

PFLEGESTÜTZPUNKTE IN BERLIN UND BRANDEN- BURG | Bekanntheitsgrad und Kultursensibilität

Ingrid Kollak; Stefan Schmidt

Zusammenfassung | Sprachliche Barrieren werden oft als zentrale Hemmnisse für eine Öffnung sozialer Dienste gesehen. Diese Problemdefinition ist verkürzt, wie wir durch zwei Studien herausfanden. Wir untersuchten in Berlin und Brandenburg den allgemeinen Bekanntheitsgrad von Pflegestützpunkten und im Besonderen deren multikulturelle Beratungsangebote.

Abstract | Language barriers are often regarded as a significant obstacle to the intercultural opening of social services. In two studies, we found that this problem definition is incomplete. Within the framework of our research, we investigated the awareness of care support points among the population of Berlin and Brandenburg in general and of multicultural counselling services in particular.

Schlüsselwörter ► Pflegebedürftigkeit
► Beratungsstelle ► Handlungskompetenz
► interkulturell ► Pflegestützpunkt

1 Interkulturelle Öffnung – für wen und wie? | Wenn über interkulturelle Öffnung gesprochen wird, dann werden gemeinhin die Adressatinnen und Adressaten, denen eine solche Öffnung zugute kommen soll, wenig genau bestimmt. Es ist von Menschen mit Migrationshintergrund die Rede, doch diese Gruppe ist keinesfalls einheitlich. Um dies zu verdeutlichen, sehen wir uns darum zunächst den Begriff „Migration“ an. Mit ihm wird eine räumliche Bewegung zur Veränderung des Lebensmittelpunkts von Individuen oder Gruppen innerhalb eines Landes (Binnenmigration) oder über die Landesgrenzen hinweg (internationale Migration) definiert. Migration kann freiwillig oder aus ökonomischen, politischen, individuellen oder sozialen Gründen unfreiwillig erfolgen. Rechtlich werden in Deutschland unter dem Begriff der Migranten Spätaussiedler, Werkvertrags- und Saisonarbeiter, Kriegs- und Bürgerkriegsflüchtlinge, EU-Binnenmigranten, jüdische Migranten aus der ehemaligen UdSSR, Zuwanderer mit zeitlich

begrenztem Aufenthalt (Studium, Praktikum, Ausbildung etc.) sowie zurückkehrende deutsche Staatsbürger erfasst (Kollak 2012, S. 557).

2 Migrationshintergrund | Bereits an der Auflistung dieser unterschiedlichen Gruppen wird deutlich, dass viele Personen fehlen, die von einer Öffnung der Pflegeberatung profitieren sollen. Es geht um Menschen, die hier geboren sind, aber pflegebedürftige Eltern oder Großeltern haben, die oft als Arbeitsmigrantinnen und -migranten eingewandert sind. Diese Gruppe ist groß und wächst beständig. So hatte bereits 2005 jeder fünfte Bundesbürger einen direkten, durch Mutter oder Vater beziehungsweise indirekten, zum Beispiel durch die Großeltern vermittelten Migrationshintergrund. 27,2 Prozent der 7- bis 25-Jährigen haben einen Migrationshintergrund, bei den Kindern unter sechs Jahren ist es bereits jedes Dritte und die Tendenz ist steigend (Kollak 2012, S. 558). Die Bevölkerung wird in ihrer Abstammung zunehmend „internationaler“, was angesichts der aktuellen ökonomischen Krisensituation in Europa und der innereuropäischen Migration nicht verwundert.

Ähnlich den jungen Menschen, die heute aus ökonomischen Gründen nach Deutschland kommen, taten dies in den 1970er-Jahren junge Türiinnen und Türiken. Sie haben mittlerweile ihr Arbeitsleben in Deutschland verbracht und lassen die Gruppe der über 60-Jährigen Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund stark wachsen. Diese älteren Migrantinnen und Migranten haben gesundheitliche Probleme, die häufig auf den hohen körperlichen Verschleiß durch ihre Arbeit zurückzuführen sind, sowie psychosomatische Erkrankungen, die Ausdruck ihrer jahrelangen Entwurzelung aus der alten und der fehlenden Verwurzelung in ihrer neuen Heimat sind. Zudem haben ihre Lebens- und Arbeitsverläufe häufig zu Lücken in der Krankheits- und Altersversorgung geführt. Vor diesem Hintergrund ist eine Pflegeberatung sicher nützlich, aber keinesfalls leicht. Wie wir mit unserer Studie gezeigt haben, werden in den Pflegestützpunkten die Pflegebedürftigen oder Ratsuchenden mit Migrationshintergrund bislang noch viel zu selten als eigene Gruppe verstanden und beworben.

3 Informiertheit der Bevölkerung | Mit der Öffnung sozialer Dienste werden oft und zuerst sprachliche Barrieren gemeint. Doch diese Problemdefinition greift zu kurz, denn am Anfang steht die

Jahrhundertchance

100 Jahre! Diese früher fast märchenhafte Zeit- und Lebensspanne rückt für uns, und noch mehr für die Generation der heutigen Kinder und Jugendlichen inzwischen ins Blickfeld ganz realistischer Lebenserwartung. Eine großartige Chance, und so viele wunderbare Gelegenheiten für ein gelingendes Leben!

Wie hoffnungsvoll heute die Perspektiven für die meisten Menschen in Europa und vielen weiteren Ländern sind – und wie schrecklich Hoffnungen und Möglichkeiten auch scheitern können, werden uns im diesem Jahr wohl unzählige Rückblicke auf den Beginn des Ersten Weltkriegs im Sommer 1914 vor Augen führen. Wir können uns nur wünschen, dass es den alten und neuen Medien in diesem Jahr gelingt, gerade den jüngeren Menschen eindrucksvoll und „packend“ klar zu machen, wie schnell es mit Ländern und kultivierten Gesellschaften bergab gehen kann, wenn Egoismen jeglicher Art die Überhand gewinnen, etwa als Nationalismus, Rassismus oder enthemmter Kapitalismus.

Frieden und Gerechtigkeit sind Werte, die jeden Tag und von jeder Generation aufs Neue errungen und bewahrt werden müssen. Diese Verantwortung lebendig zu halten, ist heute umso wichtiger, da immer mehr Menschen, die in Deutschland und vielen anderen Ländern in Verantwortung hineinwachsen, den Schrecken unfreier, Menschen verachtender und zerstörerischer Systeme nicht aus eigenem Erleben kennen.

Die Aufgabe, aus Erinnerung zu lernen, liegt aber nicht nur bei den „nachwachsenden“ Generationen, sondern entscheidend auch bei den heute schon Verantwortlichen und „Mächtigen“: Wer einerseits vor den Gefahren einer „Lost Generation“ warnt, andererseits aber nicht alles in seiner Macht Stehende tut, Kindern und Jugendlichen aus der Verlorenheit herauszuhelfen, etwa aus der erschreckend hohen Jugendarbeitslosigkeit in vielen europäischen Staaten, der Bildungsarmut auch in Deutschland oder der zunehmenden Armutsmigration, der hat seine eigene Lektion aus den Katastrophen von 1914, 1933 und 1939 nicht gelernt. Die Jahrhundertchance wartet – täglich.

Burkhard Wilke
wilke@dzi.de

eigene Haltung. Es ist entscheidend, welche Einstellung Fachkräfte zur eigenen Arbeit und zu den Menschen, die diese Arbeit als Dienst in Anspruch nehmen, haben. Die Haltung drückt sich nicht nur sprachlich, sondern ebenso in den Umgangsformen und im Arbeitsethos aus. Auch kommt es auf einen leichten und für alle verständlichen Zugang zu der angebotenen Dienstleistung an. Das heißt, Dienste müssen bekannt sein, wenn sie nachgefragt werden sollen, und verstanden werden, damit Menschen ihren Nutzen erkennen und Fragen stellen können. Um diese beiden Themen ging es in unseren Untersuchungen. Zunächst stellen wir einige Ergebnisse der Studie zur Bekanntheit von Pflegestützpunkten vor.

4 Bekanntheit von Pflegestützpunkten |

„Kennen Sie Pflegestützpunkte?“ Mit dieser Frage eröffnete eine Gruppe Studierender der Alice Salomon Hochschule (ASH) in Berlin eine Umfrage zur Bekanntheit von Pflegestützpunkten (PSP) in zwei Berliner Großbezirken (Pankow und Mitte). Die Datenerhebung fand im November und Dezember 2011 statt, 171 Passantinnen und Passanten, die auf öffentlichen Plätzen angesprochen wurden, gaben Auskunft. Obwohl das Gesetz zum Aufbau von Pflegestützpunkten 2008 erlassen wurde und sich der Aufbau seit 2009 in Berlin und Brandenburg gut entwickelt, gaben nur sechs der Befragten an, PSP zu kennen. Wie sich bei weiterem Nachfragen herausstellte, wurden „Pflegestützpunkte“ von den Befragten häufig mit „ambulanten Pflegediensten“ verwechselt, denn 117 Befragte erwarteten pflegerische Unterstützung. Außerdem wollten 136 der 171 Befragten zu Hause beraten werden (Kollak; Schmidt 2012). Unsere Befragung wurde bisher nur in deutscher Sprache durchgeführt. Doch bereits die Befragung von Personen, die Deutsch als Muttersprache sprechen, zeigte, wie unklar die Bezeichnung „Pflegestützpunkt“ ist.

5 Zugang zu den Pflegestützpunkten |

Bei unserer Umfrage votierten mit 136 der 171 befragten Passantinnen und Passanten knapp 80 Prozent für eine aufsuchende Beratung. Betagten Menschen, denen es an Mobilität fehlt, weil sie schlecht sehen, nicht mehr gut laufen oder sich nur mühsam orientieren können, fällt es schwer, einen Pflegestützpunkt aufzusuchen. Eine ausschließlich aufsuchende Beratung gibt es nur für privat Versicherte. Sie können eine gebührenfreie Telefonnummer anrufen und einen Beratungstermin in ihrer Häuslichkeit ausmachen.

Weiter zeigte sich in unserer Umfrage, dass auch deutschsprachige Menschen nur wenig über Pflegestützpunkte und deren Aufgaben wissen. Bislang gibt es nur wenig Werbung für die Pflegestützpunkte und es kommt hinzu, dass von Bundesland zu Bundesland unterschiedliche und teils missverständliche Logos für sie verwendet werden. Das Berliner Logo für die Pflegestützpunkte zeigt beispielsweise drei Sirtakitanzende Männer und weist große Ähnlichkeit mit dem Logo eines griechischen Restaurants in der Nähe der Alice Salomon Hochschule auf. Es ist also insgesamt schwierig, Pflegestützpunkte zu erkennen und Informationen über sie zu erhalten. Man kann sich leicht vorstellen, wie viel schwieriger der Zugang wird, wenn Unsicherheit im Umgang mit öffentlichen Einrichtungen und Behörden sowie fehlende Deutschkenntnisse hinzukommen.

6 Rechtsanspruch | Seit dem 1. Januar 2009 besteht für Menschen, die Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten, diese beantragt haben und ein erkennbarer Hilfebedarf besteht, ein Recht auf Pflegeberatung nach § 7a des Sozialgesetzbuchs XI. Diese Pflege- und Sozialberatung soll umfassend, kostenfrei und unabhängig erfolgen, sie soll mithilfe des Care und Case Managements erfolgen und eine umfassende Koordinierung aller für die Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden Hilfs- und Unterstützungsangebote sowie die Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote umfassen.

7 Zugangsbarrieren für Menschen mit Migrationshintergrund | Die Zugangsbarrieren bei der Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund hat Stefan Gaitanides umfassend beschrieben. Wir beziehen unsere Ausführungen auf einen Vortrag, den er 2008 an der ASH gehalten hat. Er benannte folgende Barrieren der Ratsuchenden: wenig Vertrauen in soziale Einrichtungen wie Schule, Jugendamt, Einwohnermeldeamt, Krankenhäuser – und auch Pflegestützpunkte ließe sich ergänzen. Weiter nannte er Unsicherheit im Umgang mit unangenehmen und heiklen Themen, wie zum Beispiel im Umfeld von psychischen Erkrankungen, Ängste, sich nicht verständlich machen zu können und schlechte Erfahrung in der Kommunikation mit öffentlichen Stellen (Gaitanides 2008, S. 38 f.). Bei den Ratgebern machte Gaitanides Verunsicherung und Abwehr aus, die mit Routine oder Aggression kompensiert

werden können. Auch die Angst vor Kompetenzverlust ist für die Ratgebenden ein Thema. Sie fühlen sich insgesamt verunsichert und abgewertet, wenn sie in einer ganz konkreten Situation scheitern. Sie gehen dieser Verunsicherung nicht nach, sondern schützen sich durch Abwehr, die sie hinter der Fassade „wir behandeln alle gleich“ verstecken (Gaitanides 2008, S. 40 f.).

Um diese Art von Barrieren ging es in unserer zweiten Studie. Wie offen sind Pflegestützpunkte, um alle möglichen und unterschiedlichen Ratsuchenden professionell und empathisch zu beraten? Wie gut sind die Informationen zugänglich? Wie (selbst-)reflektiert schätzen Befragte ihr Beratungsangebot ein?

8 Die Offenheit der Pflegestützpunkte |

Berliner und Brandenburger Pflegestützpunkte wurden im Mai und Juni 2012 zu ihrem multikulturellen Beratungsangebot befragt. Diese Befragung fand im Rahmen einer Untersuchung durch ein Studienteam¹ der Alice Salomon Hochschule statt. Alle Pflegestützpunkte Berlins (26 PSP) und Brandenburgs (19 PSP) wurden angerufen und danach befragt, in welchen Sprachen sie beraten können, welche Informationsmaterialien in welchen Sprachen vorliegen und ob sie Veränderungen der Serviceleistungen planen.

Um keine „sozial erwünschten“, sondern im Hinblick auf Nutzerinnen und Nutzer aussagekräftige Antworten zu erhalten, nannten die Anrufenden nur ihren Namen und ihren Beruf – Gesundheits- und Krankenpflegerin beziehungsweise -pfleger – und gaben an, eine Frage bezüglich eines Patienten oder einer Patientin mit Migrationshintergrund zu haben. Die Antworten der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater wurden während des Telefonats protokolliert und anschließend vervollständigt. Da die Fragen offen formuliert waren, gab es sowohl statistisch erschließbare Daten als auch Meinungsäußerungen, die wir inhaltsanalytisch ausgewertet haben.

9 Stichprobe | Alle 45 zurzeit in Berlin und Brandenburg existierenden PSP wurden erreicht. Insgesamt gaben 45 Personen Auskunft. Unter den befragten Beratungspersonen stellten die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter mit 62 Prozent die größte Berufsgruppe dar, gefolgt von den Pflegefachkräften und Sozialversicherungsfachangestellten (Tabelle 1).

¹ Wir danken den Studierenden Anne Blaffert, Marcus Gentsch, Dennis Schomburg und Dajana Ziegler für die Unterstützung bei der Datenerhebung.

Tabelle 1: Stichprobe und Charakteristika der Untersuchungsgruppe nach Geschlecht, Qualifikation und Bundesland

	Berlin (N=26)	Brandenburg (N=19)	Gesamt
weiblich	25	16	41
männlich	1	3	4
Sozialarbeiterin, Sozialarbeiter	19	9	28
Pflegefachkraft	1	9	10
Sozialversicherungsangestellte	6	1	7

Tabelle 2: Übersicht der Beratungssprachen

Beratungssprachen	Berlin (N=26)	Brandenburg (N=19)
nur in deutscher Sprache	15 (58%)	16 (84%)
in Deutsch und notfalls Englisch	3	2
in Deutsch und Englisch	5	–
in Deutsch und Russisch	–	1
in Deutsch und Türkisch ²	1	–
in Deutsch, Englisch, Russisch und Französisch	1	–
in Deutsch, Spanisch, Englisch, Französisch und Portugiesisch	1	–

10 Angebotene Beratungssprachen | Wie Tabelle 2 zeigt, wird in 15 der 26 Berliner Pflegestützpunkten und 16 der 19 Pflegestützpunkten in Brandenburg ausschließlich in deutscher Sprache beraten. Fünf der befragten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater führten Grundkenntnisse in Englisch an und gaben an, „im Notfall“ auch in Englisch beraten zu können. Fünf Berliner Befragte sagten, Beratungsgespräche auch in englischer Sprache führen zu können. In Brandenburg gab eine Pflegeberaterin an, Beratungen in russischer und deutscher Sprache anbieten zu können. In einem Berliner Pflegestützpunkt wurde Türkisch als Beratungssprache angegeben. Die Beratung erfolgt dann mithilfe eines kooperierenden Dolmetscherdienstes. In zwei Berliner Pflegestützpunkten war eine Beratung in mehreren Sprachen möglich.

11 Sprachen der vorliegenden Informationsmaterialien | In drei der 26 Berliner PSP lagen Informationsmaterialien nur in deutscher Sprache vor. Die meisten Berliner Pflegestützpunkte verwiesen auf vorhandene Materialien in türkischer Sprache, die zumeist über die Homepage kostenfrei heruntergeladen werden können. In fünf Pflegestützpunkten lagen Broschüren zusätzlich in Russisch sowie in einem Pflegestützpunkt in Polnisch vor. In Brandenburg bot nur ein Pflegestützpunkt Informationsmaterialien in rus-

sischer und polnischer Sprache an. In allen anderen Pflegestützpunkten gab es ausschließlich Materialien in deutscher Sprache (18 von 19 PSP).

12 Geplante Veränderungen | 43 der 45 Befragten gaben an, dass keine Veränderungen geplant sind. Am häufigsten wurde die Frage nach geplanten Veränderungen einfach verneint (30 Mal). Die Antworten „kein Bedarf“ oder „seltene Nachfrage“ wurden elf Mal als Begründung angegeben. Zwei Mal wurde gesagt, dass keine weiteren Veränderungen geplant seien, weil keine neuen Vorgaben „vom Senat“ oder „vom Ministerium“ vorlägen. In Brandenburg gab eine Pflegeberaterin an, dass über eine Veränderung diskutiert würde. Es werde erwogen, Informationsmaterial auch in polnischer und russischer Sprache auszulegen. In einem Berliner Pflegestützpunkt wurden ganz allgemein Veränderungen vermutet.

13 Sprachraum Berlin | Der Bericht des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg vom 30. Juni 2012 macht die Diskrepanz zwischen Angebot und Nachfrage deutlich. Von den Einwohnerinnen und Einwohnern Berlins, die über 65 Jahre alt und nicht deutscher Herkunft sind, kommen die meisten aus der Türkei (15 162). Dann folgen Menschen aus Polen (2 093), Kroatien (1 946), Serbien (1 861) und Griechenland (1 494) (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2012). Die Zahlen machen deutlich, in welchen Sprachen

außer Deutsch beraten werden müsste. Die Pflegestützpunkte können diesen Bedarf zum aktuellen Zeitpunkt nicht decken und leider auch kein entsprechendes schriftliches Informationsmaterial anbieten. Dieser Umstand ist vor allem deshalb diskussionswürdig, weil von den Interviewten kein Änderungsbedarf gesehen wird.

Beratungsgespräche können sicherlich nicht jederzeit in jeder erforderlichen Sprache angeboten werden. Aber die Statistiken der Bundesländer sind frei zugänglich und machen deutlich, mit welchem Bedarf gerechnet werden kann. Dolmetscherdienste für alle Sprachen sind vorhanden. Warum gehören sie nicht selbstverständlich zum Netzwerk von Pflegestützpunkten? Dolmetscherinnen und Dolmetscher könnten auch für die Übersetzungen der Informationsmaterialien herangezogen werden. Auf längere Sicht ist es zudem gut, wenn Beraterinnen und Berater mit Migrationshintergrund in den Pflegestützpunkten mitarbeiten. Doch damit sie in den PSP eingestellt werden, braucht es Einsicht in die Notwendigkeit und entsprechende politische Entscheidungen. Wie es darum steht, ist den weiteren Antworten auf unsere Fragen zu entnehmen.

14 Der Bedarf an multikulturellen Angeboten

Im Verlauf der Telefonate bekundeten die befragten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sehr unterschiedliche Einstellungen zu multikulturellen Angeboten und den damit einhergehenden Aufgaben. Das Spektrum der Antworten reichte von offen aggressiv und abweisend bis hin zu zugewandt und hilfsbereit. Wir haben die Ergebnisse nach Antworten typisiert, die

- ▲ völliges Unverständnis und Ablehnung ausdrücken;
- ▲ Unverständnis beziehungsweise Gleichgültigkeit erkennen lassen, aber Verweise auf andere Angebote beinhalten;
- ▲ ein allgemeines Verständnis für die Problematik erkennen lassen;
- ▲ zeigen, dass Verständnis vorhanden ist, und konkrete Lösungsvorschläge beinhalten.

14-1 Völliges Unverständnis und Ablehnung

| Unverständnis und Ablehnung zeigten sich vor allem dadurch, dass ausschließlich auf der Ebene der Sprache argumentiert wurde. Wer nicht deutsch spreche, trage „eben ein Risiko“. Noch krasser antwortete eine Befragte, die sagte: „Die Amtssprache

ist immer noch Deutsch.“ Eine andere Pflegeberaterin meinte: „Ich bin froh, dass ich meine eigene Sprache sprechen kann.“ Diese Äußerungen zeigen, wie wenig Verständnis vorliegt, um überhaupt erst einmal einem Menschen und seiner Lage Aufmerksamkeit schenken und Empathie zeigen zu können. Diese ablehnende Haltung wurde in dieser Gruppe der Befragten unverhohlen zum Ausdruck gebracht.

Manchmal wurde diese Haltung mit dem Hinweis auf die ansonsten anfallende Arbeit erklärt: „Anderssprachige Beratungen würden mordsmäßig Arbeit bedeuten, um das alles zu übersetzen.“ Eine weitere Art der Rationalisierung der eigenen Ablehnung bestand darin, sich für nicht zuständig zu erklären. Dazu sagte eine Pflegeberaterin: „Beratungen finden nur für diejenigen statt, die in die Pflegekassen eingezahlt haben. Wer in Pflegekassen eingezahlt hat, kann auch Deutsch. Für Immigranten ist die Ausländerbehörde zuständig.“ Mit dem Hinweis auf mögliche Komplikationen äußerte eine andere Beraterin, man wolle nicht „zweigleisig fahren und keine Beratung in russischer Sprache anbieten.“

Das Standardargument für Ablehnung oder fehlendes Interesse war die angeblich fehlende Nachfrage: „Ich sehe bei uns keinen Bedarf. Bisher waren keine ausländischen Kunden zur Beratung gewesen.“ Doch wer seine Beratungsdienste nicht anbietet, sondern sich völlig ablehnend präsentiert, wird unmöglich mit einer Nachfrage rechnen können. In diesem Zusammenhang soll noch ein Berliner Pflegestützpunkt erwähnt werden, der nach telefonischer Auskunft ausschließlich in deutscher Sprache berät und keine Veränderungen plant, auf seiner Webseite aber die „multikulturelle Öffnung“ als ein besonderes Angebot aufführt.

14-2 Unverständnis und Gleichgültigkeit mit Verweis auf andere Angebote

| Eine ähnlich abweisende Haltung kam darin zum Ausdruck, sich selbst nicht für zuständig zu erklären und Ratsuchende wegzuschicken. Auf die Frage, ob sie mehrsprachig beraten, verwies diese Gruppe der Befragten auf andere Einrichtungen: „[...] suchen sich eigene Pflegedienste in ihrer Muttersprache und lassen sich dort beraten.“ Aus dieser Gruppe wurde auch auf Lösungen verwiesen, die von den Betroffenen selbst gefunden wurden: „Es wird in deutscher Sprache beraten und meistens bringen Fremdsprachige einen eigenen

Dolmetscher mit.“ Diese Antworten zeigen, dass die Problemlösung keinesfalls als eigene Aufgabe gesehen wird. Das Verständnis reicht nicht einmal so weit, dass ein alternativer Beratungsort konkret benannt werden konnte. Erst recht interessierte es die Befragten nicht, wer sich um einen Dolmetscherdienst kümmern und wer ihn bezahlen soll. Die Lösung derartiger Probleme wird daher nicht als Aufgabe gesehen. Eine Befragte hoffte auf Materialien und Angebote durch das „zuständige Ministerium“. Dabei wurde durchaus eingesehen, dass eine mehrsprachige Beratung in Zukunft angeboten werden muss. Auch hier wurde zum Ausdruck gebracht, dass die Lösung „von oben“ erwartet. So wurde vermutet, dass „der Bedarf in Brandenburg sicherlich auch steigen wird“. Und man hoffte, dass „das Ministerium hier auch Broschüren in mehreren Sprachen drucken und zur Verfügung stellen müsste“. Es ist jedoch anzunehmen, dass ein Ministerium schneller reagiert, wenn der Bedarf von den Stützpunkten deutlich formuliert wird.

14-3 Verständnis für multikulturelle Angebote | Einige Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sahen durchaus einen Bedarf für multikulturelle Angebote. Dabei ist es erfreulich, dass „multikulturell“ keinesfalls nur auf die Herkunft, sondern auch auf die unterschiedlichen Lebensweisen oder die existierenden Lebensbedingungen bezogen wird. So äußerte sich eine Gruppe der Befragten zustimmend zur Notwendigkeit, mehrsprachig beraten zu können, verwies aber darauf, wenig Erfahrung mit multikulturellen Angeboten zu haben: „Im Grundsatz gilt, dass jeder die Möglichkeit erhalten muss, ob sprachliche Barrieren oder körperliche Behinderungen, eine Beratung zu erhalten.“ Aber auch in dieser Gruppe gab es immer wieder Hinweise auf fehlende Bedarfe.

Ohne eine konkrete Hilfe benennen zu können, sagte eine Beraterin immerhin: „Der Pflegestützpunkt würde dann alle Maßnahmen treffen, um eine Beratung zu ermöglichen.“ Eine andere Pflegeberaterin verwies ganz allgemein und abstrakt auf einen Beratungsauftrag, der aber die konkrete Situation auszu-schließen scheint: „Hier ist der Stützpunkt dann in der Verantwortung, alles zu ermöglichen, um eine Beratung durchführen zu können, und muss dann alle Maßnahmen einleiten, um eine Beratung sicherzustellen. Auch bei Gehörlosen und körperlich Behinderten.“ Ein Anzeichen dafür, Verbesserungen im Beratungsangebot auch als Teil der eigenen Auf-

gaben zu begreifen, zeigte die Auskunft einer weiteren Pflegeberaterin. Sie sah die Notwendigkeit, „dringend die Öffentlichkeitsarbeit“ zu verbessern, um Ratsuchende besser erreichen zu können. Sie meinte „Informationsmaterialien in anderen Sprachen wären eine gute Idee“.

14-4 Bemühen um multikulturelle Beratung | In die vierte Kategorie haben wir die Antworten jener interviewten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater eingeordnet, die nicht nur allgemeines Verständnis äußerten, sondern sich auch bemühten, konkrete Lösungsvorschläge zu machen. Zwei Interviewte sagten zu, innerhalb von wenigen Tagen zusätzlich einen Dolmetschdienst zu organisieren. Mit dessen Unterstützung könne dann „eine Beratung in allen Sprachen gewährleistet werden“.

Dass es in erster Linie nicht um ein sprachliches Problem geht, zeigt die Auskunft eines Pflegeberaters. Er sagte, dass alle Hilfe- und Ratsuchenden beraten würden und er und seine Kolleginnen sich mit allen verständigten, notfalls gäbe es dann eben eine Beratung „mit Händen und Füßen“. Diese Antwort unterstreicht, dass eine Kontaktaufnahme überhaupt nur möglich wird, wenn jemand seine Aufgabe erkennt und Empathie zeigt. Das ist ein wesentlicher erster Schritt.

15 Diskussion und Fazit | Die Ergebnisse der Befragung machen deutlich, dass Änderungen einerseits auf der Systemebene und andererseits auf der individuellen Ebene stattfinden müssen, damit Pflegestützpunkte ihren Beratungsauftrag umfassend wahrnehmen können. Die Träger der Pflegestützpunkte sind in der Pflicht, Informationsmaterialien und Broschüren in weiteren Sprachen bereitzustellen. Dieses Material sollte im Internet abrufbar sein oder in den Beratungsstellen abgeholt werden können. Eine gute Vernetzung der Pflegestützpunkte mit Übersetzungsdiensten, Vereinen und Beratungsstellen von Migrantinnen und Migranten sollte geschaffen werden. Diese können hinzugezogen werden, um Beratungen in anderen Sprachen zu ermöglichen und das Angebot zu erweitern. Die Mitarbeitenden von Pflegestützpunkten sollten für die beschriebenen Beratungssituationen geschult und mehr Beraterinnen und Berater mit Migrationshintergrund sollten ausgebildet werden. Weiterbildungsangebote hierzu sind vorhanden. In diesen

Schulungen gilt es, das Verständnis für die individuellen Lebenssituationen älterer Menschen, für ihre Biographien und ihr Umfeld zu verbessern.

Auf individueller Ebene wäre zu wünschen, dass mehr Pflegeberaterinnen und Pflegeberater Verständnis und Interesse für multikulturelle Angebote zeigen. Beraterinnen und Berater, die meinen, dass ihr Aufgabenbereich nicht alle Ratsuchenden umfasst („Wer kein deutsch spricht, bekommt auch keine Beratung“), haben den falschen Beruf gewählt und werden für Arbeiten bezahlt, die sie erledigen müssen, aber nicht machen wollen.

Wenn Menschen mit Migrationshintergrund als „ausländische Kunden“ gesehen werden, die wenig Beratungsbedarf haben, dann liegt das am fehlenden Angebot einiger Pflegestützpunkte. Wenn die Haltung eher dahin tendiert, Angebote nicht zu erweitern und nicht jedem Menschen eine Beratung zu garantieren, obwohl der rechtliche Anspruch vorliegt, wird sich wenig an der Nachfrage ändern.

16 Erste Schritte | Berliner Pflegestützpunkte haben einen Anfang gemacht: Von ihrer Website³ können Informationsbroschüren in Türkisch zu unterschiedlichen Themengebieten kostenfrei heruntergeladen werden. So können zentrale Informationen zum Beispiel zur Pflegeversicherung, zu Pflegehilfsmitteln, zur Verbesserung des Wohnumfelds oder zur rechtlichen Betreuung eingesehen und unterstützend für Beratungen eingesetzt werden. Dies ist immerhin ein Anfang, der aber noch nicht ausreicht, um Hilfe und Rat suchende Menschen in ihrer Muttersprache zu informieren.

Erste Pflegestützpunkte, die sich mit Dolmetscherdiensten vernetzt haben, gibt es. Sie können als Best-Practice-Beispiele für andere Einrichtungen eine Vorbildfunktion haben: Nachmachen erwünscht.

Von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern wird erwartet, dass sie auf dem aktuellen Stand des Wissens sind. Doch das ist bei den sich ständig ändernden Rechtslagen und der Vielfalt der Probleme der Ratsuchenden gar nicht so leicht. Das Verständnis dafür ist vorhanden und es ist auch nachvollziehbar, dass verbindliche Rückrufe zur Klärung von Fragen kein Kunstfehler in der Beratung sind, sondern normaler Teil dieser Arbeit.

Wer eine interkulturelle Öffnung als selbstverständlich für eine gute Beratung versteht, muss auf alle Hilfe- und Ratsuchenden zugehen, das eigene Angebot bekannt machen, sich mit anderen Dienstleistern vernetzen und Vertrauen aufbauen. Hierin zeigt sich eine professionelle Haltung, die dem gesetzlichen Auftrag entspricht und die eigene Arbeit so hoch schätzt wie die Menschen, für die sie geleistet wird.

Der Berliner Senat hat zur Unterstützung der interkulturellen Öffnung der Pflegedienste zunächst ein einjähriges Schulungsprogramm für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegestützpunkte finanziert, das durch KomZen (Kompetenz Zentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe) verstetigt werden soll.

Prof. Dr. Ingrid Kollak lehrt in den gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Studiengängen der Alice Salomon Hochschule Berlin und leitet den Masterstudiengang Biografisches und Kreatives Schreiben. Sie ist zertifizierte Case Managerin und Ausbilderin (DGCC). E-Mail: kollak@ash-berlin.eu

Stefan Schmidt, M.Sc., ist Gesundheits- und Pflegewissenschaftler, zertifizierter Case Manager und Ausbilder (DGCC) und wissenschaftlicher Mitarbeiter im Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung der Hochschule Neubrandenburg. E-Mail: stefan.schmidt@recama.de

Literatur

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg: Statistischer Bericht. Einwohnerinnen und Einwohner im Land Berlin am 30. Juni 2012. Potsdam 2012 (https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/Stat_Berichte/2012/SB_A01-05-00_2012h01_BE.pdf, Abruf am 21.11.2012)

Gaitanides, S.: „Interkulturelle Öffnung der sozialen Dienste“ – Visionen und Stolpersteine. In: Rommelspacher, B.;

Kollak, I. (Hrsg.): Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen. Frankfurt am Main 2008, S. 35-58

Kollak, I.: Migration. In: Wied, S.; Warmbrunner, A. (Hrsg.): Psyhyrembel Pflege. Berlin/Boston 2012, S. 557-559

Kollak, I.; Schmidt, S.: Umfrage zum Bekanntheitsgrad von Pflegestützpunkten. In: Case Management 3/2012, S. 22-23