, interkulturelle Aspekte in Konzepten der Organisationen „teilweise“ (23,1%, n=45) oder „vollständig“ (25,6%, n=50) verankert zu haben. Knapp 20% haben hierfür die Antwortmöglichkeit „bereits diskutiert“ (16,4%, n=32) oder eine „Umsetzung beschlossen“ (21%, n=9) angekreuzt. Jedoch führten 30,3% der befragten Einrichtungen an, dass dies „noch nicht diskutiert“ (24,1%, n=47) wurde oder „nicht bekannt ist“ (6,2%, n=12).

Abbildung 20. Strukturelle interkulturelle Orientierung



- a Verankerung der Interkulturellen Aspekte im Pflegekonzept, Betreuungskonzept, beim Leitbild oder in der Satzung
- b Interkulturell offene Gestaltung der Räume, sodass sich Klienten unterschiedlicher Kulturen wohlfühlen
- c Ist bei Bedarf eine muttersprachliche Kommunikation mit Klienten (z.B. mithilfe eines Dolmetscherpools) möglich?
- d Gibt es Personal, das intern für den Prozess der Interkulturellen Öffnung verantwortlich und mit den nötigen Kompetenzen ausgestattet ist?
- e Berücksichtigung von Migranten auf allen Organisationsebenen (Fachkraft, Führungskraft, ehrenamtlich Engagierte)
- f Aufbau eines regelmäßigen Austausches zu Fragen der Interkulturellen Öffnung z.B. mit Migrantenorganisationen, Initiativen bzw. ehrenamtlichen herkunftssprachlichen Besuchsdiensten etc.
- g Gestaltung von migrationsspezifisch angepassten Informationsmaterialien (z.B. Bilder im Flyer, Broschüren, Wegweiser, Schilder etc.)
- h Erstellen von mehrsprachigen Informationsmaterialien (Flyer, Broschüren, Wegweiser, Schilder etc.)

Im Vergleich dazu ist festzustellen, dass eine strukturierte Zusammenarbeit mit Migrantenorganisationen zur interkulturellen Öffnung nur selten stattfindet. Mehr als zwei Drittel der befragten Einrichtungen gaben an (67,7%, n=132), dass ein Aufbau eines regelmäßigen Austausches für die interkulturelle Öffnung z.B. mit Migrantenorganisationen, Initiativen bzw. ehrenamtlichen herkunftssprachlichen Besuchsdiensten bei ihren Einrichtungen ‚noch nicht diskutiert‘ (49,2%, n=132) wurde oder ‚nicht geplant‘ (18,5%, n=36) ist. Der Anteil der Einrichtungen, die dies ‚teilweise umgesetzt‘ oder ‚vollständig umgesetzt‘ haben, lag hingegen bei nur 16,4% (n=32).

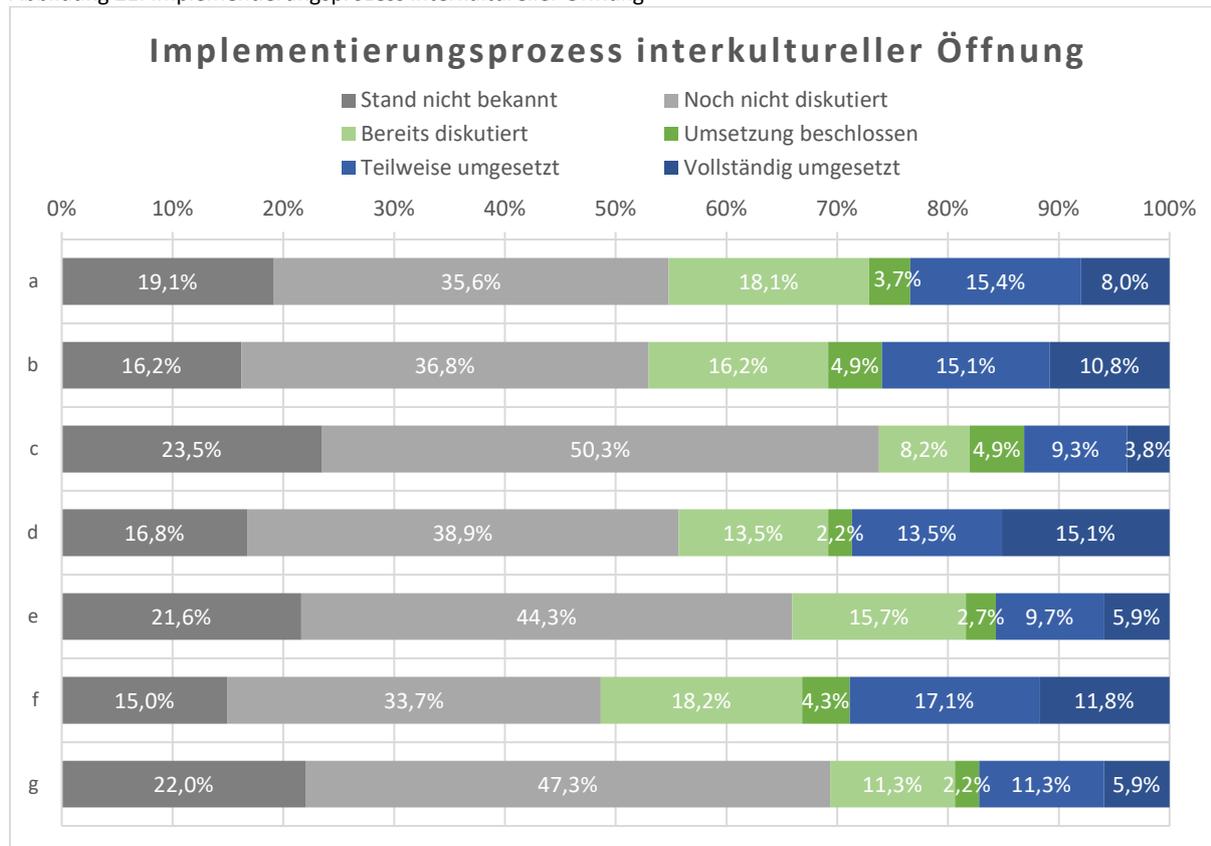
Implementierungsprozess interkultureller Öffnung

Bei der Dimension des Implementierungsprozesses der Organisationsentwicklung zur interkulturellen Öffnung handelt es sich um die Frage, inwieweit interkulturelle Aspekte und ihre Maßnahmen im Ablauf der Organisation berücksichtigt und umgesetzt werden.

Wie in Abbildung 21 zu sehen ist, führten 73,8% der befragten Einrichtungen an (n=135), dass das Bereitstellen von Haushaltsmitteln zur Umsetzung interkultureller Maßnahmen ‚noch nicht diskutiert‘ wurde (50,3%, n=92) oder ‚nicht bekannt‘ war (23,5%, n=43). Dagegen haben lediglich 24 Einrichtungen (13,1%) dies ‚teilweise‘ (9,3%, n=17) oder ‚vollständig‘ (3,8%, n=7) umgesetzt. Außerdem

war bei knapp 70% der befragten Einrichtungen die Zuständigkeit für die Zusammenarbeit mit Migrantenorganisationen bzw. Initiativen nicht festgelegt (nicht bekannt, 22%, n=41) oder noch ‚nicht diskutiert‘ (47,3%, n=129).

Abbildung 21. Implementierungsprozess interkultureller Öffnung



- a Beachtung des Ansatzes der interkulturellen Öffnung bei allen betriebsrelevanten Entscheidungen und konzeptionellen Überlegungen
- b Transparente Kommunikation des Standes der Interkulturellen Öffnung nach innen und außen
- c Bereitstellen von Haushaltsmitteln für die Interkulturelle Arbeit
- d Einbeziehung von Klienten mit Migrationshintergrund in die Planung und Umsetzung von Angeboten und Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse (z.B. Feiertage, Verpflegung)
- e Beteiligung von Ansprechpartnern für die Interkulturelle Öffnung bei wichtigen Entscheidungen (Personalplanung, Öffentlichkeitsarbeit, Planung und Umsetzung der Angebotsstruktur)
- f Angebot von Fortbildungen zur Stärkung der interkulturellen Kompetenz der Mitarbeiter
- g Transparente Festlegung der Zuständigkeit für die Zusammenarbeit z.B. mit Migrantenorganisationen, Initiativen bzw. ehrenamtlichen herkunftssprachlichen Besuchsdiensten etc.

Der am meisten, dennoch wenig, umgesetzte Aspekt in Bezug auf den Implementierungsprozess der Organisationsentwicklung zur interkulturellen Öffnung ist das Angebot von Fortbildungen zur Stärkung der interkulturellen Kompetenz der Mitarbeiter*innen, wobei 54 Einrichtungen (28,9%) auf die Frage nach der Implementierung mit ‚teilweise umgesetzt‘ (17,1%, n=32) oder ‚vollständig umgesetzt‘ (11,8%, n=22) antworteten.

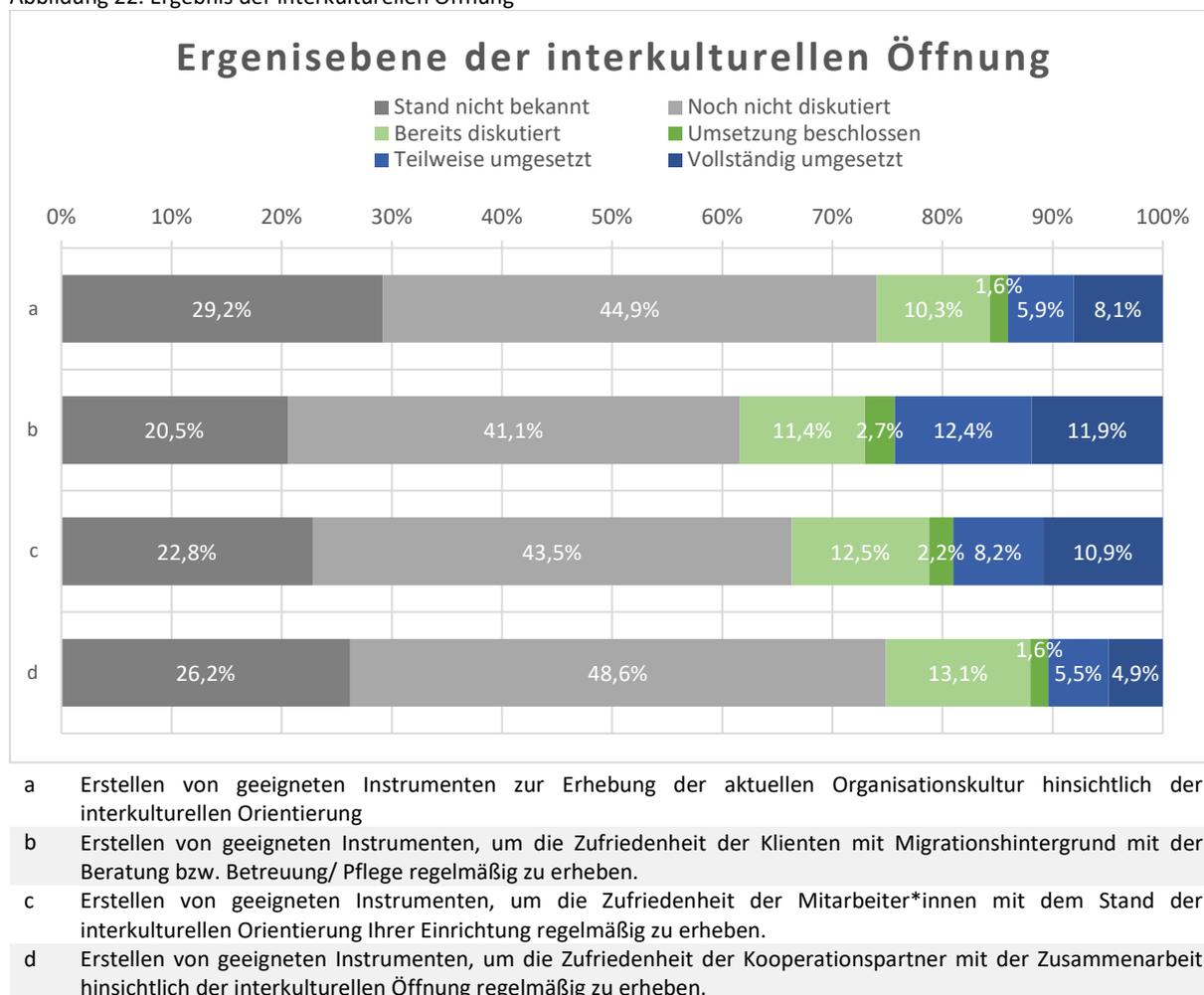
Ergebnisebene der interkulturellen Öffnung

In Bezug auf die Ergebnisebene der Organisationsentwicklung zur interkulturellen Öffnung scheinen noch viele Einrichtungen nicht den Schritt erreicht zu haben, ihren Stand zur interkulturellen Öffnung zu evaluieren. Wie der Abbildung 22 zu entnehmen ist, gaben bei allen Aspekten mehr als die Hälfte der befragten Einrichtungen an (von 61,6% bis 74,9%), dass eine Entwicklung passender Instrumente

zur Erhebung der interkulturellen Öffnung in ihrer Organisation noch nicht diskutiert wurde oder ihnen nicht bekannt ist.

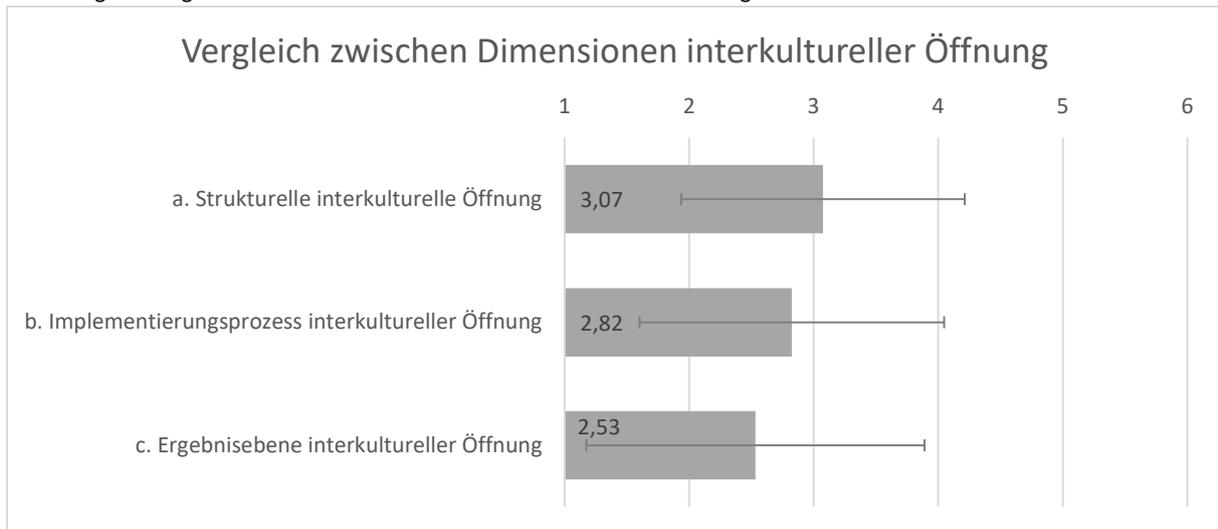
Am meisten umgesetzt ist der Aspekt bezüglich der Klient*innen mit Migrationshintergrund: 24,3% der befragten Einrichtungen (n=45) haben die Maßnahmen zur Erhebung der Zufriedenheit der Klient*innen mit Migrationshintergrund „teilweise“ (12,4%, n=23) oder „vollständig“ (11,9%, n=22) umgesetzt (Abbildung 22).

Abbildung 22. Ergebnis der interkulturellen Öffnung



Wie oben angezeigt zu erkennen ist, unterscheidet sich der aktuelle Stand der Organisationsentwicklung zur interkulturellen Öffnung in den jeweiligen Dimensionen: strukturelle Ebene, Ebene des Implementierungsprozesses und Ergebnisebene. Um zu überprüfen, ob sich diese drei Dimensionen signifikant unterscheiden, wurden aus der jeweiligen Dimension Mittelwerte berechnet und verglichen, wobei die Nummerierung 1 bis 6 im Diagramm den Antwortmöglichkeiten entspricht - von „1 Stand nicht bekannt“ bis „6 Vollständig umgesetzt“. In Abbildung 23 wird das Ergebnis dargestellt.

Abbildung 23. Vergleich zwischen den Dimensionen interkultureller Öffnung



Die Analyse zeigt, dass sich alle drei Dimensionen voneinander signifikant unterscheiden ($\chi^2[2]=54,15$, $p<.001$, $n=184$; post hoc: a/b $z=4,22$, $p<.001$; a/c $z=6,73$, $p<.001$; b/c $z=2,50$, $p=.04$). Das bedeutet, dass die Organisationsentwicklung zur interkulturellen Öffnung in der strukturellen Dimension unter den befragten Einrichtungen am weitesten berücksichtigt und deren Maßnahmen umgesetzt wurden ($M=3,07$, $SD=1,14$), gefolgt in der Dimension des Implementierungsprozesses ($M=2,82$, $SD=1,22$). Die Organisationsentwicklung zur interkulturellen Öffnung auf der Ergebnis-Ebene kam unter den befragten Einrichtungen am wenigsten zustande ($M=2,53$, $SD=1,36$).

Insgesamt muss festgestellt werden, dass nicht eine der drei Dimensionen der Organisationsentwicklung zur interkulturellen Öffnung nicht einmal den Mittelpunkt (3,5: zwischen ‚bereits diskutiert‘ und ‚Umsetzung beschlossen‘) erreichte, was darauf hinweist, dass der interkulturelle Öffnungsstand der pflegerischen Einrichtungen in Berlin hinsichtlich der erhobenen interkulturellen Aspekte nicht zufriedenstellend ist.

Den durchschnittlichen Stand der interkulturellen Öffnung der Berliner Einrichtungen hat ein Befragte einer Einrichtung wie folgt sehr passend dargestellt:

„Trotz langjähriger Arbeit der IKÖ stellen wir immer wieder fest, dass die jeweiligen Institutionen im Laufe der Zeit die Öffnung aufgeben und in ihre alten Muster zurückfallen.“

4. ZUSAMMENFASSUNG

Das Ziel der vorliegenden Studie war, einerseits in einer explorativen Weise Einblicke in die Versorgungssituation der Pflegebedürftigen mit asiatischem Migrationshintergrund im Hinblick auf die Lebens- und Pflegeform und Inanspruchnahme zu gewinnen und ihre Erwartungen und Wünsche bezüglich der Pflege und Zugangsbarrieren bei der Inanspruchnahme von professionellen Angeboten im Bereich der Pflege zu beleuchten. Darüber hinaus wurde andererseits der Versuch unternommen, durch eine standardisierte Befragung der pflegerischen Einrichtungen einen Überblick über den Versorgungsstand Pflegebedürftiger mit (asiatischem) Migrationshintergrund in Einrichtungen und ihren aktuellen Stand der interkulturellen Orientierung und Öffnung zu bekommen.

Einzel- und Gruppeninterviews

In die qualitative Analyse wurden 12 Einzelinterviews mit Pflegebedürftigen mit asiatischem Migrationshintergrund (aus Japan, Korea, Vietnam und Thailand) bzw. ihren Angehörigen oder Bezugspersonen und zwei Gruppeninterviews mit jeweils acht Expert*innen bzw. Vertreter*innen der asiatischen Communities und 18 potentiellen Pflegebedürftigen mit asiatischem Migrationshintergrund der ersten Generation einbezogen.

Aufgrund der qualitativen Interviews lassen sich folgende Hauptkategorien der Barrieren bei der Inanspruchnahme der formellen Unterstützungsangebote bei der Pflege herausstellen: *„Mangelhafter Informationsstand“*, *„Schwellenangst aufgrund negativer Erfahrungen mit Behörden“*, *„komplizierter Prozess bei der Inanspruchnahme formeller Angebote“*, *„Hohe Akzeptanz und Bedeutung der Nachbarschaftshilfe aus der ethnischen Community“* und *„finanzielle Gründe“*.

In Bezug auf die Wünsche und Erwartungen konnten folgende Hauptkategorien gebildet werden: *„geringe Erwartungen an eigene Kinder“*, *„asiatische bzw. landespezifische Wohngemeinschaft“*, *„WG für demenzerkrankte asiatische Migrant*innen und ihre Familienangehörigen“*, *„Kompakte Informationen in Muttersprache“* und *„Muttersprachliche Versorgung und Pflegepersonal mit Herzenswärme“*.

Befragung der pflegerischen Einrichtungen in Berlin

Darüber hinaus wurden insgesamt die Daten aus 231 Einrichtungen im Bereich der Pflege in Berlin in die quantitative Analyse aufgenommen (Rücklaufquote insgesamt: 20,5%).

Die Analyse zeigt, dass die Mehrheit der befragten Einrichtungen zum Zeitpunkt der Befragung Menschen mit Migrationshintergrund versorgten bzw. betreuten (n=173, 74,9%). Von diesen 173 Einrichtungen gab es 52, in denen bzw. durch die auch asiatische Klient*innen versorgt werden. In den Bezirken Mitte und Charlottenburg-Wilmersdorf befanden sich die meisten Einrichtungen, die Pflegebedürftige mit einem Migrationshintergrund versorgen bzw. betreuen. Und die meisten Einrichtungen mit asiatischen Klient*innen lagen in den Bezirken Charlottenburg-Wilmersdorf (n=8), Mitte (n=6) und Lichtenberg (n=6). Im Vergleich zu dem Anteil von Menschen mit (asiatischem) Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung sind sowohl Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund als auch asiatische Pflegebedürftige deutlich unterrepräsentiert. Mit den vorliegenden Daten ist es allerdings nicht möglich, in Erfahrung zu bringen, was dafür verantwortlich ist - ob es sich dabei um ein generelles Versorgungsdefizit bei Menschen mit (asiatischem) Migrationshintergrund handelt oder ob es mit dem niedrigen Durchschnittsalter der Migrantengruppen zusammenhängt etc.

In Bezug auf die Kommunikation mit den Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund, wobei ausschließlich die Daten von den befragten Einrichtungen mit Klient*innen mit (asiatischem) Migrationshintergrund analysiert wurden, gaben 84,6% der befragten Einrichtungen an (n=111), dass die Kommunikation mit ihnen meistens oder immer reibungslos stattfindet. Vergleicht man das Ergebnis nach Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund und asiatischen Pflegebedürftigen getrennt, ist festzustellen, dass eine reibungslose Kommunikation mit asiatischen Pflegebedürftigen noch seltener erfolgt als die Kommunikation mit Pflegebedürftigen mit nicht asiatischem Migrationshintergrund.

Bezüglich des Standes der interkulturellen Öffnung der Einrichtungen, in deren Analyse alle befragten Einrichtungen einbezogen wurden, schlossen sich 51,2% der befragten Einrichtungen der Aussage an, dass Handlungsbedarf bei der pflegerischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund besteht (n=107) und 40% der Aussage, dass der Anteil Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund im Einzugsgebiet der Einrichtungen wächst (n=86). Im Gegensatz dazu stimmten lediglich 26,8% der Aussage zu, dass die Versorgung Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund für die Einrichtungen eine wirtschaftliche Bedeutung hat (n=57).

Aus der Perspektive der befragten Einrichtungen sind der ‚Informationsmangel durch Sprachbarrieren‘ (77,8%), ‚bürokratische Hürden beim Prozess der Hilfeleistung‘ (76,9%), der ‚Mangel an migrationspezifisch angepassten Informationsmaterialien‘ (69%) und ‚kulturelle Unterschiede in Lebens- bzw. Alltagsgewohnheiten‘ die zentralen Barrieren für Migrant*innen bei der Inanspruchnahme der Angebote. Im Vergleich dazu wurden die Aspekte wie ‚Informationsflut‘, ‚religiöse Gründe‘ und ‚Angst vor deutschen Institutionen‘ von den befragten Einrichtungen verhältnismäßig wenig als Barrieren betrachtet (jeweils 60,2%, 56,7%, 50,8%).

Als benötigte Unterstützung zur Stärkung der interkulturellen Öffnung der Einrichtungen wurden ‚mehrsprachiges Informationsmaterial‘ (44,5%), ‚mehr Finanzierungsmöglichkeiten‘ (41%), ‚mehr Zusammenarbeit mit Migrantenorganisationen‘ (36%), ‚Schulungen für das Pflegepersonal‘ (36%) und ‚Sprachhilfe durch systematische Dolmetscherpools‘ (33,5%) genannt.

Nach der Analyse des Prozesses der Organisationsentwicklung zur interkulturellen Öffnung der befragten Einrichtungen ist insgesamt festzustellen, dass der Stand der interkulturellen Öffnung bei den pflegerischen Einrichtungen in Berlin hinsichtlich der erhobenen interkulturellen Aspekte einen deutlichen Aufholbedarf anzeigt. Betrachtet man einzelne Ebenen der Organisationsentwicklung zur interkulturellen Öffnung, ist zu erkennen, dass die Organisationsentwicklung auf der strukturellen Ebene verhältnismäßig gut bei den befragten Einrichtungen berücksichtigt und umgesetzt wurde als die Ebenen des Implementierungsprozesses und des Ergebnisses der Organisationsentwicklung zur interkulturellen Öffnung.

5. HANDLUNGSEMPFEHLUNG

Die vorliegende Studie wurde im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung im Zeitraum von August bis November 2018 durchgeführt. Die Handlungsempfehlungen im folgenden Abschnitt basieren auf den Ergebnissen der vorliegenden Studie und sollen zur Verbesserung der Versorgungssituation insbesondere von kleineren Migrantengruppen beitragen.

Alternative Strategien zur Bekämpfung von Informationsdefiziten für kleine Migrantengruppen entwickeln

Die Einzelinterviews mit den Pflegebedürftigen bzw. ihren Angehörigen und die Gruppeninterviews ergaben, dass bei asiatischen Migrant*innen Informationsdefizite bestehen. In Anbetracht dessen, dass insbesondere bei den Gruppeninterviews diejenigen, die noch aktiver, gesünder, informierter und sprachlich kompetenter in der Tat überrepräsentiert sein können, ist davon auszugehen, dass der Informationsstand von denjenigen, die nur schwer erreichbar sind, noch schlechter ist.

Laut den Leitlinien der Berliner Senatspolitik (2013) besteht der gesellschaftliche Auftrag darin, die Berliner Angebotslandschaft offen, mehrsprachig und kultursensibel zu gestalten, um die Bedürfnisse älterer Menschen mit Migrationshintergrund verstärkt zu berücksichtigen. Die Zielsetzung wurde in der Praxis so umgesetzt, dass inzwischen innerhalb von fünf Jahren nach der Veröffentlichung der Leitlinien beispielsweise Informationsblätter von den Pflegestützpunkten in sieben Sprachen (Pflegestützpunkte Berlin), Wegweiser der Hospiz- und Palliativversorgung in neun Sprachen (Schirilla, 2016) und 24 Fragen zum Thema Häusliche Pflege in sieben Sprachen übersetzt vorliegen (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, 2016). Die Relevanz von mehrsprachigem Informationsmaterial konnte die vorliegende Studie ebenfalls aufweisen, wobei die befragten Einrichtungen es als benötigte Unterstützung zur interkulturellen Orientierung am häufigsten nannten und einige Expert*innen es beim Gruppeninterview für notwendig hielten.

Außerdem hat diese Strategie, Informationen bezüglich der Pflege in mehreren Sprachen zur Verfügung zu stellen, einen weiteren Vorteil, und zwar, dass sie im Hinblick auf eine leichtere Messbarkeit bzw. Beobachtbarkeit, z.B. ob übersetzte Informationen vorhanden sind oder nicht oder in wie viele Sprachen übersetzt worden sind etc., verhältnismäßig einfach einsetzbar ist und als ein Indikator für eine interkulturelle Öffnung einer Organisation in Betracht gezogen wird.

Die Strategie und deren erfolgreiche Umsetzung würden ohne Zweifel zur Verbesserung des Informationsstandes von Migrantengruppen optimal beitragen, wenn relevante Informationen allen Migrantengruppen in ihrer Muttersprache zur Verfügung gestellt werden könnten. Allerdings scheint diese Strategie für kleine Migrantengruppen zu idealistisch im Hinblick auf die Effizienz und die Realisierbarkeit zu sein. Denn die Übersetzung in alle Sprachen der Migrantengruppen ist an sich unmöglich: Die asiatischen Länder, die für die statistische Definition zu „südost- und ostasiatischen Ländern“ für die vorliegende Studie gezählt wurden, sind insgesamt 18 Länder und jedes von ihnen hat mindestens eine eigene Sprache. Diese asiatischen Migrantengruppen entsprechen einem Anteil von 6% der gesamten Menschen mit Migrationshintergrund in Berlin zum Stichtag vom 31.12.2017 (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg). Allein in Berlin leben Migrant*innen aus über 100 Nationen. Sollten alle Sprachen oder die Hälfte davon übersetzt werden, dann wären die Verwaltungs- und Umsetzungskosten zu hoch. Die Heterogenität der Bevölkerung mit Migrationshintergrund und die Dynamik der Migrationsbewegungen können solche Strategien nur unzureichend abdecken.

Es gibt selbst kleine Migrantengruppen, aus denen sich Mitglieder als Sprachmittler aus eigener Initiative einsetzen oder relevante Informationen bezüglich der Pflege in ihre Landessprache für ältere Landsleute übersetzt und zur Verbesserung des Informationsstandes erfolgreich beigetragen haben wie z.B. bei der japanischen Migrantengruppe. Was aber zu bemerken ist, ist die Tatsache, dass es auch Migrantengruppen gibt, denen nur beschränkte Ressourcen zur Verfügung stehen, um sich dafür einzusetzen. Man kann eine Ehrenamtlichkeit von kleinen Migrantengruppen erwarten- aber allein die Broschüre „24 Fragen zum Thema Häusliche Pflege“ von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, die sich im Titel kompakt anhört, umfasst über 100 Seiten in A5 Format- die Nachhaltigkeit muss dabei auch in Frage gestellt werden.

Vor diesem Hintergrund ist zu empfehlen, für kleine Migrantengruppen alternative Strategien zur Bekämpfung der Informationsdefizite zu entwickeln bzw. neue kreative Methoden zu erproben. Beispielsweise wäre eine Webseite bzw. eine APP für kompakte relevante Informationen mit einem webbasierten Übersetzungstool denkbar, sodass die Webseite beim Zugriff in der jeweiligen Sprache gezeigt wird. Oder ein weiteres Beispiel wäre ein individuelles Beratungs- und Betreuungskonzept für kleine Migrantengruppen, was unten beschrieben wird.

Individuelles Betreuungs- und Unterstützungskonzept als Modellprojekt erproben

Es steht nicht zur Debatte, dass Sprachbarrieren die Informationsdefizite und somit die Nicht-Inanspruchnahme befördern. Auf der anderen Seite ist aber auch darüber nachzudenken, ob die Sprache das wesentlichste Problem dabei darstellt: Wäre die Sprache zum großen Teil verantwortlich für die Uninformiertheit, sollte der Informationsstand bei Einheimischen viel besser sein. Aber ein Informationsmangel bezüglich der Pflege ist nicht nur bei Migrantengruppen festzustellen, sondern generell bei allen Betroffenen (Robert Koch-Institut, 2016).

Ein weiterer wesentlicher Unterschied zwischen den Migrantengruppen und Einheimischen soll neben der Sprachfähigkeit in dem Ausmaß liegen, welche Ressourcen ihnen zur Verfügung stehen und inwieweit diese bei Bedarf -beim Eintreten einer Pflegebedürftigkeit- zur Lösung ihrer Probleme aktiviert werden können. In der vorliegenden Studie konnte aber auch bei den asiatischen Interviewten gezeigt werden, dass es einen qualitativen Unterschied bezüglich der Ressourcen zwischen den Interviewten beim Pflegearrangement gab.

Zur Aktivierung der beschränkten Ressourcen von Migrant*innen wäre ein niederschwelliges und auf die Klient*innen zugehendes Beratungs- und Unterstützungsangebot sinnvoll, das die Heterogenität der Lebensgeschichte und des Lebenshintergrundes von Migrant*innen mit beschränkten Ressourcen und ihre ‚situativen‘ Barrieren wie z.B. Schwellenangst bei der Inanspruchnahme oder besondere gruppenspezifische Probleme wie z.B. bei der thailändischen Gruppe berücksichtigt. Hierbei kommt individuellen Betreuungs- und Unterstützungskonzepten eine besondere Bedeutung zu (Klie & Monzer, 2008; Klie, Frommelt & Schneekloth, 2011; Robert Koch-Institut, 2016). Der Versuch ist überlegenswert, bei (kleinen) Migrantengruppen ein Pflegeberatungs- bzw.- Pflegebetreuungsmodell im Sinne eines individuellen Fallmanagements zu erproben, das aber weder auf einer Komm-Struktur noch einem am Empowerment der Klient*innen orientierten Beratungsstil (keine Frage, dann keine Antwort) basiert. Hierfür kann ein Beispiel an einem japanischen Modell eines professionellen ‚Care Managers‘ genommen werden, der eine auf die Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen professionelle individuelle zugehende Betreuung und Beratung anbietet: Dieser erstellt gemeinsam mit den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen einen Pflegeplan, hilft bei der Auswahl von Leistungserbringern und ist für die Qualitätskontrolle verantwortlich (Yong & Saito, 2012).

Es ist darüber hinaus denkbar, dieses Modell in Zusammenarbeit mit den Pflegestützpunkten oder im Sinne der funktionalen Erweiterung der Pflegestützpunkte zu erproben.

Dynamik und Funktionsweise der Nachbarschaftshilfe analysieren, um eine Kooperation mit Initiativen im Pflegebereich zu fördern

Wie im Laufe der Studie zu bemerken war, gibt es eine Vielzahl an (asiatischen) Migrantenorganisationen und Initiativen, die sich im Bereich der Pflege für ihre Landsleute einsetzen und über Ressourcen -das Wissen über Lebenslagen und hiermit verbundene Bedürfnisse sowie über die Zugangsweise und Kommunikationsformen zu Migrantengruppen- verfügen. Ohne Zweifel kommt ihnen als Akteure im Bereich der Pflege eine große Bedeutung zu. Allerdings zeigt die vorliegende Studie, dass eine strukturierte Kooperation der Einrichtungen mit Nachbarschaftshilfen, Initiativen bzw. Migrantenorganisationen nur selten stattfindet, obwohl viele befragte Einrichtungen eine Zusammenarbeit mit ihnen als benötigte Unterstützung für die interkulturelle Öffnung angaben. Daher ist zu empfehlen, Nachbarschaftshilfen und Initiativen zu vernetzen und ins System zu integrieren, um ihre Ressourcen systematisch ausschöpfen zu können und somit eine effektive Zusammenarbeit zu ermöglichen. Für eine erfolgreiche Vernetzung der schwer wahrzunehmenden Nachbarschaftshilfen und Initiativen ist erforderlich, die Dynamik und Funktionsweise der Nachbarschaftshilfen und Initiativen bzw. der Migrantenorganisationen genau zu analysieren.

Zum anderen wurde in der vorliegenden Studie darauf hingewiesen, dass Nachbarschaftshilfen bzw. Initiativen sowohl von Hilfesuchenden als auch von den Einrichtungen meistens nicht als Organisation, sondern als private Person wahrgenommen werden, was eine Kooperation mit den Einrichtungen auf Augenhöhe erschweren mag. Vor diesem Hintergrund ist zu empfehlen, die Nachbarschaftshilfen bzw. Initiativen zum Thema Pflege aber auch für die Relevanz einer Kooperation zu sensibilisieren und zu professionalisieren.

Darüber hinaus ist eine Bedarfsanalyse zu einer bedarfsgerechten kultursensiblen Wohngemeinschaft für Pflegebedürftige ratsam, um die Initiativen unterstützen zu können, mit denen beim Gruppeninterview mit den potentiellen asiatischen Pflegebedürftigen über eine geeignete Wohnform im Pflegefall intensiv diskutiert wurde.

Öffentlichkeitsarbeit der Pflegestützpunkte als erste Anlaufstelle verbessern

Pflegestützpunkte entstanden, um Pflegebedürftige und deren Angehörige mit der Beantragung und dem Pflegearrangement zu entlasten und sie „rund um das Thema der Pflege“ zu beraten. Bei dem vorliegenden Ergebnis wurde jedoch festgestellt, dass der Zugang zu den Pflegestützpunkten auch gewisse Ressourcen von Pflegebedürftigen bzw. ihren Angehörigen voraussetzt und ihre Aufgaben und Funktion nicht richtig wahrgenommen werden. Daher ist zu empfehlen, die Öffentlichkeitsarbeit der Pflegestützpunkte noch mehr zu stärken, damit sie als erste Anlaufstelle wahrgenommen werden. Diesbezüglich ist auch erforderlich, ihre interkulturelle Orientierung bei der Öffentlichkeitsarbeit mehr zu betonen, damit sich Menschen mit Migrationshintergrund bei den Pflegestützpunkten angesprochen fühlen.

Es war in der vorliegenden Studie nicht möglich, in Erfahrung zu bringen, wie viel Prozent der befragten Beratungsstellen Pflegestützpunkte waren. Trotzdem ist darüber hinaus in Bezug auf die interkulturelle Öffnung zu bedenken, dass es bei 82,6% der befragten Beratungsstellen keine Mitarbeiter*innen mit einem Migrationshintergrund gibt.

Interkulturelle Öffnung der Einrichtungen gezielt fördern

Die Interkulturelle Öffnung hat klare und leicht nachvollziehbare Zielsetzungen: Alle öffentlichen Institutionen und Einrichtungen sind für jede Person, unabhängig von ihrem kulturellen Hintergrund, zugänglich und sollen somit allen Mitgliedern der Gesellschaft eine gleichberechtigte Teilhabe in allen Bereichen des alltäglichen Lebens ermöglichen. Es scheint in seinem Selbstverständnis leicht zu erreichen zu sein (Busch, 2014). Allerdings ist festzustellen, dass die interkulturelle Öffnung trotz der gesetzlichen und ethischen Verankerung in der praktischen Umsetzung einen Aufholbedarf aufweist (Aşkın, 2018), was die vorliegende Studie bei den befragten Einrichtungen im Pflegebereich in Berlin auch belegen konnte. Es ist notwendig, die Frage zu stellen, inwieweit die pflegerischen Einrichtungen in Berlin für die interkulturelle Orientierung sensibilisiert sind, die dem Prozess der interkulturellen Öffnung vorausgeht. Die nahezu Dreiviertel der befragten Einrichtungen in der vorliegenden Studie sahen keine wirtschaftliche Bedeutung in der Versorgung der Menschen mit Migrationshintergrund, weshalb ‚mehr Finanzierungsmöglichkeiten‘ als benötigte Unterstützung zur interkulturellen Öffnung am zweit häufigsten genannt worden sein mag. Die Bereitschaft zur interkulturellen Öffnung unterliegt also einem ökonomischen Kalkül (Thum et al., 2017). Außerdem haben viele Einrichtungen derzeit mit einem noch größeren Problem zu kämpfen: Personalmangel im Pflegebereich, über dessen negative Wirkung auf die Qualität der Pflege einige interviewte Pflegebedürftige der vorliegenden Studie ebenfalls berichteten. Vor diesem Hintergrund ist erforderlich, Strategien zu entwickeln, um Einrichtungen einschließlich des Personals bei der interkulturellen Orientierung und bei ihrer Umsetzung in Anbetracht der gegebenen Rahmenbedingungen gezielt zu unterstützen.

Pflegerische Beratungs- und Einrichtungslandschaft: Die Bedeutung von „Freundlichkeit“ sensibilisieren

Die vorliegende Studie zeigt, dass die meisten, dennoch unzureichend, umgesetzten Maßnahmen bezüglich der Organisationsentwicklung zur interkulturellen Öffnung das Angebot von Fortbildungen zur Stärkung der interkulturellen Kompetenz der Mitarbeiter*innen waren. Dabei ist allerdings zu beachten, dass bei vielen Fortbildungen das Konzept der interkulturellen Öffnung auf eine Vermittlung eines Kulturwissens reduziert wird (Busch, 2014). Eine starke Betonung von Fremdheit und kulturellen Differenzen verstärkt eine Stereotypenvorstellung gegenüber der deutschen Mehrheitsgesellschaft (Brzoska et al., 2018; Schirilla, 2016).

Bei den interviewten asiatischen potentiellen Pflegebedürftigen im Gruppeninterview war deutlich, dass bei ihren Bedürfnissen in der Versorgung nicht die Sensibilisierung für ihre kulturellen Besonderheiten im Mittelpunkt stehen, sondern der allgemeine „freundliche“ Umgang des Personals, wobei sich „Schwellenangst bzw. Unfreundlichkeit“ als zentraler Aspekt für Barrieren herausgestellt hat.

Im Vergleich dazu wurde aber auch gezeigt, dass die befragten Einrichtungen die „Angst vor deutschen Institutionen“ eher nicht als Barriere bei der Inanspruchnahme von Angeboten der Menschen mit Migrationshintergrund betrachteten. Es gibt einen gewissen Unterschied in der Wahrnehmung der Barrieren zwischen den befragten Einrichtungen und den interviewten potentiellen Pflegebedürftigen. Es ist daher zu empfehlen, die pflegerische Beratungs- und Einrichtungslandschaft für die Bedeutung von „Freundlichkeit“ im Rahmen des Konzepts der interkulturellen Öffnung zu sensibilisieren. Dies erscheint im Fall der asiatischen Migrant*innen insofern als besonders relevant, als dass die befragten Einrichtungen die Kommunikation mit asiatischen Klient*innen für noch schwieriger hielten als mit Klient*innen mit einem anderen Migrationshintergrund.

Vielfalt der Migrantengruppen berücksichtigen

„Migrantengruppen sind eine sehr heterogene Gruppe“ oder „ihre Heterogenität wird bei der Forschung in Deutschland kaum berücksichtigt“. Diese Aussagen finden sich bei fast allen Studienberichten zum Thema Migration in Deutschland. Einer der wichtigsten Gründe, warum ausgerechnet unterschiedliche kleine asiatische Migrantengruppen in dieser Studie untersucht wurden, liegt darin, dass in den meisten Studien immer wieder nur die größten Migrantengruppen berücksichtigt und die kleinen Migrantengruppen ausgeschlossen werden.

Allein durch die Veröffentlichung der Gruppeninterviews mit den asiatischen Migrantengruppen dieser Studie im Internet traf eine Anfrage ein, dass eine Unterstützung von Landsleuten für eine ältere pflegebedürftige Frau mit asiatischem Migrationshintergrund gesucht wird, weil sie weder formelle noch informelle Hilfe zu bekommen scheint. Anschließend wurden die Expert*innen mit demselben Migrationshintergrund, die am Gruppeninterview dieser Studie teilgenommen haben, über den Fall der Frau informiert und bereiteten auf der Stelle einen Einsatz für diese Person vor. Dies deutet darauf hin, wie wichtig es ist, kleine Migrantengruppen in der Öffentlichkeit sichtbar zu machen. Es ist erforderlich, kleine, vernachlässigte Migrantengruppen trotz des damit verbundenen hohen Aufwands sowohl in der Forschung als auch in der Praxis bewusst in den Blick zu nehmen.

6. LITERATURVERZEICHNIS

- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. *Statistisches Informationssystem Berlin Brandenburg (StatIS-BBB)*. Verfügbar unter <https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/datenbank/inhalt-datenbank.asp>
- Aşkın, B. (2018). Kultursensible Altenhilfe und Pflege in der Migrationsgesellschaft. In B. Blank, S. Gögercin, K. E. Sauer & B. Schramkowski (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft* (S. 681–691). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-19540-3_57
- Baykara-Krumme, H., Motel-Klingebiel, A. & Schimany, P. (2012). Viele Welten des Alterns? Ältere Migrantinnen und Migranten in der Alter(n)s- und Migrationsforschung. Eine Einführung. In H. Baykara-Krumme, P. Schimany & A. Motel-Klingebiel (Hrsg.), *Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland* (Alter(n) und Gesellschaft, Bd. 22, S. 11–42). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; Imprint: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Brzoska, P., Yilmaz-Aslan, Y. & Probst, S. (2018). Umgang mit Diversität in der Pflege und Palliativversorgung am Beispiel von Menschen mit Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 51 (6), 636–641.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2011). *Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2012). *Nationales Gesundheitsziel. Gesund älter werden*.
- Busch, D. (2014). Handlungsorientierungen in Prozessen interkultureller Öffnung. Eine kritische Perspektive. In E. Vanderheiden & C.-H. Mayer (Hrsg.), *Handbuch Interkulturelle Öffnung. Grundlagen, Best Practice, Tools ; mit 15 Tabellen* (S. 69–77). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Carnein, M. & Baykara-Krumme, H. (2013). Einstellungen zur familialen Solidarität im Alter: eine vergleichende Analyse mit türkischen Migranten und Deutschen. *Zeitschrift für Familienforschung*, 25 (1), 29–52.
- Cheng, S. K. (1990). Understanding the culture and behaviour of East Asians– a Confucian perspective. *Aust N Z J Psychiatry*, 24 (4), 510–515.
- Conrad, I. & Riedel-Heller, S. G. (2016). Lebensqualität im Alter. In S. V. Müller & C. Gärtner (Hrsg.), *Lebensqualität im Alter. Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen* (Gesundheit. Politik - Gesellschaft - Wirtschaft, 1. Auflage, S. 39–51). Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-09976-3_3
- Diakonie-Deutschland evangelischer Bundesverband e.V. (2018). *rückenwind – Für die Beschäftigten und Unternehmen in der Sozialwirtschaft*. Zugriff am 05.12.2018. Verfügbar unter <https://www.bagfw-esf.de/ueber-rueckenwind/>
- Dietzel-Papakyriakou, M. (2012). Ein Blick zurück nach vorn: Zwei Jahrzehnte Forschung zu älteren Migrantinnen und Migranten. In H. Baykara-Krumme, P. Schimany & A. Motel-Klingebiel (Hrsg.), *Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland* (Alter(n) und Gesellschaft, Bd. 22, S. 437–447). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; Imprint: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Ellert, U., Lampert, T. & Ravens-Sieberer, U. (2005). Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-8. Eine Normstichprobe für Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 48 (12), 1330–1337.
- Gentner, U. & Kempkes, H.-G. (2014). Interkulturelle Öffnung als Organisationsentwicklung: „In der Welt von heute gibt es nur noch wenige Nicht-Nächste“. In E. Vanderheiden & C.-H. Mayer (Hrsg.), *Handbuch Interkulturelle Öffnung. Grundlagen, Best Practice, Tools ; mit 15 Tabellen* (S. 78–87). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Gladis, S., Kowoll, M. & Schröder, J. (2014). *Versorgungssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in der Pflege (VäMP). Eine Studie im Auftrag Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien, Frauen und Senioren Baden-Württemberg mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung.*
- Haberkern, K. (Hrsg.). (2009). *Pflege in Europa. Familie und Wohlfahrtsstaat* (1. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
<https://doi.org/10.1007/978-3-531-91617-0>
- Hagemann, T. & Vaudt, S. (2012). Strategien und Instrumente der Organisationsentwicklung zur Interkulturellen Öffnung. In C. Griese (Hrsg.), *Interkulturelle Öffnung. Ein Lehrbuch* (Sozialwissenschaften 10-2012, S. 61–77). München: Oldenbourg.
- Heinen, I., van den Bussche, H., Koller, D., Wiese, B., Hansen, H., Schäfer, I. et al. (2015). Morbiditätsunterschiede bei Pflegebedürftigen in Abhängigkeit von Pflegesektor und Pflegestufe: Eine Untersuchung auf der Basis von Abrechnungsdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48 (3), 237–245.
- Henke, O., Mauter, D., Behzadi, A., Bhusal, D., Singh, A., Riedel, T. et al. (2015). „Schmerzen sind eher zu ertragen als das Alleinsein“. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 16 (06), 254–263.
- Kang, S.-Y., Domanski, M. D. & Moon, S. S. (2009). Ethnic Enclave Resources and Predictors of Depression Among Arizona's Korean Immigrant Elders. *Journal of Gerontological Social Work*, 52 (5), 489–502.
- Kim, M. S. (2018). Zwischenergebnisse der Studie zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Altersbilder von asiatischen Senior*innen in Berlin. In Gesellschaft für psychosoziale Gesundheitsförderung bei Migrant*innen (Hrsg.), *Liebe asiatische Senior*innen, wie geht's Ihnen heute? Fachtagbericht* (S. 4–7). Berlin.
- Klie, T., Frommelt, M. & Schneekloth, U. (2011). *Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI. Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse und ergänzende Anmerkungen des GKV-Spitzenverbands zum Evaluationsbericht des AGP Institut für angewandte Sozialforschung, Hans Weinberger-Akademie, TNS Infratest.* Freiburg.
- Klie, T. & Monzer, M. (2008). Case Management in der Pflege - Die Aufgabe personen- und familienbezogener Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und ihre Realisierung in der Reform der Pflegeversicherung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41 (2), 92–105.
- Kofahl, C., Mnich, E., Dogan, M. & Dogan, G. (2012). Die Lebensqualität von Türkinnen und Türken mit Diabetes mellitus 2. In H. Baykara-Krumme, P. Schimany & A. Motel-Klingebiel (Hrsg.), *Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland* (Alter(n) und Gesellschaft, Bd. 22, S. 223–251). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; Imprint: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Kohls, M. (2012). *Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel* (Forschungsbericht 12, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge). Nürnberg.
- Lee, Y.-C. (2008). *Yugyosahoeai paereodaimgwa sahoaeiron*. Seoul: doseochulpan yeomunseowon.
- Mayer, C.-H. & Vanderheiden, E. (2014). Grundlagentexte: Begriffe und Konzepte im Kontext interkultureller Öffnung. In E. Vanderheiden & C.-H. Mayer (Hrsg.), *Handbuch Interkulturelle Öffnung. Grundlagen, Best Practice, Tools ; mit 15 Tabellen* (S. 27–66). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (Beltz Pädagogik, 12., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Moon, J.-S. & Mikami, H. (2007). Difference in subjective well-being between ethnic Korean and Japanese elderly residents in an urban community in Japan. *Geriatrics & Gerontology International*, 7 (4), 371–379.
- Mui, A. C., Kang, S. Y., Kang, D. & Domanski, M. D. (2007). English Language Proficiency and Health-Related Quality of Life among Chinese and Korean Immigrant Elders. *Health & Social Work*, 32 (2), 119–127.
- Nauck, B. (2000). Eltern-Kind-Beziehungen in Migrantenfamilien. ein Vergleich zwischen griechischen, italienischen, türkischen und vietnamesischen Familien in Deutschland. In Sachverständigenkommission 6. Familienbericht (Hrsg.), *Familien ausländischer Herkunft in Deutschland* (S. 347–392). Opladen: Leske und Budrich.
- Neise, M. & Zank, S. (2016). Lebensqualität. In S. V. Müller & C. Gärtner (Hrsg.), *Lebensqualität im Alter. Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen* (Gesundheit. Politik - Gesellschaft - Wirtschaft, 1. Auflage, S. 3–22). Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-09976-3_1
- Neumann, D. (2014). *Einflussfaktoren auf Pflegearrangements in Privathaushalten*.
- Okken, P.-K., Spallek, J. & Razum, O. (2008). Pflege türkischer Migranten. In U. Bauer & A. Büscher (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und Pflege* (S. 396–422). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91014-7_17
- Pflegestützpunkte Berlin. Zugriff am 12.12.2018. Verfügbar unter <https://www.pflegestuetzpunkteberlin.de/index.php/informationsblaetter>
- Robert Koch-Institut. (2016). Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst, 6 (3).
- Schäfer-Walkmann, S. & Traub, F. (Hrsg.). (2017). *Evolution durch Vernetzung. Beiträge zur interdisziplinären Versorgungsforschung* (Edition Centaurus - Perspektiven Sozialer Arbeit in Theorie und Praxis). Wiesbaden: Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-14809-6>
- Schilder, M. (2012). Interkulturelle Öffnung in der ambulanten und stationären Altenpflege/-hilfe. In C. Griese (Hrsg.), *Interkulturelle Öffnung. Ein Lehrbuch* (Sozialwissenschaften 10-2012, S. 201–223). München: Oldenbourg.
- Schirilla, N. (2016). *Migration und Flucht. Orientierungswissen für die Soziale Arbeit*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Schopf, C. & Naegele, G. (2005). Alter und Migration. ein Überblick. *Z Gerontol Geriat*, 38 (6), 384–395.
- Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen. (2014). *Interkulturelle Altenhilfe in Berlin Interkulturelle Altenhilfe in Berlin. Empfehlungen für eine kultursensible Pflege Empfehlungen für eine kultursensible Pflege älterer Migrantinnen und Migranten älterer Migrantinnen und Migranten*. Berlin.
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales. (2013). *Leitlinien der Berliner Seniorenpolitik*. Berlin.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung. (2016). *Was ist, wenn ... ? 24 Fragen zum Thema Häusliche Pflege*. Berlin.
- Son, G.-R. & Kim, H.-R. (2006). Culturally Familiar Environment among Immigrant Korean Elders. *Research and Theory for Nursing Practice* (20), 159–171.
- Sorkin, D. H., Nguyen, H. & Ngo-Metzger, Q. (2011). Assessing the Mental Health Needs and Barriers to Care Among a Diverse Sample of Asian American Older Adults. *Journal of General Internal Medicine*, 26 (6), 595–602.
- Tebest, R., Mehnert, T., Nordmann, H. & Stock, S. (2015). Angebot und Nachfrage von Pflegestützpunkten. Ergebnisse der Evaluation aller baden-württembergischen Pflegestützpunkte. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48 (8), 734–739.
- Tezcan-Güntekin, H. & Breckenkamp, J. (2017). Die Pflege älterer Menschen mit Migrationshintergrund. *GGW*, 17 (2), 15–23. Zugriff am 15.07.2018.
- Tezcan-Güntekin, H., Breckenkamp, J. & Razum, O. (2015). Pflege und Pflegeerwartungen in der Einwanderungsgesellschaft. Expertise im Auftrag der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Zugriff am 01.10.2018.
- Thum, M., Delkic, E., Kemnitz, A., Kluge, J., Marquardt, G., Motzek, T. et al. (2017). *Auswirkungen des demografischen Wandels im Einwanderungsland Deutschland : Studie im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Gesprächskreis Migration und Integration*.
- Ulbrecht, G., Gräßel, E., Nickel, F. & Kolominsky-Rabas, P. (2018). Niedrigschwellige Beratungsangebote bei Demenz : Qualitätskriterien aus Sicht der Leistungserbringer. *Der Nervenarzt*, 89 (5), 516–523.
- Weisz, J. R. (1990). Development of control-related beliefs, goals, and styles in childhood and adolescence. A clinical perspective. *Self-directedness: Cause and effects throughout the life course*, 103–145.
- Wolf-Ostermann, K., Worch, A., Fischer, T., Wulff, I. & Gräske, J. (2012). Health outcomes and quality of life of residents of shared-housing arrangements compared to residents of special care units - results of the Berlin DeWeGE-study. *Journal of clinical nursing*, 21 (21-22), 3047–3060.
- Yilmaz-Aslan, Y., Brzoska, P. & Razum, O. (2012). Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund. In Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.), *Altern in der Migrationsgesellschaft* (S. 38–41).
- Yong, V. & Saito, Y. (2012). National Long-Term Care Insurance Policy in Japan a Decade after Implementation: Some Lessons for Aging Countries. *Ageing International*, 37 (3), 271–284.

- Zeman, P. (2006). *Ältere Migranten in Deutschland. Befunde zur soziodemographischen, sozioökonomischen und psychosozialen Lage sowie zielgruppenbezogene Fragen der Politik- und Praxisfeldentwicklung. Expertise im Auftrag des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge*. Berlin.
- Zeman, P. (2012). Ältere Migrantinnen und Migranten in der Altenhilfe und kommunalen Alternspolitik. In H. Baykara-Krumme, P. Schimany & A. Motel-Klingebiel (Hrsg.), *Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland (Alter(n) und Gesellschaft*, Bd. 22, S. 449–465). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; Imprint: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Zimmermann, H.-P. (2012). Altersbilder von türkischen Migrantinnen und Migranten in Deutschland im Vergleich. In H. Baykara-Krumme, P. Schimany & A. Motel-Klingebiel (Hrsg.), *Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland (Alter(n) und Gesellschaft*, Bd. 22, S. 315–337). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; Imprint: VS Verlag für Sozialwissenschaften.