



## **AMBULANTE PFLEGERISCHE VERSORGUNG ÄLTERER TÜRKEISTÄMMIGER MIGRANTEN IN BERLIN – EINE ONLINE-BEFragung VON PFLEGEDIENSTEN**

**Abschlussbericht für das ZQP**

Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie  
und Rehabilitationswissenschaft

Dr. Liane Schenk (Projektleitung)  
Pia-Theresa Sonntag (Projektkoordination)  
Verena Krobisch (Projektkoordination)  
Valeria Ruf (Projektmitarbeit)

Dezember 2015

**Zitation:**

Sonntag, P.T., Krobisch, V., Ruf, V., Schenk, L. (2015). Ambulante pflegerische Versorgung älterer (türkeistämmiger) Migrantinnen und Migranten in Berlin. Eine Online-Befragung von Pflegediensten. Endbericht für das ZQP. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.).  
Online: <https://www.zqp.de/portfolio/studie-pflegeangebote-fuer-migranten/>

## Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung

Abstract

Tabellen

Abbildungen

1. Einleitung .....	7
2. Forschungsstand .....	8
2.1 Ambulante Pflegelandschaft in Deutschland und Berlin .....	10
2.2 Datenlage zur ambulanten Versorgung von Migrant/-innen .....	12
2.3 Forschungsergebnisse zur ambulanten Versorgung von Migrant/-innen .....	14
2.4 Resümee zum Forschungsstand .....	16
3. Daten und Methoden .....	16
3.1 Identifikation von Pflegediensten .....	17
3.2 Durchführung der Online-Befragung .....	19
3.3 Fragebogenkonstruktion .....	20
3.4 Pretest .....	22
3.5 Daten .....	24
3.5.1 Response und Non-Responder-Analyse .....	24
3.5.2 Beschreibung der Stichprobe .....	26
4. Ergebnisse: Migrationssensible Pflege im ambulanten Bereich – eine IST-Analyse .....	30
4.1 Migrantenspezifische Charakteristika der Anbieterstruktur .....	31
4.2 Einstellung zu einer migrationssensiblen Pflege .....	35
4.3 Migrationssensible Angebotsausrichtung .....	36
4.4 Informationspolitik und Öffentlichkeitsarbeit .....	43
4.5 Qualifizierung der Pflegekräfte .....	46
4.6 Besondere Herausforderungen in der ambulanten Pflege von Migrant/-innen .....	48
4.7 Subjektive Einschätzung der Angebotsentwicklung für Migrant/-innen .....	52
5. Vergleichende Analyse von Anbieter- und Nutzerperspektive .....	52
5.1 Erwartungen an eine migrationssensible Pflege vs. Ausgestaltung migrationssensibler Angebote ..	53
5.2 Informationsbedarf vs. Informationsstrategien .....	54
6. Fazit .....	56
Literatur .....	58
Onlinequellen .....	60
ANHANG I: Non-Responder-Fragebogen .....	62

## Zusammenfassung

Der wachsende Anteil der älteren Migrantenbevölkerung geht mit der Anforderung einher, die Altenpflege migrationssensibel auszugestalten, das heißt soziale, biographische sowie kulturelle Aspekte dieser heterogenen Bevölkerungsgruppe zu berücksichtigen. Gleichzeitig fehlen bislang ausreichend Daten, auf deren Basis eine entsprechende Planung und Gestaltung der Versorgungsangebote in Deutschland erfolgen könnten. Die vorliegende Studie leistet einen Beitrag zur Verbesserung dieser Datenlage: Sie liefert Aussagen zum Bestand und zur Struktur der ambulanten Pflegeangebote in Berlin sowie zu ihrer Passgenauigkeit im Hinblick auf die Erwartungen der (potenziellen) Nutzer/-innen mit Migrationshintergrund. Sie trägt dazu bei, ein aktuelles Bild zur Ausrichtung der ambulanten Pflegedienste auf die Nutzergruppe der Menschen mit Migrationshintergrund in Berlin zu zeichnen.

Die Datenerhebung per Online-Befragung erfolgte in Form einer Totalerhebung aller ambulanten Pflegedienste in Berlin. Zur Erfassung der Erhebungsgrundgesamtheit dienten Daten aus verschiedenen Online-Datenbanken sowie eine Bestandsliste der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales über ambulante Pflegeeinrichtungen in Berlin. Insgesamt 698 ambulante Pflegedienste wurden zur Online-Befragung eingeladen, 211 Dienste davon beantworteten den Fragebogen (Ausschöpfungsquote 33,9 Prozent). Die statistische Auswertung beinhaltet deskriptive Analysen sowie eine vergleichende Analyse der Ergebnisse zur Anbieter- und Nutzerperspektive. Grundlage dieses Vergleichs bildete neben der hier durchgeführten Studie eine bereits realisierte Analyse zur Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migrant/-innen in Berlin.

Die Nutzer- und Mitarbeiterstruktur der in die Studie einbezogenen ambulanten Pflegedienste ist äußerst heterogen und von einer ethnischen Vielfalt geprägt.

Der Großteil der ambulanten Pflegeleistungserbringer in Berlin zählt Menschen mit Migrationshintergrund zu seinem Nutzerkreis und/oder beschäftigt Pflegekräfte mit Migrationshintergrund. Mit steigenden Anteilen an Nutzer/-innen mit Migrationshintergrund steigt auch die Selbsteinschätzung, migrationssensibel ausgerichtet zu sein beziehungsweise ein migrationssensibles Pflegeangebot bereit zu halten. Insbesondere im haushaltsnahen Bereich (z. B. Berücksichtigung von Ess- und Trinkgewohnheiten) werden migrationssensitive Leistungen erbracht. Dies steht im Einklang mit den Erwartungen der pflegebedürftigen Migrant/-innen. Eine Diskrepanz zwischen Wunsch und Realität besteht hingegen in der muttersprachlichen Versorgung der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund. Vergleichsweise gering entwickelt ist auch eine migrationsspezifische Öffentlichkeitsarbeit. Bisher richtet sich lediglich ein Drittel der ambulanten Pflegeleistungserbringer mit gezielter Öffentlichkeitsarbeit an die Gruppe der pflegebedürftigen Migrant/-innen. Ein Vergleich der Informationsgewinnung von Nutzer- und Anbieterseite fördert eine deutliche Informationsasymmetrie zu Tage. Sowohl mediale als auch informelle Informationsquellen, welche die Untersuchungsgruppe der türkeistämmigen Migrant/-innen primär nutzt, werden von den ambulanten Pflegeleistungserbringern wenig beansprucht. Vielmehr werden gerade jene Informationswege bevorzugt, die für Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund kaum Relevanz besitzen.

Die berichteten Ergebnisse lassen erkennen, dass erste Anstrengungen seitens der Anbieter/-innen unternommen wurden, um sich auf die wachsende Gruppe der pflegebedürftigen Migrant/-innen einzustellen sowie migrationssensible Pflegeaspekte im Leistungskatalog zu verfestigen. Dementsprechend schätzt auch der Großteil der befragten Pflegedienste ihr Angebot als migrationssensibel ein. Allerdings ist eine migrationssensible Ausrichtung – nach Einschätzung der Befragten – mit einem erhöhten Aufwand assoziiert, so dass hier geeignete Finanzierungsmodelle verstärkte Anreize setzen könnten.

## **Abstract**

The increasing share of elderly migrants in Germany's population poses specific demands on the care system, such as the consideration of social, biographical and cultural characteristics of this diverse population group. Presently, the lack of both statistics and scientific evidence impedes a migrant-sensitive adaptation of the current care structure. The present study provides data concerning the portfolio and composition of current outpatient care offers in Berlin and thus allows conclusions concerning its suitability to satisfy the requirements of the potential patients with a migration background.

The online survey was conducted in the form of a full survey of all outpatient services in Berlin. Data from various "online data bases" as well as from an inventory list of the Senate Administrations of Health and Social Affairs for outpatient care services in Berlin was used to set up the survey population. The resulting amount of 698 services was invited to participate in the online survey, whereof 211 replied to the questionnaire (response rate: 33.9 percent).

Besides the descriptive analyses of the dataset, the statistical evaluation also includes a comparison analysis of the individual findings resulting from the supplier and the user perspective, respectively. In addition to the present study, a previously conducted analysis of the care situation of elderly migrants in Berlin was also included in the comparison.

The client and employee structure of the outpatient care services considered in this study can be described as extremely heterogeneous and, in particular, characterized by cultural diversity. The majority of outpatient care services in Berlin deliver care services to migrants and/or employ nursing staff with a migration background. Care providers with higher proportions of clients with a migration background, reported higher awareness for migration-sensitive care. Especially regarding household-related tasks (e.g. consideration of eating and drinking habits), a migration-sensitive service is provided, which is in line with the expectations of the target group. However, there is a gap between the demand and the current practice of providing care service in the client's native language. Similarly, the field of migration-sensitive public relations is only poorly developed. Only one third of all outpatient care services are focusing on targeted advertising for migrants requiring nursing care. Both the medial and the informal sources of information primarily used by the clients are mostly neglected by the service providers. In fact, particularly those information pathways, which are of very little relevance for the potential clients with migration background, are preferred by most care providers

The present study contributes to painting an updated picture of the orientation of outpatient care services towards the outpatient group of people with a migration background in Berlin. The presented results show that initial efforts have been made by the service providers to respond to the growing number of migrants requiring nursing care, e.g. by implementing migration-sensitive services in their portfolio. However, according to the view of the respondents, an orientation towards a more migration-sensitive service requires an enhanced effort. Suitable financial arrangements may introduce compelling incentives in this respect.

## Tabellen

Tabelle 1: Anteil der Einwohner/-innen mit Migrationshintergrund nach Berliner Bezirken	11
Tabelle 2: Randverteilungen/Prozentsätze ausgewählter Merkmale für Respondenten und Non-Respondenten	26
Tabelle 3: Strukturelle Merkmale im ambulanten Setting Berlin	29

## Abbildungen

Abbildung 1: Pflegebedürftige nach Versorgungsart 2013 (in Prozent)	10
Abbildung 2: Anteil Einwohner/-innen mit Migrationshintergrund an allen Einwohner/-innen in Berlin nach Ortsteilen (in Prozent; zum 30.06.2014)	12
Abbildung 3: Gründe für Teilnahmeverweigerung der Non-Respondenten (in Prozent)	25
Abbildung 4: Einzugsgebiete der ambulanten Pflegedienste (Mehrfachnennungen, in Prozent)	28
Abbildung 5: Herkunftsländer der Nutzer/-innen mit Migrationshintergrund (Mehrfachnennungen, in Prozent)	32
Abbildung 6: Herkunftsländer der beschäftigten Pflegekräfte mit Migrationshintergrund (Mehrfachnennungen, in Prozent)	33
Abbildung 7: Einstellung der Befragten zu einer migrationssensiblen Pflege (in Prozent)	36
Abbildung 8: Migrationssensibles Pflegeangebot (in Prozent)	37
Abbildung 9: Mittel und Wege der Öffentlichkeitsarbeit (in Prozent)	45
Abbildung 10: Eignung der Öffentlichkeitsarbeit (in Prozent)	46
Abbildung 11: Qualifizierung der Pflegekräfte (in Prozent)	48
Abbildung 12: Umsetzungshindernisse (in Prozent)	50
Abbildung 13: Umsetzungshindernisse (in Prozent)	51
Abbildung 14: Angebotsentwicklung migrationssensibler Pflege (in Prozent)	52
Abbildung 15: Merkmale guter professioneller Pflege (in Prozent) – Vergleichsperspektive	54
Abbildung 16: Mediale Informationsquellen (in Prozent) – Ergebnisse der Vorgängerstudie	56

## 1. Einleitung

Derzeit erreichen die Migrant/-innen<sup>1</sup> aus den ehemaligen Anwerbeländern hier in Deutschland sukzessive das Rentenalter. Der Anteil der über 65-jährigen Bevölkerung mit Migrationshintergrund, welcher Prognosen zufolge von derzeit 1,4 Millionen bis zum Jahr 2030 auf 2,8 Millionen steigt, zählt zu der am schnellsten wachsenden Bevölkerungsgruppe in Deutschland (Deutsches Zentrum für Altersfragen 2009). Betrachtet man Daten der Bevölkerungsprognose für Berlin bis zum Jahr 2030 so zeigt sich auch hier ein kontinuierliches Anwachsen der Migrant\*innenpopulation über 65 Jahre (Zuwachsrate ca. 29,1 Prozent) (Sozialstrukturatlas 2013).

Vor diesem Hintergrund erlangen Menschen mit Migrationshintergrund zunehmend Bedeutung als Nutzer/-innen der Gesundheitsdienste in Deutschland (Razum et al 2011). Aufgrund der Migrationserfahrung, ihres sozio-ökonomischen Status und ihrer kulturellen Prägung stellt diese Bevölkerungsgruppe besondere Anforderungen an das Versorgungssystem.

Das Altern von Migrant/-innen ist nicht nur kulturell geprägt, sondern auch durch das Migrationsprojekt selbst beeinflusst und dies in typischer Art und Weise je nach Zuwanderergruppe. Beispielsweise sind diskontinuierliche Erwerbsbiographien und Versicherungsverläufe seitens der Arbeitsmigrant/-innen aus den sog. Anwerbeländern Folge ihrer typischen Beschäftigungssituation in niedrig entlohnten Segmenten des Arbeitsmarktes. Dies schlägt sich in einem entsprechend geringen Rentenniveau nieder (Schenk 2008). Die bekanntermaßen hohe Rückkehrorientierung mag weiterhin dazu beigetragen haben, sich nicht langfristig auf einen Lebensabend in Deutschland einzustellen.

Befunde zur gesundheitlichen Lage der Migrant\*innenpopulation in Deutschland belegen höhere Gesundheitsrisiken für ältere (türkeistämmige) Migrant/-innen aufgrund höherer gesundheitlicher Belastungen im Arbeitsleben und teilweiser prekärer Lebensbedingungen (Korporal & Dangel 2006; Özcan & Seifert 2006; Dietzel-Papakyriaku & Olbermann 2005; Schenk 2008; Razum et al. 2008; Wengler 2013), sodass mit einem erhöhten Pflegebedarf dieser Personengruppe gerechnet wird. Auf Basis des Mikrozensus wurde der Anteil von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung über 65 Jahren auf 8,7 Prozent geschätzt (Kohls 2012). Im Report zur Altenpflege in Berlin (2012) kommen die Autoren allerdings zu dem Schluss, dass das aktuelle Angebot ambulanter Pflege in Berlin, welches auf Migrant/-innen ausgerichtet ist, den künftig steigenden Bedarf nicht decken kann. Eine Herausforderung, mit der sich die Altenhilfe derzeit konfrontiert sieht, besteht daher in der Bereitstellung und Ausgestaltung kultur- beziehungsweise migrationssensibler Angebote.

Zwar tragen inzwischen zahlreiche Projekte in der Altenhilfe der kulturellen Dimension des Alterns und des Alters Rechnung (Dietzel-Papakyriakou 2012), doch scheint es noch an bedarfsorientierten

---

<sup>1</sup> In der vorliegenden Studie werden die Wörter „Migrant/-innen“ und „Personen mit Migrationshintergrund“ synonym verwendet. Hierzu zählen all jene Personen, die entweder selbst zugewandert sind oder von denen mindestens ein Elternteil zugewandert ist.

Pflegeangeboten für Ältere mit Migrationshintergrund zu mangeln (Okken et al. 2008; Ulusoy und Gräbel 2010).

Im Mittelpunkt der vom Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften durchgeführten und vom ZQP beauftragten Studie stehen ambulante Pflegeleistungserbringer in Berlin und deren Leistungsprofile. Die Ergebnisse der Vorgängerstudien zu Alters- und Pflegeorientierungen türkischer Migrant/-innen und Zuwander/-innen aus der ehemaligen Sowjetunion (2011), sowie zur Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migrant/-innen in Berlin (2014) lieferten erste Erkenntnisse zu Pflegevorstellungen und zur Pflegesituation von Migrantengruppen. Das Ziel der hier vorliegenden Studie ist es die Nutzerperspektive um die Perspektive der Leistungserbringer (Anbieterperspektive) zu ergänzen und zu analysieren, inwieweit kultursensible Pflegeangebote im ambulanten Versorgungssektor in Berlin bereitgestellt werden und bestehende kultursensible Angebote dem Bedarf und den Erwartungen der älteren Migrant/-innen an eine pflegerische Versorgung entsprechen.

Die Erfassung der Anbieterperspektive erfolgt mithilfe von Daten, die eigens durch einen Online-Fragebogen erhoben wurden. Inhaltlich gliedert sich die Analyse in zwei Bereiche: In einem ersten Schritt wird das Einrichtungsprofil der ambulanten Versorger/-innen in Berlin charakterisiert und eine Bestandsaufnahme kultursensibler Leistungen vorgenommen. In einem zweiten Schritt werden die Ergebnisse zur Anbieter- und Nutzerperspektive systematisch gegenübergestellt. Hierdurch wird schließlich eine Interpretationsbasis geschaffen, die es ermöglicht, Aussagen über Entwicklungstendenzen und mögliche Handlungsbedarfe für eine „gute migrations- beziehungsweise kultursensible Praxis“ im Bereich der ambulanten Pflege in Berlin zu treffen.

## 2. Forschungsstand

Der Stand der Forschung deutet darauf hin, dass unter den älteren Migrant/-innen in Deutschland – ebenso wie in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund – der Wunsch vorherrscht, in der vertrauten häuslichen Umgebung versorgt zu werden. Häusliche Pflege ist zentrales Versorgungsmodell, welches auch politisch gefördert wird. In diesem häuslichen Pflegemodell sind pflegende Angehörige ein wichtiger Anker. Insbesondere in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund übernehmen häufig Familienmitglieder die Versorgung der Unterstützungs- und Pflegebedürftigen. Dies spiegelt sich in einer Präferenz für den Bezug von Pflegegeld gegenüber Pflegesachleistungen oder Kombinationsleistungen wider. Neben der Begründung, dass das Pflegegeld zur Deckung der laufenden Pflegekosten benötigt wird, stellt die Ablehnung der Pflege durch Fremde (sowohl auf Seiten der Pflegebedürftigen als auch der pflegenden Angehörigen) einen gewichtigen Grund für den vorwiegenden Bezug von Pflegegeld dar (Bundesministerium für Gesundheit 2011). Die ausschließliche häusliche Pflege durch Angehörige scheint demnach derzeit sogar die häufigste Versorgungsform unter den Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund darzustellen.

Allerdings wird auch ein Wandel der familialen Strukturen in der Migrantenbevölkerung antizipiert, der mit geringeren Möglichkeiten (z. B. wohnräumliche Distanz und/oder Einbindung in die Erwerbstätigkeit) der Angehörigen einhergeht, die Pflege zu erbringen. Dort, wo familiäre Unterstüt-



zungsstrukturen in der häuslichen Pflege erodieren, gewinnt die ambulante Pflege an Bedeutung. Ambulante Pflege kann die familiäre Pflege ergänzen oder im Bedarfsfall sogar vollständig ersetzen. Anders als bei der stationären Pflege scheinen ältere Migrant/-innen in hohem Maße über eine Bereitschaft zur Inanspruchnahme ambulanter Pflege zu verfügen (Schenk et al. 2014), die jedoch aufgrund unterschiedlicher Faktoren nicht in einer faktischen Inanspruchnahme mündet. So gab fast die Hälfte der Leistungsbezieher mit Migrationshintergrund in der repräsentativen BMG-Studie (2011) an, Pflegegeld zu bevorzugen, da bei Pflegediensten kein Einfluss auf die Art und Weise genommen werden könne, wie Pflegeleistungen erbracht werden. Ein Viertel nannte außerdem als Grund eine fehlende Berücksichtigung kultureller und religiöser Belange in der Pflege (Bundesministerium für Gesundheit 2011)<sup>2</sup> Die Ergebnisse der (nicht repräsentativen) Vorgängerstudie zur Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migrant/-innen in Berlin deuten darauf hin, dass diese Gruppe Türkischkenntnisse der Pflegekräfte als ein zentrales Merkmal guter Pflege erachten und von Verständigungsproblemen mit Pflegekräften in stationären Einrichtungen ausgehen (Schenk et al. 2014).

Eine kultursensible Ausrichtung des ambulanten Pflegesektors scheint folglich eine wichtige Voraussetzung für eine angemessene pflegerische Versorgung der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund. Aber welche Konzeption verbirgt sich hinter der Begrifflichkeit „kultursensible Pflege“ und welche Bedeutung hat diese für die Pflegepraxis? Im Allgemeinen impliziert Kultursensibilität die Loslösung von festgefahrenen, stereotypisierenden kulturellen Festschreibungen. Die Konzeption stellt insofern einen Paradigmenwechsel dar, als dass ein ethnozentristisches Kulturverständnis überwunden wird und sich von der Orientierung an der Mehrheitskultur als leitende Richtlinie für die eigene Wahrnehmung und das (Pflege-)handeln befreit (von Bose und Terpstra 2012; Arbeitskreis Charta 2002). Kultursensible Pflege bedeutet daher, ein Vorgehen der Pflegenden, das in besonderem Maße biographie- und subjektorientiert ist und die individuellen Bedürfnisse und kulturellen Werten der pflegebedürftigen Person berücksichtigt (Arbeitskreis Charta 2002). In der Handreichung „Für eine kultursensible Altenpflege“ formulieren der Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege und das Kuratorium Deutsche Altershilfe:

„Kultursensible Pflege trägt dazu bei, dass eine pflegebedürftige Person entsprechend ihrer individuellen Werte sowie ihren kulturellen und religiösen Prägungen und Bedürfnissen leben kann“ (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege/Kuratorium Deutsche Altershilfe 2002).

In der Pflegepraxis müssen demzufolge bedarfsgerechte Leistungen angeboten und strukturelle Rahmenbedingungen geschaffen werden, wodurch Pflegebedürftigen vor dem Hintergrund kultureller Heterogenität eine adäquate Versorgung ermöglicht werden kann (BMSFSJ 2005). Hierzu ist ein dauerhafter Prozess der Organisationsentwicklung von Nöten, der häufig unter dem Begriff „interkulturelle Öffnung“ subsumiert wird und unter anderem darauf abzielt, Angebotsstrukturen

---

<sup>2</sup> Diese Information wurde bei Leistungsbezieher\*innen ohne Migrationshintergrund nicht erhoben, weshalb keine Aussage darüber getroffen werden kann, inwieweit die fehlende Berücksichtigung kultureller und religiöser Belange ein Spezifikum derjenigen mit Migrationshintergrund darstellt.

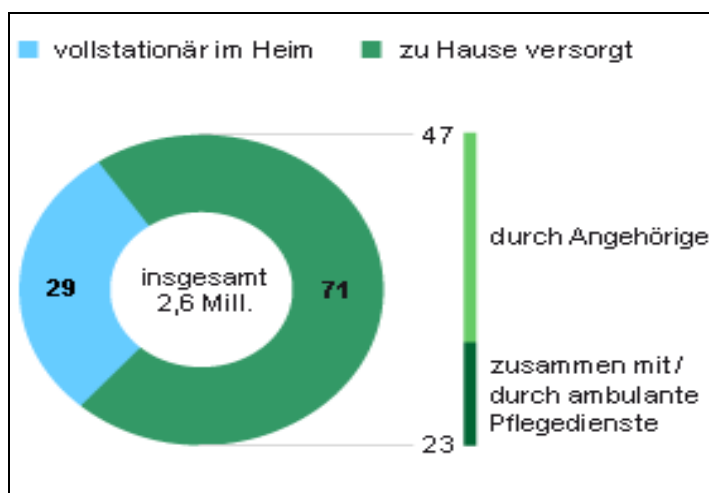
für Migrant/-innen zu öffnen und vorherrschende Zugangsbarrieren abzubauen (Arbeitskreis Charta 2002)

Bevor der aktuelle Forschungsstand zur Versorgung von Migrant/-innen im ambulanten Setting dargestellt wird, wird im Folgenden ein kurzer Überblick über die ambulante Pflegelandschaft in Deutschland gegeben.

## 2.1 Ambulante Pflegelandschaft in Deutschland und Berlin

Der Anteil der Pflegebedürftigen<sup>3</sup> an der Gesamtbevölkerung in Deutschland beläuft sich laut Pflegestatistik 2013 auf 2,6 Millionen. Hiervon werden 23,6 Prozent (616.000 Personen) der Pflegebedürftigen zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste betreut (vgl. Abb. 1). Im Vergleich zum Jahr 2011 stieg die Zahl der durch ambulante Dienste betreute Pflegebedürftige um 6,9 Prozent (40.000 Personen). Die steigende Nachfrage nach ambulanter pflegerischer Versorgung weist daraufhin, dass die Bedeutung dieser Versorgungsart in Deutschland zugenommen hat. Untermauert wird diese Annahme durch die Erhöhung der gemeldeten und zugelassenen ambulanten Pflegedienste in Deutschland. Zum Jahresende 2013 versorgten 12.700 ambulante Pflegedienste in Deutschland pflegebedürftige Personen. Dies entspricht einem Zuwachs von 3,2 Prozent (400 Dienste) im Vergleich zum Jahr 2011. Der überwiegende Teil der ambulanten Leistungserbringer ist in privater Trägerschaft (64 Prozent). 35 Prozent entfallen auf freigemeinnützige Träger und ein kleiner Teil von 1 Prozent auf öffentliche ambulante Dienste (Pflegerstatistik 2013).

Abbildung 1: Pflegebedürftige nach Versorgungsart 2013 (in Prozent)



Quelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2015

Ähnlich wie in Gesamtdeutschland gestaltet sich die Pflegesituation in Berlin. Rund 112.500 Pflegebedürftige leben in Berlin. Der überwiegende Anteil (ca. 75 Prozent) wird zu Hause versorgt. Hiervon werden etwa 50 Prozent (57.200 Personen) ausschließlich durch Angehörige gepflegt.

<sup>3</sup> Im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGBXI)

Auch in Berlin nehmen etwa ein Viertel (27.769 Personen) der Pflegebedürftige ambulante Pflegeleistungen zur Versorgung in Anspruch. Rund 25 Prozent (27.528 Personen) werden vollstationär in Pflegeheimen versorgt (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2014).

Laut dem Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2014) waren zum Jahresende 2013 567 ambulante Pflegedienste in Berlin ansässig und überwiegend der privaten Trägerschaft zuzuordnen (442 Dienste). Weitere 121 Dienste entfallen auf freigemeinnützige und vier auf öffentliche Träger. Da der Pflegesektor und insbesondere der ambulante Pflegemarkt großen Schwankungen unterliegen, ist diese Anzahl nicht robust. Tendenziell weisen die Ergebnisse der Statistik aber darauf hin, dass die Zahl der ambulanten Pflegeleistungserbringer in Berlin in den letzten Jahren angestiegen ist. Zur besseren Einschätzung der ambulanten Versorgungslandschaft wurde daher eine eigene Bestandsanalyse durchgeführt (siehe Punkt 3.2).

Ein Spezifikum der Berliner Bevölkerung ist deren vielfältige, kulturelle Zusammensetzung. Das häufigste Herkunftsland der Bewohner mit Migrationshintergrund ist die Türkei, gefolgt von Polen, arabischen Ländern, der russischen Föderation und dem ehemaligen Jugoslawien (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2013). Der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund an der Berliner Einwohnerschaft liegt absolut bei 984.142 Personen – dies entspricht knapp 28 Prozent. Die Verteilung der Migrant/-innen über das Stadtgebiet (siehe Abb. 2) sowie deren Alterung ist unterschiedlich. Den höchsten Anteil an Bewohnern mit Migrationshintergrund weist der Bezirk Mitte auf (47,2 Prozent). In der Rangfolge an zweiter Stelle steht Neukölln mit 41,6 Prozent, gefolgt von Friedrichshain-Kreuzberg mit 38,4 Prozent (siehe Tab. 1) (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2014). In den genannten drei Bezirken ist der Anteil an Personen mit Migrationshintergrund über 65 Jahre – gemessen an der Gesamtbewohnerschaft in Berlin über 65 Jahren – am höchsten. Zusätzlich ist der Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf zu nennen, der mit einem Anteil von 15,3 Prozent der über 65-jährigen Personen mit Migrationshintergrund auffällt.

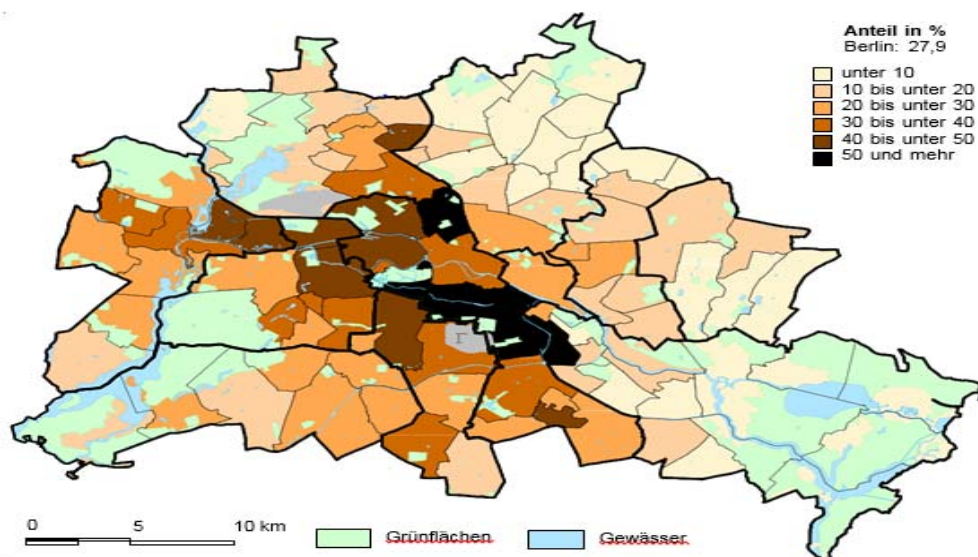
Tabelle 1: Anteil der Einwohner/-innen mit Migrationshintergrund nach Berliner Bezirken

Bezirk	MH in Prozent (2014)	Davon 65 Jahre und älter in Prozent (2014)	Anteil MH >65 Jahre an Einwohnern Bezirk >65 Jahre in Prozent
Friedrichshain-Kreuzberg	38,4	5,5	21,4
Mitte	47,2	5,6	19,9
Neukölln	41,6	6,0	14,4
Tempelhof-Schöneberg	31,5	8,1	12,3
Charlottenburg-Wilmersdorf	35,9	9,7	15,3
Spandau	28,6	7,3	9,3
Steglitz-Zehlendorf	23,1	9,0	8,2
Treptow-Köpenick	8,7	4,1	1,5
Marzahn-Hellersdorf	12,9	5,7	4,2
Lichtenberg	17,0	3,6	3,1

Reinickendorf	26,6	6,3	7,0
Pankow	14,9	2,7	2,6
Berlin	27,9	6,5	9,5

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Statistischer Bericht 2014 „A I 5 – hj 1 / 14“; Anmerkung: MH= Bevölkerung mit Migrationshintergrund

Abbildung 2: Anteil Einwohner/-innen mit Migrationshintergrund an allen Einwohner/-innen in Berlin nach Ortsteilen (in Prozent; zum 30.06.2014)



Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Statistischer Bericht 2014 „A I 5 – hj 1 / 14“; Anmerkung: MH= Bevölkerung mit Migrationshintergrund

## 2.2 Datenlage zur ambulanten Versorgung von Migrant/-innen

Insgesamt sind Datenlage und Forschungsstand zur pflegerischen Versorgung von Migrant/-innen in Deutschland noch unzureichend und damit solide Prognosen für den ambulanten Sektor erschwert (z. B. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2011; Kohls 2012). Amtliche Datenquellen wie die Pflegestatistik beinhalten in der Regel keine migrationsspezifischen Informationen. Eine Ausnahme bildet die bevölkerungsrepräsentative Studie des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zu den „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Sie stellt u. a. bundesweit repräsentative Daten zu ambulanten Pflegediensten und deren Versorgungsstrukturen bereit und liefert auch Erkenntnisse zur Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Jedoch wird lediglich nach der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund und nicht nach Herkunftsland und Staatsangehörigkeit differenziert (Bundesministerium für Gesundheit 2011). Darüber hinaus leisten derzeit vor allem Studien mit regionalem Bezug wichtige Beiträge zur Verbesserung der Erkenntnislage bezüglich Pflegebedarfe und -vorstellungen verschiedener Zuwanderergruppen, der Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen sowie der Herausbildung

geeigneter Versorgungsstrukturen und Pflegeangebote für Migrant/-innen (z. B. Kollek 2007; Lotze 2008; Okken et al. 2008; Landeshauptstadt Wiesbaden 2009; Schenk et al. 2011; Barg et al. 2013). Diese liefern zumeist keine repräsentativen Ergebnisse, nähern sich aber mit unterschiedlichem Erkenntnisinteresse und Methoden dem Thema „ambulante pflegerische Versorgung von Migrant/-innen“.

Für das Bundesland Nordrhein-Westfalen führten Friebe et al. (2006) eine explorative (nicht repräsentative) Studie durch. Ziel der Studie war es, anhand eines standardisierten Fragebogens die Situation der Beschäftigten mit Migrationshintergrund in stationären Altenhilfeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten in Nordrhein-Westfalen abzubilden. In diesem Zusammenhang stellt die Studie neben Informationen zu den Mitarbeiter/-innen, auch solche über die Klientenstruktur von 16 ambulanten Pflegediensten bereit. Sie versorgten insgesamt etwa 2.500 Klient/-innen, wovon ca. 8 Prozent einen Migrationshintergrund aufwiesen. Damit war der Anteil der Klient/-innen mit Migrationshintergrund im ambulanten Setting höher als in der stationären Pflege. Für Berlin legte Kolleck (2007) eine (nicht repräsentative) Studie vor, in deren Rahmen 76 Berliner ambulante Dienste mittels standardisiertem Fragebogen zum Einsatz kultursensibler Pflege postalisch befragt wurden. Gegenstand der Befragung war neben strukturellen Merkmalen der Dienste (Größe, Standort, Gründungsjahr und Trägerschaft, Mitarbeiter- und Nutzerstruktur), die Art und der Umfang der kultursensiblen Maßnahmen und deren Wirkungen auf Anbieter- sowie Nutzerseite. Lotze und Hübner (2008) führten eine Vollerhebung (Rücklaufquote 44 Prozent) in Bremen und Bremerhaven durch, aus der Daten zur aktuellen ambulanten Versorgungssituation von pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund resultierten. Ein besonderer Mehrwert ihrer Arbeit liegt in dem Vergleich mit Ergebnissen einer Befragung aus dem Jahr 2004 (Lotze 2005), wodurch quantitative Aussagen zur Entwicklung der ambulanten Versorgungssituation im Land Bremen getroffen werden konnten. Auf Grundlage eines quantitativen Forschungsdesigns führten Barg et al. (2013) in Frankfurt am Main eine (nicht repräsentative) Studie mit dem Ziel durch, den Grad der Teilhabe von Menschen mit Migrationshintergrund an Angeboten der Altenhilfe und die Angebotsstrukturen von Einrichtungen der Altenhilfe in Frankfurt zu untersuchen. Anhand eines teilstandardisierten Online-Fragebogens wurden unter anderem 44 stationäre Pflegeeinrichtungen (Vollerhebung) und 68 ambulante Pflegedienste befragt<sup>4</sup>. Insgesamt nahmen 48 Pflegeanbieter/-innen an der Befragung teil, wobei die Ergebnisse nicht nach ambulanten und stationären Einrichtungen differenziert werden. Allerdings findet eine differenzierte Betrachtung der Beschäftigten- und Klientenstruktur nach Herkunftsland statt. Anderson (2007) beschreibt auf der Basis eines qualitativen Ansatzes die Probleme älterer Einwander/-innen in München und den möglichen Antworten der Altenhilfe darauf. Eine leitende Frage war hierbei, warum Migrant/-innen als Klient/-innen der Altenhilfe bislang so wenig in Erscheinung treten. Insgesamt fanden 39 Experteninterviews statt, wobei keine Angaben dazu gemacht wurden, wie viele davon auf Vertreter/-innen von Sozialstationen und ambulanten Diensten entfallen. Schließlich stellte das Amt für Strategische Steuerung, Stadt-

---

<sup>4</sup> Zudem wurden Migrationsdienste und Einrichtungen der offenen Altenhilfe in die Erhebung mit eingezogen, um die Angebotsspektrum für Migrant/-innen in seiner Vielfalt zu erfassen.

forschung und Statistik der Stadt Wiesbaden (2009) eine Studie bereit, die untersuchen sollte, wie viele und welche ambulanten Pflegedienste in Wiesbaden Ältere mit Migrationshintergrund betreuen und inwieweit das Konzept der kultursensiblen Altenhilfe Berücksichtigung findet und in der täglichen Praxis der ambulanten Pflege umgesetzt wird. Zur Umsetzung des Forschungsvorhabens wurden leitfadengestützte telefonische Interviews mit 43 (von insgesamt 46) ambulanten Pflegediensten durchgeführt (Wiesbaden 2009). Im Rahmen eines Gutachtens der Camino – Werkstatt für Fortbildung, Praxisbegleitung und Forschung im sozialen Bereich (2014) wurden Empfehlungen für eine kultursensible Pflege älterer Migrant/-innen (in Berlin) publiziert. Neben einer Literatur- und Internetrecherche basiert das Gutachten auf einer empirischen Erhebung zu Bedarfen, Barrieren und „guter Praxis“ im Themenfeld der kultursensiblen Altenpflege. Hierzu wurden leitfadengestützte Interviews und Gruppendiskussionen mit Expert/-innen, pflegebedürftigen oder nicht pflegebedürftigen Migrant/-innen durchgeführt.

### **2.3 Forschungsergebnisse zur ambulanten Versorgung von Migrant/-innen**

Die bevölkerungsrepräsentativen Ergebnisse der BMG-Befragung aus dem Jahr 2010 sowie Ergebnisse der regionalen Studien scheinen die noch eher geringe Angebotsausrichtung auf die Bedürfnisse von Migrant/-innen sowie eine noch geringe Inanspruchnahme ambulanter Pflege durch Ältere mit Migrationshintergrund zu bestätigen. Allerdings finden sich auf regionaler Ebene auch Hinweise auf positive Tendenzen bei der Bereitstellung und Nutzung von Angeboten.

Nur 7 Prozent der befragten ambulanten Pflegedienste in Deutschland gaben an, über spezielle Angebote für Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund (z. B. Pflegedienste mit muttersprachlichen Angeboten) zu verfügen. Bei Betrachtung der Pflegedienste, die Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund betreuen, liegt der Anteil nur unwesentlich höher bei nicht mehr als 12 Prozent (Bundesministerium für Gesundheit 2011).

Anderson (2007) konnte in seiner regionalen qualitativen Studie feststellen, dass in München eine hohe Anzahl an ambulanten Pflegediensten angesiedelt ist, aber nur wenige ihren Schwerpunkt auf eine kultursensible Pflege legen. Auch in der Wiesbadener Studie (2009) gab lediglich ein geringer Anteil der befragten Pflegedienste an, dass eine kultursensible Altenpflege Bestandteil ihrer Leitlinie ist.

Anderson (2007) stellte weiterhin fest, dass auf Seiten der Pflegedienste die Migrantengruppen als wenig relevante und damit wenig lukrative Klientel wahrgenommen wird. Dementsprechend unterschiedlich stehen Pflegedienste einer kultursensiblen Angebotsausrichtung gegenüber. Allerdings ist aufgrund des demographischen Wandels, dem Anwachsen der älteren Migrantengruppen und der Veränderung der familialen Strukturen davon auszugehen, dass die Anzahl der pflegebedürftigen Migrant/-innen ansteigen wird. Im Zuge dieser Entwicklungen kann angenommen werden, dass sich die Nachfrage nach kultursensiblen Pflegeleistungen seitens der Migrantengruppen in Zukunft erhöhen wird. Diese Veränderungen auf der Nachfrageseite werden von der Mehrzahl ambulanter Pflegeanbieter/-innen wahrgenommen (Landeshauptstadt Wiesbaden 2009). Die Einschätzung der Ursachen divergiert allerdings zwischen den verschiedenen Pflegediensten.



Während die Einen die Auffassung vertreten, dass sich die Nachfrage nach kultursensiblen Angeboten erhöhen wird, da sich Wandlungsprozesse innerhalb der Migrantenbevölkerung abzeichnen (kleinere Familien, erhöhte Frauenberufstätigkeit), argumentiert die andere Gruppe, dass ethnische und kulturelle Besonderheiten in der Pflege in Zukunft kaum eine Rolle spielen werden, da sich Personen mit Migrationshintergrund, die länger in Deutschland leben, den hiesigen Verhaltensweisen angepasst haben (Landeshauptstadt Wiesbaden, 2009).

So verschieden wie die Einschätzung einer Nachfrageveränderung nach kultursensiblen Pflegeleistungen so verschieden die Reaktion: Während einige Dienste keine Notwendigkeit sehen, kultursensible Angebote zu gestalten und das Personal dementsprechend zu schulen (Anderson 2007), entscheiden sich andere für eine kulturelle Öffnung (Barg et al. 2013). Die Strategien betreffen dabei die Dienstleistungs-, Organisations- und Personalebene. Dazu gehören die Einstellung von mehrsprachigem Pflegepersonal, Kommunikationsfähigkeiten, Beherrschung besonderer Umgangsformen, Fortbildungen, mehrsprachiges Informationsmaterial sowie die Sensibilisierung des Personals für individuelle, kulturelle Bedürfnisse des Klientels<sup>5</sup> (z. B. kulturell und religiös geprägte Ess- und Trinkgewohnheiten, gleichgeschlechtliche Pflege). Darüber hinaus wird geprüft, ob genügend Personal- und Zeitressourcen zu Verfügung stehen, um eine konzeptionelle Ausrichtung auf kultursensible Pflege umzusetzen (z. B. Kolleck 2007; Barg et al. 2013, Landeshauptstadt Wiesbaden 2009). Laut den Untersuchungsergebnissen von Kolleck (2007) decken sich diese Strategien mit dem Bedarf und den Erwartungshaltungen der Migrant/-innen. Hier wurden die Beachtung spezieller Lebensgewohnheiten, religiöser Feiertage und Umgangsregeln sowie eine muttersprachliche Betreuung häufig gewünscht. Aber wie erhalten pflegebedürftige Migrantengruppen überhaupt Zugang zum Versorgungssystem und zu Informationen? Im Bereich der aktiven Öffentlichkeitsarbeit kommen Lotze und Hübner (2008) zu dem Ergebnis, dass in der Mehrheit aller Fälle die Mitarbeiter/-innen der Pflegedienste die Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund akquirieren. Hierzu ist vor allem eine sprachliche Basis von Nöten. Weiterhin leisten auch das mehrsprachige Informationsmaterial und Kooperationen mit Migrantenorganisationen einen wichtigen Beitrag (Hübner und Lotze 2008, Kolleck 2007; Barg et al. 2013).

Wie Studien zeigen, hängt ein Informationsinteresse an kulturellen Aspekten in der Pflege auch davon ab, ob bereits Migrant/-innen zum Pflegeklientel gehören. Fast die Hälfte der ambulanten Pflegedienste in Deutschland (47 Prozent) betreute im Jahr 2010 keine Menschen mit Migrationshintergrund. Bei einem Viertel von ihnen liegt der Anteil der Pflegebedürftigen Migrant/-innen bei maximal 5 Prozent (Bundesministerium für Gesundheit 2011). Regionale Ergebnisse weisen auf höhere Anteile von Pflegediensten mit Klient/-innen mit Migrationshintergrund hin. Die Ergebnisse beziehen sich allerdings vorwiegend auf Regionen mit vergleichsweise größeren Anteilen an Bevölkerung mit Migrationshintergrund, die sich vermutlich auch in der ambulanten Versorgung widerspiegeln. Für Berlin ermittelte Kolleck (2007), dass nur ein Viertel der befragten Pflegedienste keine Klient/-innen mit Migrationshintergrund betreuten. Jedoch wird in der Studie auf eine Ver-

---

<sup>5</sup> Oder anders gesprochen: die interkulturelle Kompetenz der Pflegekräfte und -dienste zu stärken

zerrung der ohnehin nicht repräsentativen Stichprobe zu Gunsten von Pflegediensten mit Klient/-innen mit Migrationshintergrund hingewiesen, so dass ihr tatsächlicher Anteil möglicherweise geringer (als Dreiviertel) war.

## **2.4 Resümee zum Forschungsstand**

Insgesamt steckt die Forschung zu kultursensiblen Angeboten ambulanter Pflege in Deutschland noch in den Kinderschuhen. Die vorhandenen Studien leisten wichtige Pionierarbeit, indem sie das Forschungsfeld anhand erster Erkenntnisse sondieren. Die aktuelle Erkenntnislage ist derzeit jedoch noch unvollständig und häufig undifferenziert. Allen Studien gemein ist eine fehlende oder lediglich punktuelle Differenzierung der Ergebnisse nach Herkunftsland der betreuten Personen und Beschäftigten mit Migrationshintergrund. Neben Untersuchungen, die der Heterogenität der Migrantengruppen Rechnung tragen, fehlt es an bevölkerungsrepräsentativen Erkenntnissen. Die regionalen Studien verbleiben meist eher auf exemplarischer Ebene und lassen aufgrund ihrer geringen Fallzahlen keine verallgemeinerbaren Aussagen zu.

Vor dem Hintergrund der skizzierten Forschungsdesiderate ist eine zentrale Forschungsfrage der hier vorliegenden Studie, welche kultursensiblen Pflegeleistungen im ambulanten Pflegesektor gegenwärtig zu Verfügung stehen und welche strukturellen Faktoren eine kultursensible Angebotsausrichtung von ambulanten Pflegediensten in Berlin beeinflussen. Um hierauf eine Antwort zu erhalten, erscheint es erforderlich, die Perspektive der ambulanten Leistungserbringer in Berlin zu analysieren.

## **3. Daten und Methoden**

Die als Online-Befragung angelegte quantitative (Haupt-)Datenerhebung erfolgte in einer relativ kurzen Zeitspanne zwischen Februar 2015 und Mai 2015 als Totalerhebung aller ambulanten Pflegedienste in Berlin. Hierfür wurde ein standardisierter Fragebogen auf Grundlage des aktuellen Forschungsstands und unter Berücksichtigung der Forschungsergebnisse aus den qualitativen und quantitativen Vorgängerstudien konzipiert und in einem ersten Schritt auf seine Eignung hin getestet (Pretest). Im Anschluss an die Pretest-Phase wurde der Probefragebogen optimiert und die Haupterhebung gestartet. Die Befragung richtete sich an Mitarbeiter/-innen von ambulanten Pflegediensten, die Zugang zu organisationsbezogenen Daten haben und/oder in die Pflegepersonalplanung sowie konzeptionelle Ausrichtung der Pflege eingebunden sind. Je nach Größe und Organisationsstruktur der Einrichtung kam hierfür vor allem die obere und mittlere Managementbeziehungsweise Leitungsebene (z. B. Geschäftsführer/-innen oder Pflegedienstleiter/-innen) in Frage. Mit Pflegediensten, die eine Teilnahme an der Befragung endgültig ablehnten, wurde zur besseren Einschätzung der Repräsentativität sowie zur Generierung von Basisinformationen eine kurze telefonische Non-Responder-Befragung durchgeführt. Die statistische Auswertung der Haupterhe-



bung impliziert uni- und bivariate Analysen<sup>6</sup>, sowie eine vergleichende Analyse der Ergebnisse zur Anbieter- und Nutzerperspektive. Grundlage dieses Vergleichs bildet neben der hier durchgeführten Studie, die bereits realisierte Analyse zu Pflegevorstellungen beziehungsweise zur Pflegesituation älterer (türkeistämmiger) Migrant/-innen<sup>7</sup>. Die Gegenüberstellung der Auswertungsergebnisse ermöglicht es, die bestehenden ambulanten Pflegeangebote mit dem Bedarf und den Erwartungen älterer (türkeistämmigen) Migrant/-innen in Bezug zu setzen. Hierdurch wird eine Interpretationsbasis geschaffen, aus welcher sich Handlungsempfehlungen zu einer bedarfsgerechten Gestaltung der pflegerischen Versorgung von (türkeistämmigen) Migrant/-innen ableiten lassen.

### 3.1 Identifikation von Pflegediensten

Zu Beginn der Forschungsarbeit stand eine umfassende Bestandsanalyse aller Pflegedienste in Berlin (= Auswahlkriterium<sup>8</sup>), deren Leistungsspektrum die ambulante Pflege (= Zielpopulation) beinhaltet, um einen möglichst ganzheitlichen und transparenten Überblick über die aktuelle ambulante Angebotsvielfalt zu erhalten. Als Basis zur Identifikation relevanter Pflegedienste dienten sowohl Daten aus Online-Datenbanken (z. B. von Pflegekassen), als auch eine Bestandsliste des Senats für Gesundheit und Soziales mit ambulanten Pflegeeinrichtungen in Berlin. Die Nutzung mehrerer Quellen brachte widersprüchliche Angaben bezüglich der Gesamtanzahl ambulanter Pflegedienste hervor. Die Behebung dieser Diskrepanz erforderte zunächst die Erstellung einer Basisliste mittels einer schrittweisen Integration der einzelnen Quellen. Bedingt durch die hohe Fluktuation im ambulanten Pflegesektor bedurfte es im Verlauf des Projektes zudem einer kontinuierlichen Bereinigung und Aktualisierung dieser Basisliste.

#### *Zielgruppendefinition "ambulante Pflegedienste"*

„Ambulante Pflegedienste sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer verantwortlichen Pflegefachkraft Kranke und Pflegebedürftige bei Tag und Nacht einschließlich an Sonn- und Feiertagen in ihrer Wohnung geplant pflegen und hauswirtschaftlich versorgen“ (Landespflegeplan Berlin 2011).

Kurzum: Ein ambulanter Pflegedienst unterstützt Pflegebedürftige (und ihre Angehörigen) bei der Pflege zu Hause. In Berlin sind die größten Pflegedienste zumeist Sozialstationen in Trägerschaft von Mitgliedsorganisationen der freien Wohlfahrtspflege. Darüber hinaus gibt es eine große Anzahl privater Pflegedienste in unterschiedlicher Größe (Landespflegeplan Berlin 2011).

---

<sup>6</sup> Die untersuchten Zusammenhänge wurden mithilfe des Chi-Quadrat- Unabhängigkeitstest geprüft, welcher die Berechnung der Irrtumswahrscheinlichkeit (p-Wert) erlaubt und per Konvention auf einem 5 Prozent-Signifikanzniveau festgelegt wurde.

<sup>7</sup> Studie zur Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migrantinnen und Migranten in Berlin (Schenk et al. 2014)

<sup>8</sup> Als Hauptauswahlkriterium wurde die geographische Lage der ambulanten Pflegedienste festgelegt. Für die Bestandsanalyse war daher darauf zu achten, dass nur ambulante Pflegedienste mit Sitz in Berlin in die Bestandsübersicht aufgenommen wurden.

Durch einen Versorgungsvertrag zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Landesverbänden der Pflegekassen (im Einvernehmen mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land) soll gewährleistet werden, dass der jeweilige Pflegedienst die dem Vertrag zugrundeliegenden Qualitätsanforderungen beachtet. In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 4) festgelegt, die von dem Pflegeanbieter während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag) (Bundesministerium für Gesundheit 2014b).

Allgemein kann festgehalten werden, dass die ambulante Pflege durch zwei Arten von Pflegeeinrichtungen erbracht wird: 1) Sozialstationen in freigemeinnütziger oder öffentlicher Trägerschaft sowie 2) privaten Pflegediensten<sup>9</sup> (vgl. Simon 2013). Das Leistungsangebot ambulanter Pflege ist wesentlich geprägt durch den Leistungskatalog der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Beispielsweise gewährt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ihren Versicherten einen Anspruch auf „häusliche Pflege“, wenn dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden wird oder diese zur Unterstützung der ambulanten ärztlichen Versorgung erforderlich ist. Ansprüche aus der gesetzlichen (sozialen) Pflegeversicherung (GPV) bestehen, wenn eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung festgestellt wurde.

Während die häusliche Pflege also im Recht der GKV als Unterstützungsleistung für die ambulante ärztliche Versorgung (ärztliche Verordnung notwendig) gilt, ist die Versorgung Pflegebedürftiger (nach SGB XI) ein eigenständiger Versorgungsbereich der ambulanten Pflege. Die ambulante Pflege ist somit zwei Versorgungsbereichen und Regelungskreisen zuzuordnen (vgl. ebd.).

Zum Leistungsangebot ambulanter Pflegedienste gehören folgende Leistungen:

- Pflegerische Tätigkeiten wie Körperpflege, Ernährung, Mobilisation oder Lagerung
- Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung wie zum Beispiel Medikamentengabe, Verbandswechsel, Injektionen
- Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bei pflegerischen Fragestellungen, Unterstützung bei der Vermittlung von Hilfsdiensten wie Essensbelieferung oder Organisation von Fahrdiensten und Krankentransporten Hauswirtschaftliche Versorgung, zum Beispiel Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung
- Hilfe bei der Alltagsgestaltung, zum Beispiel Spaziergehen oder Vorlesen.

### *Identifikationsstrategie*

---

<sup>9</sup> Sozialstationen zeichnen sich dadurch aus, dass unter dem Dach einer Einrichtung eine Vielzahl von Berufsgruppen ein breites Spektrum an pflegerischen, sozialen und hauswirtschaftlichen Leistungen erbringen. Die Träger von Sozialstationen sind zumeist Wohlfahrtsverbände. Öffentliche Träger von Sozialstationen sind vor allem Gemeinden und Landkreise. Im Gegensatz dazu befinden sich private geführte Pflegedienste überwiegend im Eigentum von Einzelpersonen (Simon 2013).

In einem ersten Schritt der Bestandsanalyse aller ambulanten Pflegedienste in Berlin wurde ein vollständiges Quellenverzeichnis einschlägiger Datenbanken erstellt. Als Grundstock der Basisliste fungierte eine Übersichtliste der am Markt befindlichen ambulanten Einrichtungen, welche vierteljährlich vom Senat für Gesundheit und Soziales angefertigt wird. Die Angaben zu ambulanten Pflegediensten aus den verschiedenen Quellenverzeichnissen<sup>10</sup> wurden diesem Grundstock sukzessive zugeführt. Um Pflegedienste, die möglicherweise durch die Online-Datenbanken nicht erfasst sind, ebenfalls zu berücksichtigen, wurde die Bestandsliste durch weitere Quellen ergänzt. Einerseits durch eine intensive Internetrecherche mittels der Stichwörter „ambulantes“, „ambulanter“, „Hauskrankenpflege“, „Krankenpflege“, „Pflegedienst“, „Hauspflege“, „Pflege“, „häuslich“, „Schwester“, „Sozialstationen“, „Hauspflegestation“, „bakim“ und „cura“. Andererseits wurden Telefon- und Branchenbücher, sowie das Handelsregister in die Recherche miteinbezogen und mit der erstellten Bestandsliste abgeglichen. Die Suche im Handelsregister ergab eine Erweiterung der Liste um 31 ambulante Pflegeeinrichtungen. Mithilfe der Telefon- und Branchenbücher konnten insgesamt fünf weitere ambulante Pflegedienste ergänzt werden. Außerdem wurde stichprobenhaft im Internet nach „stationäre Einrichtungen mit ambulanter Pflege“ gesucht, wodurch jedoch keine neuen ambulanten Pflegedienste identifiziert werden konnten.

Im darauffolgenden Schritt wurde die generierte Basisliste bereinigt und ergänzt. Die Bereinigung der Liste erfolgte zum einen durch das Entfernen von Dopplungen, indem die Liste alphabetisch nach Straßennamen beziehungsweise Pflegedienstnamen sortiert wurde. Sowohl Pflegedienste mit identischer Adresse aber unterschiedlichen Namen, als auch solche mit identischen Pflegedienst- und Straßennamen aber einer anderen Hausnummer wurden markiert, um jene Einträge anschließend im Internet und/oder telefonisch zu überprüfen. Zum anderen erfolgte mithilfe der jeweiligen Webseite eine Überprüfung der ambulanten Pflegedienste, die dem Namen nach keine ambulanten Pflegedienste zu sein schienen (z. B. Hospizzentren und Wohngemeinschaften). Abschließend wurden fehlende notwendige Informationen über die Dienste in der Bestandsliste ergänzt<sup>11</sup>: Fehlende E-Mail-Adressen wurden beispielsweise über den telefonischen Kontakt oder die jeweilige Internetseite ermittelt. Zur Vervollständigung der Bestandsliste mit der Angabe der Bezirke wurde die Tabelle nach den Postleitzahlen sortiert, so dass anhand von Postleitzahllisten die jeweiligen Bezirke identifiziert werden konnten. Die Gesamtanzahl der nach dem beschriebenen Verfahren identifizierten ambulanten Pflegedienste in Berlin lag bei 897 (= Grundstock).

### 3.2 Durchführung der Online-Befragung

Das quantitative Forschungsdesign der Studie sieht eine standardisierte Online-Befragung ambulanter Pflegedienste in Berlin vor. Angestrebt wird ein repräsentatives Abbild der Erhebungsgesamtheit durch die Stichprobe. Die ambulanten Pflegedienste wurden hierzu per E-Mail

---

<sup>10</sup> Fünf Online-Datenbanken unterschiedlichen Umfangs (Hilfelotse Berlin, Pflegelotse Berlin, Deutsches Seniorenportal, BKK-Pflegefinder, AOK-Pflegenavigator)

<sup>11</sup> Die Tabelle enthielt nach Möglichkeit folgende Informationen: Name, Adresse, Bezirk, Telefonnummer, E-Mail-Adresse und Webseite der ambulanten Pflegedienste

kontaktiert und über einen personalisierten Link zur Online-Befragung eingeladen. In dem Einladungsschreiben wurden Informationen zu Hintergrund und Zielsetzung der Studie, zu datenschutzrechtlichen Regelungen, sowie zum Ablauf der Online-Befragung übermittelt. Die Administration der Befragung erfolgte mittels der EFS-Software von Unipark. Die erhobenen Daten wurden dabei auf einem externen Server hinterlegt, deren Schutz durch den Unipark-Anbieter QuestBack gewährleistet wird. Im Vergleich zu anderen Erhebungsmethoden (z. B. Telefon- oder persönlich-mündliche Befragungen) lassen sich mit der Online-Befragung große Stichproben relativ kostengünstig realisieren. Die zeitliche und räumliche Unabhängigkeit dieser Befragungsvariante führt zudem zu einer vergleichsweise hohen Praktikabilität für die Teilnehmer/-innen. Gegenüber schriftlichen und mündlichen Befragungen besteht weiterhin der Vorteil, dass Interviewer-Effekte und Effekte sozialer Erwünschtheit entfallen (Hlawatsch/Krickl 2014). Ein Nachteil ist in der Regel eine geringe Ausschöpfungsquote bei Online-Befragungen – die Gründe hierfür liegen u. a. in der „Übersättigung“ der möglichen Befragungsteilnehmer/-innen durch häufige Online-Umfragen. Darüber hinaus besteht kaum oder kein persönlicher Kontakt zwischen den Befragungsteilnehmer/-innen und der durchführenden Forschungsinstitution, wodurch die Befragung einen eher unverbindlichen Charakter besitzt. Um die beschriebenen Nachteile abzumildern, wurde darauf geachtet, das Einladungsschreiben entsprechend motivierend und informativ zu gestalten. Durch den Versand von Remindern wurde zusätzlich versucht, die Rücklaufquote zu maximieren. Erzielten beide Maßnahmen nicht den gewünschten Effekt, so sollten die betreffenden Institutionen durch eine telefonische Nacherhebung zur Teilnahme motiviert werden. Konnte die Bereitschaft durch eine gezielte persönliche Kontaktaufnahme zu Pflegediensten dennoch nicht gefördert werden, wurde (nach Möglichkeit) eine kurze Non-Responder-Befragung durchgeführt. Die Untersuchung von Nonresponse und Ausfallgründen spielt eine genauso wesentliche Rolle, wie die Steigerung der Teilnahmebereitschaft. Nur so können systematische Verzerrungen in der Stichprobe aufgedeckt und in der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

### 3.3 Fragebogenkonstruktion

#### *Hauptfragebogen*

Der Fragebogen wurde auf Grundlage des aktuellen Forschungsstands konstruiert und in drei thematische Blöcke gegliedert. Bereits vorliegende Empfehlungen zur „kultursensible“<sup>12</sup> Gestaltung von Pflege wurden der Operationalisierung dieses Konstrukts zugrunde gelegt (Arbeitskreis Charta/Kuratorium Deutsche Altershilfe 2002; BMFSFJ 2005). Ziel ist es hierbei, die für eine kultursensible Angebotsausrichtung befördernden beziehungsweise hemmenden Faktoren zu ermitteln. Darüber hinaus werden auch Ergebnisse der beiden vorangegangenen Studien zu den Pflege- und Alternsvorstellungen beziehungsweise der Pflegesituation älterer (türkeistämmiger) Migrant/-

---

<sup>12</sup> Nach Durchführung des Pretests wurde der Begriff „kultursensibel“ durch „migrationssensibel“ ersetzt.

innen in Berlin bei der Fragebogenkonstruktion berücksichtigt, um einen Abgleich von Nutzer- und Angebotsperspektive zu ermöglichen. Folgende Aspekte bilden hierbei den Vergleichshorizont:

- a) Der Bestand an (kultursensiblen) Pflegeangeboten und deren Nutzung durch (türkeistämmige) Migrant/-innen.
- b) Die Ausgestaltung kultursensibler Pflegeangebote und die rekonstruierten Erwartungen an eine (kultursensible) Pflege.
- c) Die Gestaltung der Zugangswege, Informationen und Informationskanäle auf Anbieterseite und die durch die Nutzerbefragung abgebildete Informationssuche und Informationsquellen.

Im ersten Teil des Fragebogens werden strukturelle Merkmale der ambulanten Pflegeanbieter erfasst, welche Auskunft über den Tätigkeitsradius der Pflegedienste, das Gründungsjahr und die Trägerschaft liefern. Des Weiteren werden Merkmale der Anbieter- und Nutzerprofile abgefragt, um Informationen über den Anteil an Klient/-innen beziehungsweise Mitarbeiter/-innen mit Migrationshintergrund und deren Herkunftsländer zu erhalten. Abschließend erfasst der erste Block Angaben über die Anzahl an Mitarbeiter/-innen und Klient/-innen insgesamt, wodurch sich die Größe der Pflegedienste bestimmen lässt.

Der zweite und zentrale Themenblock generiert Daten zur Dimension „kultursensible Pflege“. Zur Operationalisierung des Konzepts der kultursensiblen Pflege werden Fragen zur Ausgestaltung des Pflegeangebots, der Öffentlichkeitsarbeit und Qualifizierung der Mitarbeiter/-innen gestellt – aber auch solche, die die Einstellung der Befragungsteilnehmer/-innen sowie deren Verständnis von „kultursensibler Pflege“ abbilden. Die Fragen zur Ausgestaltung des Pflegeangebotes (Art und Umfang des Pflegeangebots) orientieren sich im Wesentlichen an den Versorgungserwartungen der älteren (türkeistämmigen) Migrant/-innen aus der Vorgängerstudie um einen Vergleichshorizont für die Analyse zu konstruieren. Ähnlich verhält es sich mit den Fragen zur Nutzung von Zugangs- und Informationswegen durch Pflegedienste. Das Interesse gilt hierbei insbesondere der Art der Anwerbung sowie deren Praktikabilität in der Praxis. Aber nicht nur die Zusammensetzung kultursensibler Pflegeangebote und die Informationswege der Anbieter sind von Interesse, sondern auch die Qualifizierungsmaßnahmen für die Mitarbeiter/-innen. Von weiterer Bedeutung sind die subjektiven Einschätzungen der Entwicklungstendenzen hinsichtlich der quantitativen Entwicklung kultursensibler Pflegeangebote, sowie die subjektiv wahrgenommenen hemmenden oder befördernden Faktoren.

Der dritte Befragungsblock widmet sich der Erhebung von technischen Daten. Den Kern bildet hierbei die Abfrage zur Funktion (z. B. Inhaber, Geschäftsführer, Pflegedienstleitung, Teamleitung) der Teilnehmer/-innen. Da einige ambulante Pflegedienste über mehrere Standorte in Berlin verfügen, wurde diesen die Möglichkeit der zentralen Beantwortung des Fragebogens eingeräumt. Um diesen Umstand in der Datenanalyse berücksichtigen zu können, wurde die jeweilige Gesamtzahl der Standorte, für welche geantwortet wurde, erfasst.

#### *Non-Responder-Fragebogen*

Mit ambulanten Pflegediensten, die eine Teilnahme an der Befragung ablehnten, wurde (nach Möglichkeit) telefonisch ein kurzer Non-Responder-Fragebogen (Anhang I) durchgeführt. Hierdurch sollen grundlegende Informationen erfasst und in der Analyse berücksichtigt werden. Der Kurzfragebogen beinhaltet einige zentrale Faktoren mit potentieller Relevanz für die spätere Auswertung. Analog zum Hauptfragebogen wurden die strukturellen Merkmale (Tätigkeitsradius; Gründungsjahr; Trägerschaft) der Pflegedienste erhoben und zusätzlich die Gründe für eine Nichtteilnahme vermerkt.

### 3.4 Pretest

Im Vorfeld der Hauptbefragung wurde der Fragebogen einem Pretest unterzogen. Für die Durchführung des Pretests wurde eine Methodenkombination aus qualitativen und quantitativen Anteilen gewählt, um die Fragen u. a. auf Konsistenz und Verständlichkeit hin zu überprüfen.

In der ersten Pretest-Phase wurden leitfadengestützte Interviews mit drei Vertreter/-innen verschiedener Pflegedienste durchgeführt. Zunächst beantworteten die Teilnehmer/-innen den Online-Fragebogen probeweise, anschließend gaben Sie im Rahmen eines qualitativen Telefoninterviews Rückmeldung zu Aspekten der Verständlichkeit und/oder Vollständigkeit (Fragen, Items, Antwortmöglichkeiten, Einladungsschreiben), Nutzerfreundlichkeit, Umfang und Dauer des Fragebogens.

Insgesamt wurde der Fragebogen von den Probanden als positiv und die Fragen als gut verständlich bewertet – allerdings stellte sich der Terminus „kultursensibel“ als problematisch beziehungsweise uneindeutig heraus. In der Testversion des Fragebogens wurde der Begriff „kultursensible Pflege“ ohne genauere Definition verwendet. Es zeigte sich, dass die Verwendung dieses Ausdrucks für die Befragungspersonen nicht selbstverständlich in Verbindung zur Versorgung von Migrant/-innen gebracht wurde. Die Pretest-Teilnehmer/-innen äußerten beispielsweise im Feedbackgespräch, dass „Kultursensible Pflege nichts anderes bedeutet, als die Berücksichtigung individueller Besonderheiten, das Eingehen auf den Klienten und Toleranz, was ein selbstverständlicher Bestandteil der Pflege jedes Menschen ist und keine Besonderheit der Versorgung von Migrant/-innen“ oder „Jeder Mensch hat eine Kultur und selbstverständlich wird sie berücksichtigt“. Um das Forschungsvorhaben umzusetzen und Erkenntnisse über den Zusammenhang von Migrationsstatus und Pflege zu erhalten, wurde das Hauptaugenmerk auf die Migrantendimension beziehungsweise den Migrationskontext gelegt. Dementsprechend wurde die Bezeichnung „kultursensibel“ in der überarbeiteten Version des Fragebogens durch „migrationssensibel“ ersetzt, um einen eindeutigen Bezug zur Pflege von Migrant/-innen herzustellen und Fehlinterpretationen durch die Befragungspersonen zu vermeiden. Zusätzlich wurde der Begriff im Fragebogen wie folgt definiert: Unter migrationssensibler Pflege wird in der vorliegenden Untersuchung eine pflegerische Versorgung verstanden, die mögliche Besonderheiten in den Bedürfnissen und Gewohnheiten von Klient/-innen mit Migrationshintergrund berücksichtigt.

Nach der ersten Anpassung und Optimierung wurde der Online-Testfragebogen in einer einmonatigen Pretest-Phase (im Januar 2015) empirisch geprüft. Mit dem Ziel eine Pretest-Stichprobe von (mindestens) 30 Teilnehmern zu realisieren und unter der Annahme einer Ausschöpfungsquote von 20 Prozent wurden 150 Pflegedienste aus allen zwölf Berliner Bezirken in Berlin zur Online-Befragung eingeladen. Grundlage hierfür bildete die vorab erstellte Bestandsliste der ambulanten Pflegedienste in Berlin.

Um die Varianz der ambulanten Pflegedienste hinsichtlich einer Betreuung von Migrant/-innen zu berücksichtigen, beinhaltete die Stichprobe auch 25 Pflegedienste mit einer expliziten migrations-sensiblen Ausrichtung. Ob ein Pflegeleistungserbringer über eine migrationssensible Ausrichtung verfügt, wurde an dessen Selbstdarstellung auf der jeweiligen Internetseite festgemacht. Neben dem Namen der Pflegedienste, die eine solche Ausrichtung bereits erkennen lassen, wurden zusätzlich Informationen zu Zielgruppen (z. B. Migrantengruppen) den Webseiten der Unternehmen entnommen. In der Pretest-Phase konnte bei einer Stichprobengröße von 150 ambulanten Pflegediensten eine Ausschöpfungsquote von annähernd 30 Prozent erreicht werden. 29 ambulante Pflegedienste lehnten eine Teilnahme gänzlich ab. Mit 28 ambulanten Pflegediensten konnte eine telefonische Non-Responder-Befragung durchgeführt werden.

Auf Grundlage der quantitativen Pretest-Ergebnisse<sup>13</sup> erfolgte eine zweite Überarbeitung des Fragebogens mit dem Ziel, die Abbrecherquote (6,67 Prozent) in der Hauptdatenerhebung zu reduzieren. Der optimierte Fragebogen entsprach weitgehend der Basisversion. Allerdings wurde die Filterführung und Fragebogendramaturgie stellenweise für die Teilnehmer/-innen umgestaltet und angepasst. Abhängig von der Antwort auf bestimmte Filterfragen wurden in der Haupterhebung unterschiedliche Folgefragen gestellt. Pflegedienste, die nach Selbsteinschätzung weder auf Migrant/-innen spezialisiert noch migrationssensibel sind und keinen beziehungsweise einen geringen Anteil an Klient/-innen mit Migrationshintergrund betreuen (<5 Prozent), wurden über einen Großteil der Fragen zu migrationssensiblen Angebotsausrichtung hinweggeleitet und statt dessen gefragt, welche Gründe aus ihrer Sicht gegen eine migrationssensible Pflege sprechen. Hierdurch wurde bewerkstelligt, dass Befragungsteilnehmer/-innen sich nicht mit Thematiken oder Bereichen befassen müssen, die sie als für sich nicht zutreffend einstufen und zu Antwortverweigerungen führen könnten. Neben den inhaltlichen Ergebnissen zur Verbesserung des Erhebungsinstrumentes lieferte der Pretest die Erkenntnis, dass eine telefonische Nacherhebung die Ausschöpfung der Stichprobe deutlich steigern kann. Die Anzahl der Pretest-Teilnehmer/-innen wurde auf diese Weise nahezu verdoppelt.

---

<sup>13</sup> Die Pretest-Teilnehmer hatte die Möglichkeit Anmerkungen und Kommentare direkt im Fragebogen zu vermerken. Diese Anmerkungen wurden in der Fragebogenoptimierung berücksichtigt.



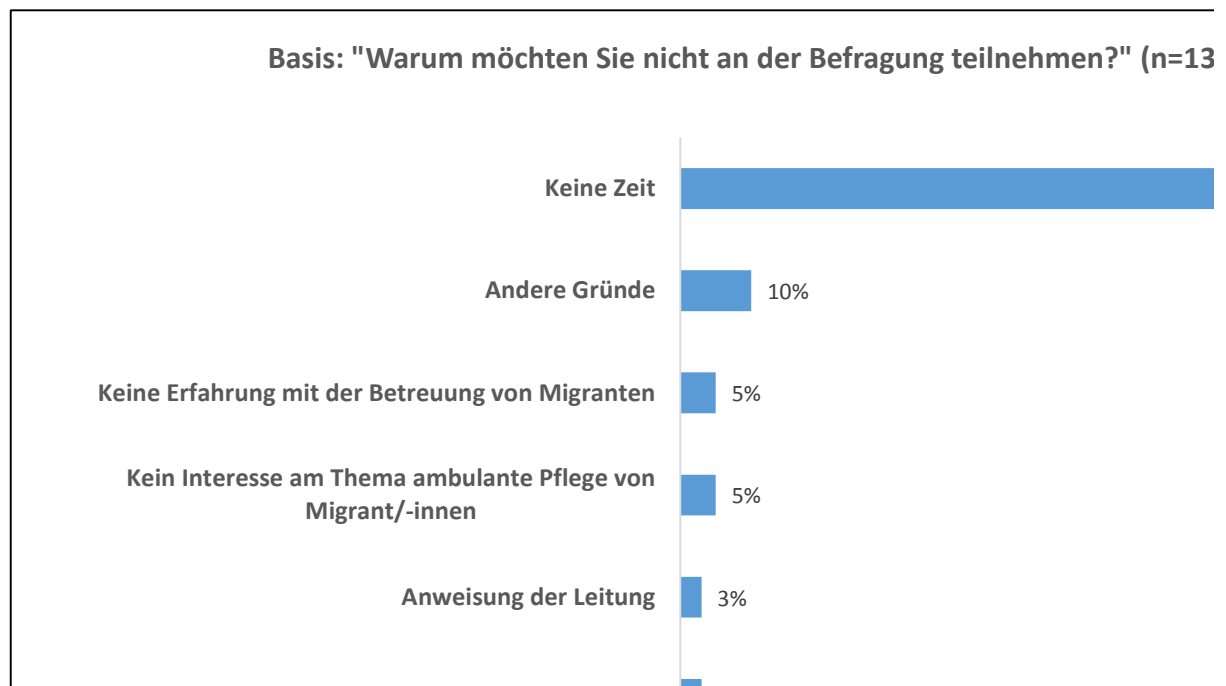
## 3.5 Daten

### 3.5.1 Response und Non-Responder-Analyse

Zur Erhebungsgrundgesamtheit zählen alle ambulanten Pflegedienste in Berlin, die durch die Bestandsanalyse identifiziert werden konnten. Dieser Grundstock umfasste 897 Dienste (siehe Kapitel 3.1). Nach einer kontinuierlichen Bereinigung der Bestandsliste (Entfernung von Doppelungen und nicht mehr existenten Pflegediensten) wurden schließlich 698 (Bruttostichprobe) ambulante Pflegedienste zur Online-Befragung eingeladen. Hiervon waren 75 Pflegedienste qualitätsneutrale Ausfälle, d.h. sie gehörten nicht zur definierten Grundgesamtheit (z. B. ungültige Adressen; kein ambulante Pflegedienste). Hieraus ergibt sich eine bereinigte Bruttostichprobe von 623 ambulanten Pflegediensten. Insgesamt nahmen 211 (Nettobeteiligung) ambulante Pflegedienste an der Befragung teil, wovon 174 Pflegedienste den Fragebogen vollständig beantworteten. Hierdurch konnte eine Ausschöpfungsquote von 33,9 Prozent erzielt werden. Eine wesentliche Rolle zur Förderung der Ausschöpfungsquote spielte dabei die telefonische Nacherhebung. Im Rahmen dieser wurden 382 ambulante Pflegeeinrichtungen durch geschulte Projektmitarbeiter/-innen kontaktiert. So konnten nachträglich Pflegedienste, die weder auf die Einladungs- noch auf die Erinnerungsmail reagierten, zu einer Teilnahme an der Befragung motiviert werden. Mit 134 ambulanten Pflegediensten, die eine Teilnahme vollständig ablehnten, wurde ein kurzer Non-Responder-Fragebogen durchgeführt. Dies entspricht einem Anteil von 21,5 Prozent der bereinigten Bruttostichprobe, wodurch zu insgesamt 55,4 Prozent der Stichprobe Basisinformationen vorliegen. Die Hauptgründe für eine Nichtteilnahme zeigt Abbildung 3. Der Großteil der Teilnahmeverweigerer (84 Prozent) lehnte die Befragung aus zeitbedingten Gründen ab. Nur ein geringer Teil von jeweils 5 Prozent gab thematische (migrationsbezogene) Motive an.



Abbildung 3: Gründe für Teilnahmeverweigerung der Non-Respondenten (in Prozent)



Quelle: Studie zur ambulanten pflegerischen Versorgung älterer (türkeistämmiger) Migrant/-innen in Berlin

Um systematische Verzerrungen in der Stichprobe aufzudecken und Aussagen über die Gültigkeit der Ergebnisse treffen zu können, werden zusätzlich die Non-Responder und Responder bezüglich ausgewählter Merkmale gegenübergestellt. Eine Verzerrung der Ergebnisse kann durch Antwortausfälle hervorgerufen werden, wenn sich Respondenten und Non-Respondenten systematisch unterscheiden. Diese systematischen Verzerrungen bezeichnet man als Non-Response-Bias (Schweigeverzerrung) (Knöferl 2010). Zur Einschätzung der Belastbarkeit der Ergebnisse werden daher die Merkmale Betreuung Klienten mit und ohne Migrationshintergrund und die Trägerschaft zwischen Teilnehmer/-innen und Nichtteilnehmer/-innen verglichen. Tabelle 2 zeigt, dass die Prozentsätze differieren. Die teilnehmende Population unterscheidet sich von der nichtteilnehmenden Population hinsichtlich der Klient/-innenstruktur. Pflegedienste, die keine Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund betreuen sind demnach in der Stichprobe unterrepräsentiert<sup>14</sup>. Obwohl in dem Einladungsschreiben explizit darauf hingewiesen wurde, dass alle ambulanten Pflegedienste – unabhängig davon, ob sie Migrant/-innen betreuen oder nicht – an der Studie teilnehmen sollen, könnte die Bereitschaft zur Beantwortung des Online-Fragebogens bei ambulanten Pflegediensten, die Migranten/-innen betreuen größer gewesen sein, als bei jenen, die keine betreuen (= positive Selektion hinsichtlich der Dienste, die Migrant/-innen betreuen) Hinsichtlich des Merkmals Trägerschaft sind kaum Unterschiede zwischen Teilnehmer/-innen und Nicht-Teilnehmer/-innen auszumachen. Diese mögliche positive Selektion hinsichtlich der Dienste, die migrationssensible Angebote vorhalten, muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

<sup>14</sup> Der Chi-Quadrat-Test zeigt ein signifikantes Ergebnis ( $p=0.002$ )

Tabelle 2: Randverteilungen/Prozentsätze ausgewählter Merkmale für Respondenten und Non-Respondenten

Merkmal	Respondenten (in Prozent)	Non-Respondenten (in Prozent)	Differenz
Klienten mit Migrationshintergrund	N=198	N=132	
Ja	82,3	72,0	10,2
Nein	17,7	28,0	-10,3
Trägerschaft	N=198	N=118	
Privat	75,8	74,6	1,2
Freigemeinnützig	23,7	21,2	2,5
Öffentlich	0,5	4,2	-3,7

Quelle: Studie zur ambulanten pflegerischen Versorgung älterer (türkeistämmiger) Migrant/-innen in Berlin

Neben der Analyse der Non-Response und Response hinsichtlich wichtiger Merkmale ist eine weitere statistische Frage bezüglich der Repräsentativität, ob die Anteile der teilnehmenden ambulanten Pflegedienste bezüglich ihres Standortes (Bezirke) den tatsächlichen Anteilen in der Grundgesamtheit entsprechen. Dieses Kriterium als Vergleichsmerkmal ist relevant, da sich die einzelnen Berliner Bezirke stark im Hinblick auf den Anteil der Einwohner/-innen mit Migrationshintergrund unterscheiden. Möglicherweise würden also Verzerrungen entstehen, wenn lediglich Pflegedienste aus Bezirken mit einem hohen beziehungsweise niedrigen Anteil an Migrant/-innen teilnehmen würden, da anzunehmen ist, dass dort auch über- beziehungsweise unterproportional viele Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund anzutreffen sind. Unter Anwendung des Chi-Quadrat-Tests konnte allerdings bestätigt werden, dass die Stichprobe im Hinblick auf die Verteilung der ambulanten Pflegedienste nach Bezirken repräsentativ ist ( $X^2 = 11,5$ ;  $df = 11$ ;  $p < 0,05$ ).

### 3.5.2 Beschreibung der Stichprobe

Das Analysesample setzt sich aus 211 ambulanten Pflegediensten zusammen, die in Berlin ansässig sind. Zur Beschreibung der Stichprobe werden strukturelle Merkmale der Pflegeanbieter herangezogen, um einen Überblick über deren Einrichtungsprofil zu geben (vgl. Tab. 3). Die Struktur im ambulanten Setting in Berlin kann insgesamt als äußerst heterogen beschrieben werden. Sowohl im Hinblick auf die Größe der Pflegedienste, als auch hinsichtlich der Anteile an betreuten Klient/-innen und Pflegekräften mit Migrationshintergrund.

#### *Größe*

Zur Bestimmung der Größe der ambulanten Pflegedienste wird der Anteil der Mitarbeiter/-innen insgesamt (einschließlich Leitungsebene, Verwaltung und Innendienst), als auch die Anzahl der betreuten Klient/-innen betrachtet.

Durchschnittlich beschäftigen ambulante Dienste in Berlin 40 Mitarbeiter/-innen, die entweder im Bereich der Verwaltung oder der Pflege tätig sind. Die Spannweite erstreckt sich zwischen 1 und 350 Beschäftigten. 12,4 Prozent der ambulanten Pflegedienste weisen einen Mitarbeiterstamm von weniger als 10 Personen auf. Fast die Hälfte (43 Prozent) haben zwischen 10 bis 30 und mehr als ein Drittel (35,2 Prozent) zwischen 31 und 80 Beschäftigte. Lediglich 9,3 Prozent beschäftigen mehr als 80 Angestellte. Ein Vergleich der Mitarbeiterspanne in der vorliegenden Stichprobe mit den Untersuchungsergebnissen aus einer nicht repräsentativen Studie von Bernd Kolleck (2007) zu ambulanten Pflegediensten in Berlin liefert tendenziell ähnliche Resultate. In beiden Berliner Studien liegt eine relativ hohe Standardabweichung<sup>15</sup> vor – dies weist auf große Unterschiede in der Größe der Mitarbeiterschaft hin.

Die Anzahl der betreuten Klient/-innen variiert ebenfalls stark zwischen den einzelnen ambulanten Pflegediensten. 196 Dienste gaben Klientenzahlen zwischen 1 und 450 Personen an. Durchschnittlich betreut ein ambulanter Pflegedienst 97 pflegebedürftige Personen. Die Standardabweichung wird mit  $s=81$  angegeben und weist darauf hin, dass die Einrichtungen zum Teil sehr viel mehr beziehungsweise sehr viel weniger Klient/-innen betreuen. Während 17,9 Prozent der Dienste weniger als 30 Klient/-innen versorgen, betreuen mehr als ein Viertel der ambulanten Leistungserbringer zwischen 30 bis 60 Pflegebedürftige (27,6 Prozent). 28,6 Prozent der Pflegedienste pflegen zwischen 101 bis zu 200 Personen und ein geringer Anteil von 9,7 Prozent sogar über 200 Klient/-innen. (vgl. Tab. 3) Bedingt wird die große Schwankungsbreite im Hinblick auf die zu betreuenden Pflegebedürftigen möglicherweise zusätzlich durch das Antwortverhalten der Pflegedienste. Einige Dienste beantworteten den Fragebogen zentral für mehrere Standorte, was sich gegebenenfalls in der Angabe einer entsprechend hohen Klientenzahl niederschlägt. Eine getrennte Ausweisung der zu betreuenden Klient/-innen nach dem jeweiligen Standort eines Pflegedienstes ist jedoch aufgrund der Anonymisierung der Befragung nicht möglich. Insgesamt kann allerdings festgehalten werden, dass der ambulante Pflegemarkt äußerst vielfältig ist und sich sowohl Einmannbetriebe als auch große Institutionen (Caritas etc.) an der Befragung beteiligt haben.

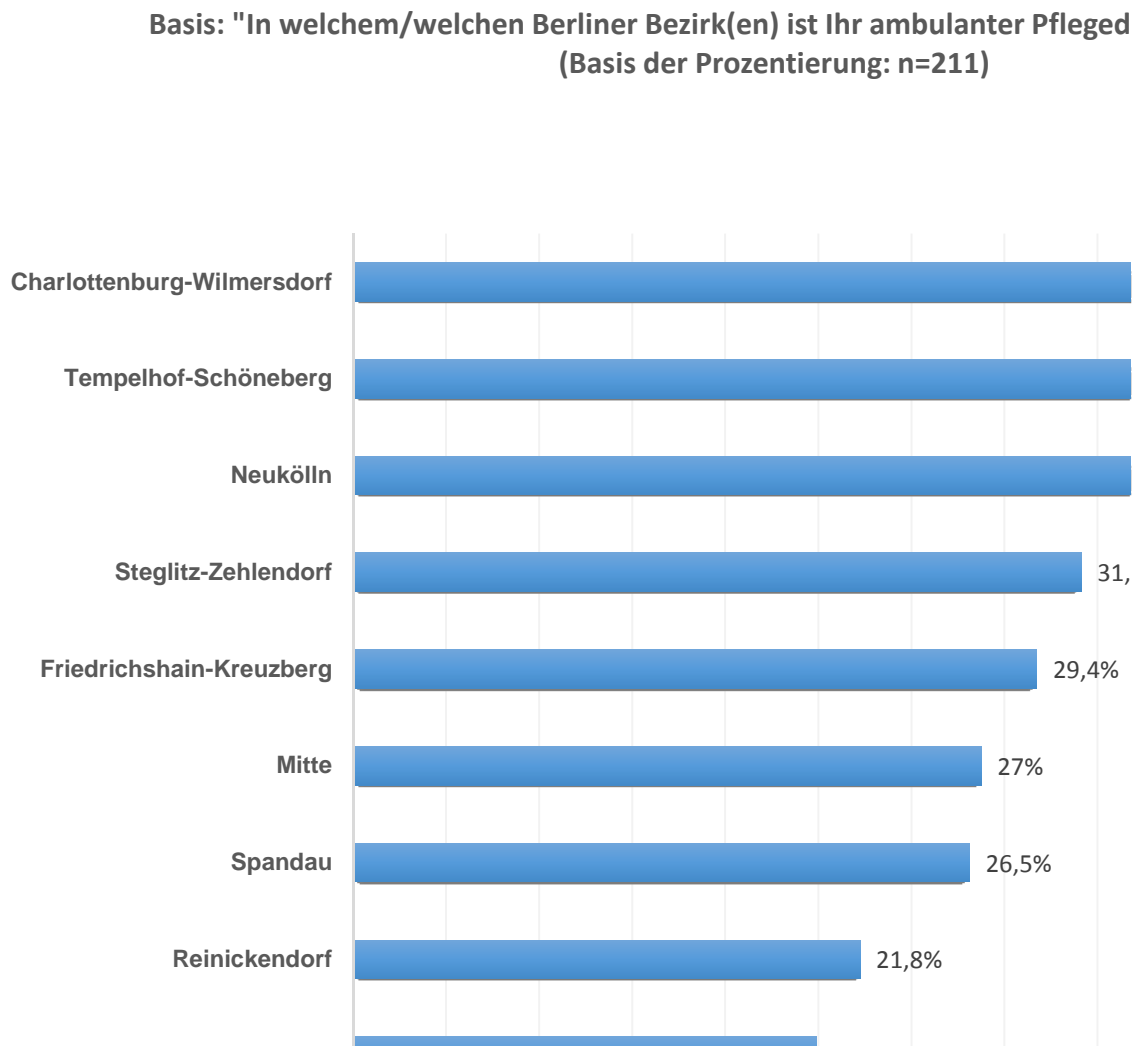
### *Tätigkeitsradius*

Der Tätigkeitsradius der ambulanten Pflegedienste in Berlin ist flächendeckend und es werden von einem Dienst teilweise mehrere Bezirke betreut. Von allen Berliner Bezirken sind die meisten ambulanten Pflegeleistungserbringer in Charlottenburg-Wilmersdorf tätig (11,1 Prozent) gefolgt von Tempelhof-Schöneberg (10,8 Prozent) und Neukölln (10,6 Prozent). Da einige ambulante Pflegedienste bezirksübergreifend tätig sind, waren in der Abfrage des Tätigkeitsradius Mehrfachnennungen möglich, um einen ganzheitlichen Überblick über die Einsatzgebiete der Pflegedienste zu erhalten. Die Abbildung 4 zeigt deutlich, dass sich der Einsatzbereich in vielen Fällen nicht auf einen Bezirk konzentriert. 35,1 Prozent der ambulanten Pflegedienste, deren Tätigkeitsbereich Berlin ist, betreuen Klienten in Charlottenburg-Wilmersdorf.

---

<sup>15</sup> Kolleck-Studie: Standardabweichung = 63; ZQP/Charité-Studie: Standardabweichung = 40

Abbildung 4: Einzugsgebiete der ambulanten Pflegedienste (Mehrfachnennungen, in Prozent)



Quelle: Studie zur ambulanten pflegerischen Versorgung älterer (türkeistämmiger) Migrant/-innen in Berlin

#### *Gründungsjahr*

Zu 199 ambulanten Pflegeeinrichtungen liegen Angaben über das jeweilige Gründungsjahr vor. Der überwiegende Anteil (35,7 Prozent) der Pflegedienste gründete sich im Zeitraum von 2000 bis 2009. Ein Viertel (25,6 Prozent) entstand nach dem Jahr 2009. Vor 1990 wurden 16,6 Prozent und in den 1990iger-Jahren 22,1 Prozent der Dienste in Berlin gegründet. Zum Zeitpunkt der Erhebung war ein ambulanter Pflegedienst durchschnittlich knapp 14 Jahre alt. Einige Pflegedienste sind allerdings deutlich jünger beziehungsweise deutlich älter. So besteht der älteste Pflegedienst seit 1978 und die jüngsten Pflegedienste seit dem Jahr 2015.

#### *Trägerschaft*

Der mehrheitliche Anteil (75,8 Prozent) der ambulanten Pflegedienste ist in privater Trägerschaft. Hiervon weist fast die Hälfte der Inhaber (46,6 Prozent) einen Migrationshintergrund auf. In der Rangfolge an zweiter Stelle stehen freigemeinnützige ambulante Pflegeleistungserbringer (23,7 Prozent). Kaum vertreten sind Dienste in öffentlicher Trägerschaft (0,5 Prozent). Wie im Abschlussbericht zur Studie Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes thematisiert wird, liegt die geringe Anzahl an Diensten in öffentlicher Trägerschaft in der Vorschrift des §72 Abs. 3 SGB XI begründet. Dieser ist zu entnehmen, dass Versorgungsverträge vorrangig mit freigemeinnützigen und privaten Trägern abgeschlossen werden sollen (Bundesministerium für Gesundheit 2011).

Weiterhin zeigt sich, dass die Anzahl der Neugründungen von privat geführten ambulanten Diensten im Zeitverlauf sukzessive angestiegen ist – insbesondere seit dem Jahr 1999. Dem entgegen sind Neugründungen in freigemeinnütziger Trägerschaft über die Zeit rückläufig. So wurden beispielsweise seit dem Jahr 2010 49 private Pflegedienste in Berlin gegründet, wohingegen im gleichen Zeitraum kein freigemeinnütziger Dienst entstand.

Tabelle 3: Strukturelle Merkmale im ambulanten Setting Berlin

Merkmale	Stichprobe	
	Anzahl	in Prozent
<b>Größe (Anzahl Mitarbeiter)</b>		
Unter 10	24	12,4
10 bis 30	83	43
31 bis 80	68	35,2
Mehr als 80	18	9,3
Gesamt	193	100,0
<b>Größe (Anzahl Klienten)</b>		
Unter 30	35	17,9
30 bis 60	54	27,6
61 bis 100	32	16,3
101 bis 200	56	28,6
Mehr als 200	19	9,7
Gesamt	196	100,0
<b>Gründungsjahr</b>		
Vor 1990	33	16,6
Zwischen 1990 und 1999	44	22,1
Zwischen 2000 und 2009	71	35,7
Nach 2010	51	25,6
Gesamt	199	100,0

<b>Trägerschaft</b>		
Privat	150	75,8
Freigemeinnützig	47	23,7
Öffentlich	1	0,5
Gesamt	198	100,0
<b>Nutzerstruktur (Anteil Nutzer mit MH)</b>		
Keine Migrationserfahrung	35	17,7
Bis 25 Prozent	119	60,1
Bis 50 Prozent	18	9,1
Bis 80 Prozent	11	5,6
Mehr als 80 Prozent	15	7,6
Gesamt	198	100,0
<b>Mitarbeiterstruktur (Anteil Mitarbeiter mit MH)</b>		
Keine Migrationserfahrung	26	13,5
Bis 25 Prozent	103	53,4
Bis 50 Prozent	30	15,5
Bis 80 Prozent	16	8,3
Mehr als 80 Prozent	18	9,3
Gesamt	193	100,0

Quelle: Studie zur ambulanten pflegerischen Versorgung älterer (türkeistämmiger) Migrant/-innen in Berlin

Anmerkung: MH = Migrationshintergrund

#### 4. Ergebnisse: Migrationssensible Pflege im ambulanten Bereich – eine IST-Analyse

Im Zentrum der Ist-Analyse stehen die Anbieterstruktur und das Leistungsprofil im ambulanten Pflegesektor von Berlin. Inhaltliches Ziel dieser Analyse ist es, (1) die Anbieterstruktur im Hinblick auf die Migrantenanteile unter den Klient/-innen (und Mitarbeiter/-innen) zu charakterisieren, (2) Einstellungen der ambulanten Versorger/-innen zu einer migrationssensibel ausgerichteten Pflege zu erfassen und (3) das Leistungsprofil (d. h. migrationssensibles Angebotsprofil, Öffentlichkeitsarbeit, Qualifizierung der Mitarbeiter/-innen) im ambulanten Versorgungssektor zu analysieren.

Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf dem Bestand migrationssensibler ambulanter Pflegeangebote, der Erfassung von Öffentlichkeitsarbeit und auf der Qualifizierung von Mitarbeiter/-innen. Dies ermöglicht eine Einschätzung, ob und inwiefern sich ambulante pflegerische Versorgungsstrukturen für Migrant/-innen herausbilden. Darüber hinaus trägt eine differenzierte Betrachtung der Pflegeleistungserbringer dazu bei, jene relevanten strukturellen Merkmale zu identifizieren, die eine migrationssensible Angebotsausrichtung beeinflussen. Zur Erfassung der (migrationssensiblen)

Angebote wurden die ambulanten Pflegedienste gebeten anzukreuzen, inwieweit verschiedene Leistungen Bestandteil der Pflege ihrer Klient/-innen mit Migrationshintergrund sind.

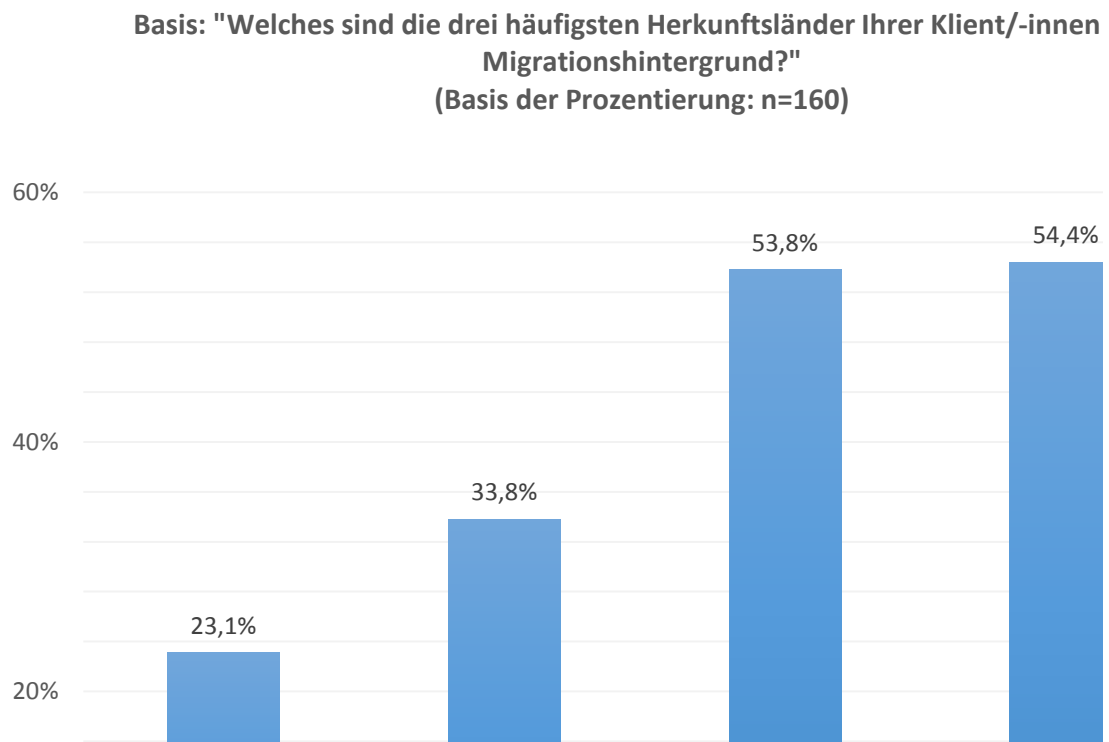
In die Analyse des Angebotsprofils, der Werbemaßnahmen/Informationspolitik und Qualifizierung beziehungsweise Spezialisierung der Mitarbeiter/-innen gehen ambulante Pflegedienste ein, die sich als migrationssensibel einschätzen oder auf Migrant/-innen spezialisiert sind oder mehr als 5 Prozent pflegebedürftige Migrant/-innen betreuen. Die Dienste, die keine dieser Filterkriterien erfüllen, wurden über den Fragenblock zu einer „migrationssensiblen Pflege“ hinweggeleitet. Um erste Vergleichsmomente zu schaffen, werden einige generierte Untersuchungsergebnisse in den Kontext zu Ergebnissen anderer Studien zur ambulanten Versorgung von Migrant/-innen gestellt.

#### **4.1 Migrantenspezifische Charakteristika der Anbieterstruktur**

##### *Nutzer/-innen mit Migrationshintergrund*

Von 198 Befragungsteilnehmer/-innen gaben 35 ambulante Pflegedienste an, dass sie zurzeit keine pflegebedürftigen Personen mit Migrationshintergrund betreuen. Dies entspricht etwa 18 Prozent. Mehr als die Hälfte (60,1 Prozent) schätzt den zu betreuenden Anteil an Nutzer/-innen mit Migrationshintergrund auf bis zu 25 Prozent. Ein Anteil von 15 Einrichtungen (7,6 Prozent) weist überdies einen Nutzeranteil mit Migrationshintergrund von über 80 Prozent auf. Hiervon beschreiben sich 10 Befragte als auf Migrant/-innen spezialisierte ambulante Pflegeleistungserbringer. Insgesamt liegt der Anteil der Nutzer/-innen mit Migrationshintergrund gemessen an allen Nutzer/-innen bei durchschnittlich 19 Prozent. Die Migrant/-innen, welche von ambulanten Pflegediensten betreut werden, weisen eine hohe Heterogenität bezüglich ihrer Herkunftsländer auf. Am häufigsten versorgen Berliner Dienste Nutzer/-innen mit türkischem (54,4 Prozent) oder russischem (53,8 Prozent) Hintergrund. 33,8 Prozent des Nutzerstamms entfallen auf polnische Pflegebedürftige und 23,1 Prozent auf Migrant/-innen aus dem ehemaligen Jugoslawien. Weitere 33 Prozent Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund stammen aus anderen Herkunftsländern, die hier nicht genauer spezifiziert werden (vgl. Abb. 5).

Abbildung 5: Herkunftsländer der Nutzer/-innen mit Migrationshintergrund (Mehrfachnennungen, in Prozent)



Quelle: Studie zur ambulanten pflegerischen Versorgung älterer (türkeistämmiger) Migrant/-innen in Berlin

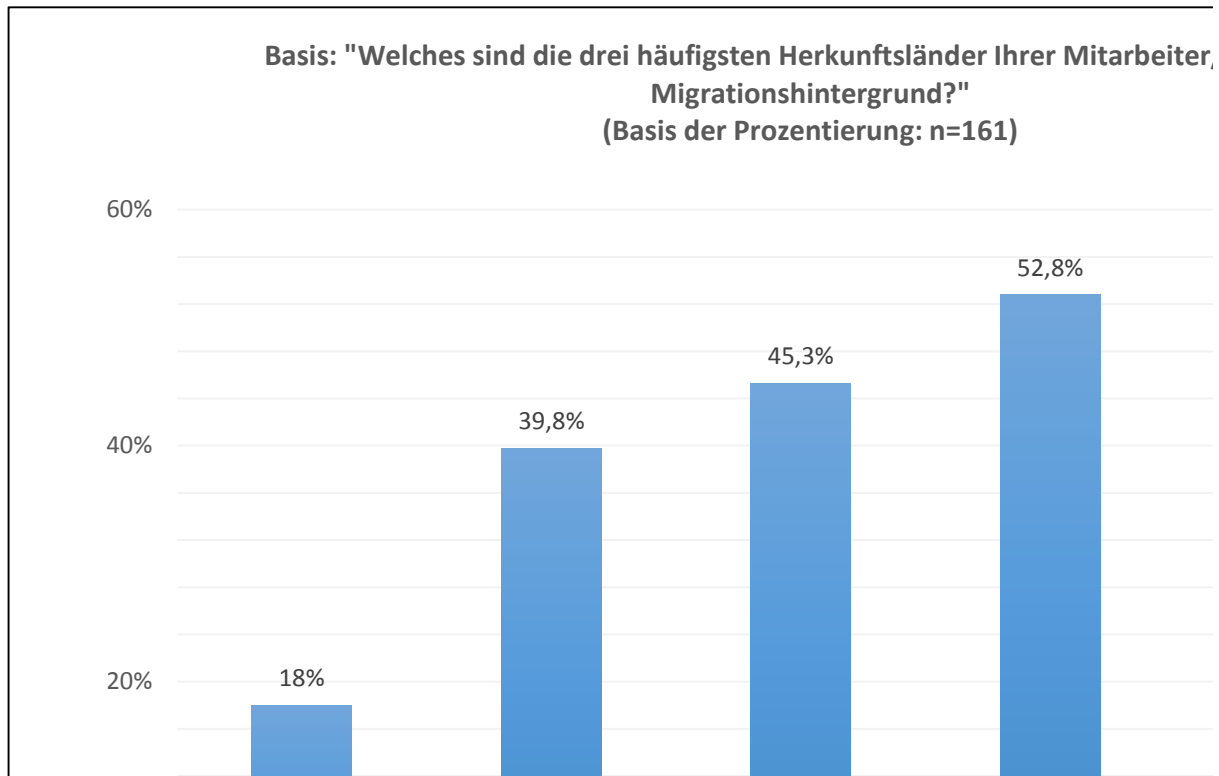
#### *Mitarbeiter/-innen mit Migrationshintergrund*

Im Durchschnitt liegt der Anteil der Mitarbeiter/-innen mit Migrationshintergrund gemessen an allen Mitarbeiter/-innen bei 27,2 Prozent. Die prozentuale Verteilung gestaltet sich ähnlich, wie bei den Nutzer/-innen mit Migrationshintergrund. 13,5 Prozent der ambulanten Dienste beschäftigen keine Pflegekräfte mit Migrationserfahrung. 9,3 Prozent der befragten Dienste verfügen über einen Mitarbeiterstamm, von denen mehr als 80 Prozent aus Mitarbeiter/-innen selbst einen Migrationshintergrund aufweisen. Die Verteilung der Mitarbeiter/-innen nach dem Migrationshintergrund respektive dem Herkunftsland<sup>16</sup> zeigt, dass polnische Pflegekräfte (52,8 Prozent) am stärksten vertreten sind, gefolgt von russischen (45,3 Prozent), türkischen (39,8 Prozent) und Mitarbeiter/-innen aus dem ehemaligen Jugoslawien (18 Prozent) (vgl. Abb. 6). Dieses Ergebnis deckt sich mit anderen Studien (vgl. Kolleck).

<sup>16</sup> Mehrfachnennungen möglich



Abbildung 6: Herkunftsländer der beschäftigten Pflegekräfte mit Migrationshintergrund (Mehrfachnennungen, in Prozent)



Quelle: Studie zur ambulanten pflegerischen Versorgung älterer (türkeistämmiger) Migrant/-innen in Berlin

### Größe

Betrachtet man die Gesamtnutzerzahl im Zusammenhang mit den zu pflegenden Personen mit Migrationshintergrund, so betreuen eher große Dienste Migrant/-innen. Von 193 Pflegediensten, zu welchen Angaben über die Gesamtzahl der Nutzer/-innen sowie die Zahl der zu Nutzer/-innen mit Migrationshintergrund vorliegen, betreuen 160 ambulante Pflegedienste Migrant/-innen. Hier von zählen 41,9 Prozent zu den größeren (ab 101 Klient/-innen), 44,4 Prozent zu den mittelgroßen (zwischen 31 und 100 Klient/-innen) und lediglich 13,8 Prozent (bis 30 Klient/-innen) zu den kleinen Pflegediensten. Auf Seite der Dienste, die keine Migrant/-innen betreuen, zeigt sich ein anderes Bild. 39,4 Prozent zählen zu den kleineren, 39,4 Prozent zu den mittleren und 21,2 Prozent zu den großen Pflegeleistungserbringern. 35,7 Prozent der Dienste, die mehr als 80% Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund versorgt zählen zu den größeren Diensten (ab 101 Klient/-innen). Lediglich 7,1 Prozent der Dienste mit mehr als 80 Prozent Migrant/-innen zählt zu den kleineren Pflegediensten (unter 30 Klient/-innen). Die Differenzierung von Pflegediensten nach ihrer Größe konnte einen statistisch signifikanten Zusammenhang ( $p < 0,001$ ) zwischen der Gesamtnutzerzahl und der Anteile an Nutzer/-innen mit Migrationshintergrund zu Tage fördern. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit der repräsentativen Studie zu „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ (Bundesminis-

terium für Gesundheit 2011). Auch hier konnte die „Größe der Einrichtung<sup>17</sup>“ als struktureller Faktor identifiziert werden, der mit dem Anteil von Personen mit Migrationshintergrund im ambulanten Setting assoziiert ist. Diese Ergebnisse können durch eine regionale Untersuchung zur „Kultursensiblen ambulanten Altenpflege in Wiesbaden“ (2009) untermauert werden. Es zeigte sich, dass Pflegedienste, die keine Migrant/-innen betreuen, im Durchschnitt kleiner sind – bezüglich ihrer Nutzerzahl, aber auch hinsichtlich der Beschäftigtenanzahl (Landeshauptstadt Wiesbaden 2009).

### *Gründungsjahr*

Neben der Größe von Pflegediensten erweist sich auch das Gründungsjahr als relevanter Einflussfaktor für höhere beziehungsweise niedrigere Migrantenanteile in den untersuchten Pflegediensten. 60 Prozent der Pflegedienste, deren Anteil an Nutzer/-innen mit Migrationshintergrund über 80 Prozent liegt, wurde nach dem Jahr 2009 gegründet und sind somit den jüngeren Diensten zuzuordnen. Im Vergleich dazu versorgt kein Pflegedienst, der vor dem Jahr 1990 oder in den 1990er-Jahren gegründet wurde, mehr als 50 Prozent Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich in der Wiesbadener Studie von 2009, in der jene Dienste mit hohen Migrantenanteilen, abgesehen von wenigen Ausnahmen, sehr jung waren. Genauso wie Pflegedienste mit hohem Migrantenanteil meist jung sind, so ist auch das Konzept kultursensibler Altenpflege noch recht jung (Landeshauptstadt Wiesbaden 2009). Hieraus könnte abgeleitet werden, dass jüngere Pflegedienste eher den kultursensiblen Ansatz in ihrer konzeptionellen Ausrichtung berücksichtigen als ältere Pflegedienste.

### *Selbsteinschätzung der Migrationssensibilität*

Die Frage, ob Pflegedienste ihr Angebot als migrationssensibel einschätzen – d.h. eine pflegerische Versorgung anbieten, welche die möglichen Besonderheiten in den Bedürfnissen und Gewohnheiten von Nutzer/-innen mit Migrationshintergrund berücksichtigen – wurde von der Mehrheit der befragten Diensten als teilweise (49,4 Prozent) oder zutreffend (32,8 Prozent) beschrieben. 17,8 Prozent der Pflegeerbringer/-innen bewerten ihr Angebot hingegen als nicht migrationssensibel. Die Selbsteinschätzung, migrationssensibel ausgerichtet zu sein, korrespondiert erwartungsgemäß mit dem Anteil an Nutzer/-innen mit Migrationshintergrund. 64,3 Prozent der Pflegedienste, die mehr als 80% Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund betreuen, schätzen ihr Pflegeangebot als migrationssensibel ein. Immerhin 13,8 Prozent derer, die keine Migrant/-innen versorgen bewerten ihre Leistungen dennoch als migrationssensibel.

### *Spezialisierung auf Migrant/-innen*

Von 193 befragten Pflegediensten beschreiben sich 33 als auf Migrant/-innen spezialisierte Dienste. Der überwiegende Anteil von 160 Pflegedienstleistungserbringern verneint dies und betreut zudem zu 20,6 Prozent keine Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund. Erwartungsgemäß

---

<sup>17</sup> Die „Größe“ ambulanter Pflegedienste wird über die Anzahl an Mitarbeiter und/oder Anzahl der Klienten operationalisiert

versorgen lediglich 3,1 Prozent der nicht-spezialisierten Dienste mehr als 80 Prozent Migrant/-innen. Unter den ambulanten Diensten, welche auf die Gruppe der Migrant/-innen als Pflegeklientel festgelegt sind, zeigen sich gegenläufige Tendenzen. 30,3 Prozent betreuen mehr als 80 Prozent Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund und lediglich 3 Prozent keine Migrant/-innen.

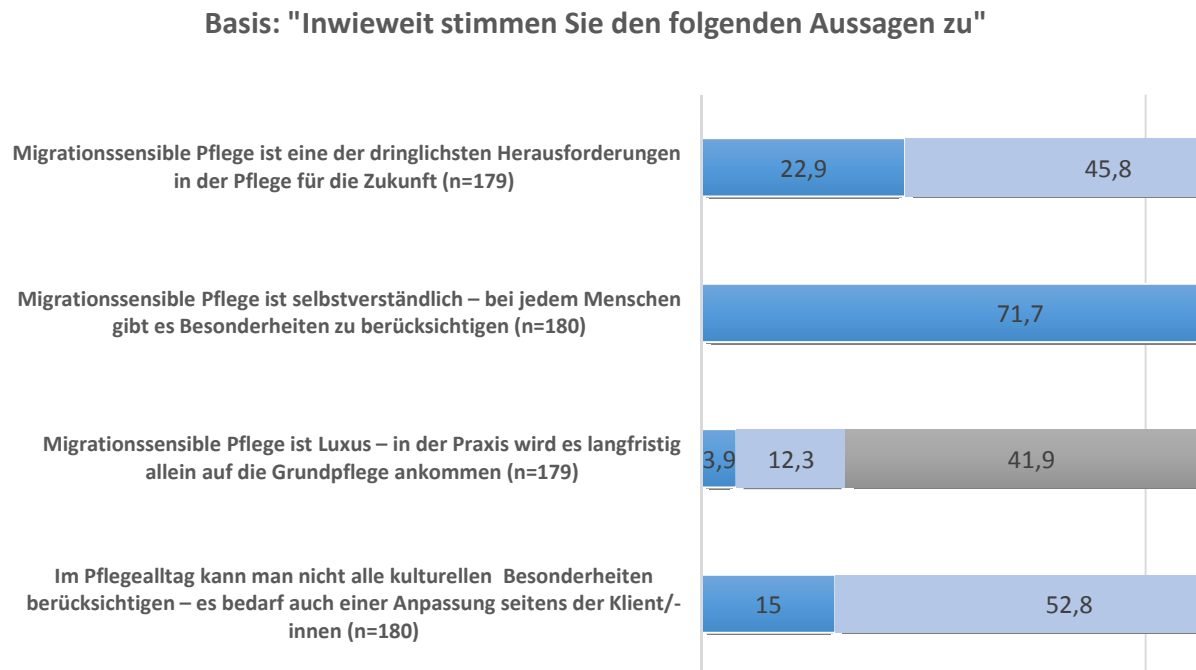
#### **4.2 Einstellung zu einer migrationssensiblen Pflege**

Die konzeptionelle Ausrichtung einer Institution wird durch deren professionelle Akteure beeinflusst – vor allem jenen auf der Leitungsebene mit entsprechendem Entscheidungsspielraum. Um Einblick in die Orientierungsmuster der befragten professionellen Akteure zu erhalten, wurden exemplarisch verschiedene plakative Aussagen zur Bedeutung migrationssensibler Pflege (vgl. Abb. 7) gestellt, wozu die Befragten ihre Zustimmung oder Ablehnung ausdrücken konnten.

Im Hinblick auf die Bedeutung von migrationssensibler Pflege zeigt sich, dass mit 97,3 Prozent die große Mehrheit der Aussage zustimmt, dass migrationssensible Pflege selbstverständlich ist, da jeder Mensch individuelle Besonderheiten aufweist, die es in der Pflege zu berücksichtigen gilt. Hier spiegelt sich das Konzept der kultursensiblen Pflege, wonach die individuellen Besonderheiten eines jeden Menschen Berücksichtigung finden sollten. Geringere, aber dennoch überwiegende Zustimmung (68,7 Prozent) findet die Aussage, dass eine migrationssensible Pflege eine der dringlichsten Herausforderungen für die Zukunft sei. Auf der anderen Seite heißt das, ein Drittel räumt dem Thema nicht diese Priorität ein. 67,8 Prozent bestätigen, dass im Pflegealltag nicht alle kulturellen Besonderheiten berücksichtigt werden können und fordern auch eine Anpassungsbereitschaft seitens der Nutzer/-innen. Wenig Zustimmung (22,3 Prozent) findet hingegen die Aussage, dass die Versorgung von Migrant/-innen von spezialisierten Institutionen übernommen werden sollte. Ebenfalls kaum Anklang (16,2 Prozent) unter den Befragungspersonen findet die These, dass eine migrationssensible Pflege „Luxus“ bedeute und es in der Praxis langfristig allein auf die Grundpflege ankommen werde.

Vergleicht man die Einstellungsmuster zwischen Pflegediensten, die ihr Pflegeangebot nach ihrer Selbsteinschätzung als migrationssensibel bezeichnen und jenen, die dies verneinen, so zeigt sich ein signifikanter Unterschied ( $p < 0.001$ ) bezüglich der Aussage „Die Versorgung von Migrant/-innen sollten spezialisierte Institutionen übernehmen“. Migrationssensible Pflegedienste widersprechen dieser These, während sie auf Seiten der Dienste, die sich selbst als nicht migrationssensibel bezeichnen, auf Zustimmung trifft.

Abbildung 7: Einstellung der Befragten zu einer migrationssensiblen Pflege (in Prozent)

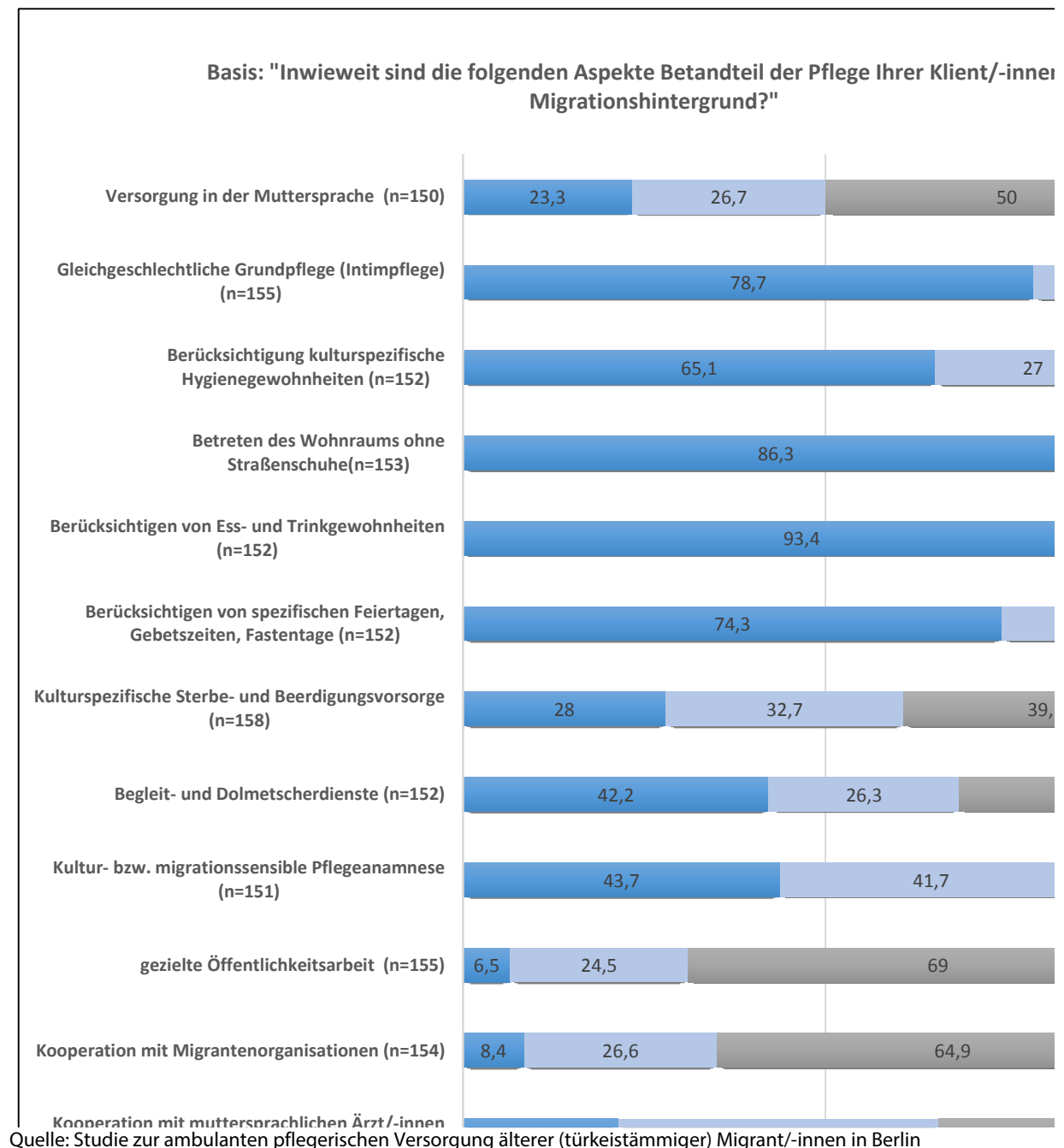


Quelle: Studie zur ambulanten pflegerischen Versorgung älterer (türkeistämmiger) Migrant/-innen in Berlin

#### 4.3 Migrationssensible Angebotsausrichtung

Ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag bieten zumeist Leistungen an, die über die grundpflegerische Versorgung und hauswirtschaftliche Betreuung hinausgehen (Bundesministerium für Gesundheit 2011). Der Anteil von ambulanten Pflegediensten in Deutschland, die über spezielle Angebote für Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund verfügen, liegt bei etwa 7 Prozent. Betrachtet man hiervon ausschließlich die Pflegedienste, die Klient/-innen mit Migrationshintergrund betreuen, liegt der Anteil nur unwesentlich höher bei nicht mehr als 12 Prozent (Bundesministerium für Gesundheit 2011). Nach Aussagen des Kompetenzzentrums für Interkulturelle Öffnung der Altenpflege (komözen) kann der Bestand kultursensibler Pflegeangebote in Berlin aufgrund einer hohen Fluktuation derzeit nicht sicher geschätzt werden. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie liefern somit aktuelle Daten zu Art und Umfang der migrationssensiblen Leistungen im ambulanten Pflegesektor in einem großstädtischen Raum wie Berlin (siehe Abb. 8). Darüber hinaus werden strukturelle Faktoren identifiziert, die mit einer migrationssensiblen Angebotsausrichtung im Zusammenhang stehen.

Abbildung 8: Migrationssensibles Pflegeangebot (in Prozent)



### *Versorgung in der Muttersprache/Begleit- und Dolmetscherdienste*

Die Beschäftigung von Pflegepersonal mit einer anderen Muttersprache als Deutsch oder mit Fremdsprachenkompetenzen ist eines der migrationssensiblen Angebote, die eine interkulturelle Öffnung von ambulanten Pflegeinstitutionen befördern kann. Insbesondere für die sogenannte Gastarbeitergeneration älterer Migrant/-innen, die aufgrund ihrer Zuwanderungsspezifika häufig über unzureichende Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt (von Bose und Terpstra 2012),

scheint dies eine geradezu essenzielle Voraussetzung. Für pflegebedürftige Migrant/-innen ist es hoch bedeutsam, Erklärungen seitens der Pflegekräfte verstehen oder vorliegende Bedürfnisse und Wünsche artikulieren zu können. Zudem schließen Vorstellungen von einer guten Pflege neben der bloßen körper- und haushaltsbezogenen Leistungen auch die Kommunikation mit der Pflegekraft ein (Schenk et al. 2014).

Obwohl sich eine gemeinsame Sprachbasis positiv auf den Kommunikationsfluss zwischen Pflegekraft und Nutzer/-in und somit auf die Pflege auswirken kann, kann die Hälfte der befragten Dienste keine Versorgung in einer anderen Muttersprache als Deutsch anbieten. Immerhin bei 23,3 Prozent der ambulanten Dienste ist diese Leistung ein fester Bestandteil in der Versorgung ihrer Nutzer/-innen mit Migrationshintergrund. Weitere 26,7 Prozent bieten eine andere muttersprachliche Versorgung teilweise an. Es ist anzunehmen, dass diese Dienste zwar mehrsprachige Pflegekräfte beschäftigen, jedoch nicht alle Mitarbeiter/-innen über jene Kompetenzen verfügen. In der Praxis bedeutet dies, dass im Falle einer gewünschten Versorgung in Muttersprache, diesem Anliegen nicht entsprochen werden kann. Die Fremdsprachenkompetenzen<sup>18</sup> der Mitarbeiter/-innen beziehen sich hierbei an erster Stelle auf die russische Sprache (63,4 Prozent), gefolgt von Polnisch (49,3 Prozent), Türkisch (46,5 Prozent) und Englisch (40,8 Prozent). Dieses Ergebnis zur Art der Fremdsprachenkenntnisse der Mitarbeiter/-innen deckt sich mit anderen Studien, wonach von Pflegekräften neben der englischen Sprache mit am häufigsten Russisch, Türkisch und Polnisch gesprochen wird (Lotze und Hübner 2008; Landeshauptstadt Wiesbaden 2009).

Betrachtet man die Untersuchungsergebnisse im Hinblick auf strukturelle Faktoren, so zeigen sich folgende signifikante Zusammenhänge: Die Trägerschaft eines ambulanten Pflegeleistungserbringers und die Versorgung in der Muttersprache der Nutzer/-innen mit Migrationshintergrund weisen einen höchst signifikanten Zusammenhang auf ( $p < 0.001$ ). Berliner Pflegedienste in freigemeinnütziger Trägerschaft bieten keine muttersprachliche Versorgung an, während private Dienste diese Leistung fest (30,6 Prozent) oder teilweise (27,9 Prozent) in ihrem Leistungskatalog verankert haben. Hinsichtlich der Gründungsjahre zeigen sich gleichfalls deutliche strukturelle Unterschiede. Pflegedienste, die vor dem Jahr 1990 gegründet wurde, bieten keine muttersprachliche Pflege. Ab dem Jahr 2000 ist ein kontinuierlicher Anstieg dieses migrations sensiblen Angebots zu beobachten, welcher insbesondere nach 2009 einsetzt (47,4 Prozent)<sup>19</sup>. Gleichzeitig weisen fast die Hälfte (46,6 Prozent) der Inhaber/-innen privater Pflegedienste selbst einen Migrationshintergrund. Möglicherweise nimmt eine migrantensensitive Ausgestaltung der Pflegedienste in dem Maße zu, wie Zugewanderte oder Kinder der zweiten oder dritten Generation selbst zu Gründern von Pflegediensten werden. 50,9 Prozent der Inhaber/-innen mit Migrationshintergrund eines privat geführten Pflegedienstes bieten eine muttersprachliche Versorgung und zumindest 34,5 Prozent teilweise.

---

<sup>18</sup> Mehrfachantworten möglich - Jeder Pflegedienst hat statistisch 2,94 Stimmen abgegeben

<sup>19</sup> Anzahl Klienten und Anzahl Mitarbeiter (=Größe), Selbsteinschätzung migrations sensibel weisen keinen signifikanten Zusammenhang mit der Leistung „muttersprachliche Versorgung“ auf.

Die Spezialisierung auf Migrant/-innen sowie die Anzahl an Nutzer/-innen und Mitarbeiter/-innen mit Migrationshintergrund weisen erwartungsgemäß einen signifikanten Zusammenhang mit dem muttersprachlichen Pflegeangebot auf. Je höher der Anteil an Pflegebedürftigen sowie Pflegekräften mit Migrationshintergrund innerhalb eines Pflegedienstes, desto eher ist eine Versorgung in einer anderen Muttersprache als Deutsch im Pflegeangebot enthalten. Beispielsweise stellen alle ambulanten Leistungserbringer, die mehr als 80 Prozent Klient/-innen mit Migrationshintergrund versorgen, ein solches Angebot bereit.

Begleit- und Dolmetscherdienste sind bei 42,2 Prozent der Befragten ein fester bzw. teilweise (26,3 Prozent) fester Bestandteil ihres Leistungsspektrums für ältere Migrant/-innen. Jedoch bieten fast ein Drittel (31,6 Prozent) der Dienste eine solche Leistung nicht an. Die Begleiter oder Dolmetscher unterstützen die Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund bei der Regelung von speziellen Angelegenheiten wie Behörden- oder Arztbesuche. Die Einbindung von Dolmetscherleistungen kann daher eine erfolgreiche Behandlung fördern und Missverständnisse aufgrund sprachlicher Barrieren entgegenwirken. Die Kosten für einen professionellen Dolmetscherdienst werden allerdings den gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen oder Pflegediensten nicht erstattet (Spickhoff 2010), welches einer Ausweitung dieses Angebots im Wege stehen könnte.

Auch hier erweist sich die Trägerschaft eines ambulanten Pflegedienstes als struktureller Faktor, der in signifikanten Zusammenhang mit dem Einsatz von Begleit- und Dolmetscherdiensten steht. Mehr als die Hälfte der privat geführten Institutionen (51,8 Prozent) bringen Dolmetscher zum Einsatz. Dies ist bei freigemeinnützigen kaum (13,2 Prozent) und bei öffentlichen Trägern nicht der Fall. Weitere signifikante Zusammenhänge zeigen sich für das Gründungsjahr, die Anzahl an Klient/-innen oder Mitarbeiter/-innen mit Migrationshintergrund, sowie für jene Dienste, die sich als auf Migrant/-innen spezialisierte Institutionen verstehen. Je jünger ein Pflegedienst ist, desto eher werden Begleit- und Dolmetscherdienste angeboten. Ebenso steigt dieses Angebot mit dem Anteil an Klient/-innen und Pflegekräften mit Migrationshintergrund an. Erwartungsgemäß ist diese Unterstützungsleistung auch in Institutionen, die sich als auf Migrant/-innen spezialisiert beschreiben, überwiegend vorzufinden, während es in der gegenläufigen Gruppe eher randständig ist.

#### *Kulturspezifische Hygienegewohnheiten/Gleichgeschlechtliche Grundpflege/Spezifische Lebensgewohnheiten*

Die Wünsche und Erwartungen, die pflegebedürftige Migrant/-innen an das Pflegepersonal stellen, sind individuell sehr unterschiedlich und stehen im Kontext des jeweiligen kulturellen Hintergrunds und damit verbundenen (persönlichen) Werteorientierungen. Diese kulturellen Unterschiede schlagen sich unter anderem in spezifischen Lebensgewohnheiten nieder, die es von den Pflegekräften im Pflegealltag zu berücksichtigen gilt.

Insgesamt ist die Berücksichtigung kulturspezifischer Hygienegewohnheiten (z. B. Intimrasur, Waschen mit fließendem Wasser) durch das Pflegepersonal in 65,1 Prozent der Fälle ein fester beziehungsweise zu 27 Prozent teilweise fester Bestandteil des Leistungsangebots der ambulanten Leistungserbringer in Berlin. Lediglich 7,9 Prozent der Dienste bieten eine solche Leistung nicht an. Es zeigten sich keine relevanten Zusammenhänge zwischen der Berücksichtigung kulturspezifischer

Hygienegewohnheiten und der Trägerschaft oder der Größe der Institution. Signifikante Beziehungen konnten allerdings für die Merkmale Gründungsjahr, der Selbsteinschätzung „migrationssensibel“, Anzahl der Klient/-innen oder Mitarbeiter/-innen mit Migrationshintergrund, sowie bei einer vorliegenden Spezialisierung auf Migrant/-innen nachgewiesen werden. Es zeichnet sich ein ähnliches Bild der Zusammenhänge wie im Bereich der Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund in der Muttersprache. Jüngere Dienste berücksichtigen kulturspezifische Hygienegewohnheiten eher als länger bestehende. Mit steigender Anzahl an Pflegebedürftigen und Pflegekräften mit Migrationshintergrund findet diese Leistung mehr Berücksichtigung. Eine Spezialisierung auf Migrant/-innen sowie eine subjektiv empfundene Migrationssensibilität sind ebenso förderlich.

Weiterhin ist eine migrationssensible Ausrichtung von Pflegediensten dadurch gekennzeichnet, dass kulturbedingte beziehungsweise religiöse Tabubereiche, wie die gegengeschlechtliche körperliche Pflege Berücksichtigung finden (von Bose und Terpstra 2012). Der Umgang mit körperlicher Intimität und Schamgefühl ist auch kulturell geprägt (Dömling 2012). Seit dem Jahre 2008 ist mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz diese Leistung im SGB XI verankert (§ 2 Absatz 2). Zwar besteht danach kein genereller Anspruch auf gleichgeschlechtliche Pflege, eine Pflegeeinrichtung ist jedoch verpflichtet, einem diesbezüglichen Wunsch von Pflegebedürftigen möglichst nachzukommen (Dömling 2012). Auf die Frage, ob die Grundpflege (Intimpflege) durch eine gleichgeschlechtliche Pflegekraft erbracht wird, falls dies von der pflegebedürftigen Person gewünscht wird, antwortete der Großteil der Befragten, dass dies ein fester (78,7 Prozent) oder teilweise fester Bestandteil (14,8 Prozent) ihrer Pflegeleistungen ist. Lediglich 6,5 Prozent der Dienste gaben an, dass sie keine geschlechtsspezifische Pflege anbieten. Die Studie zur „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ kommt mit 83 Prozent zu einem noch höheren Anteil an ambulanten Pflegediensten, die angeben, dass sie dem Wunsch nach gleichgeschlechtlicher Pflege entsprechen können (teilweise: 4 Prozent). In der nicht repräsentativen Berliner Studie von Kolleck (2007) wurde der Wunsch nach einer gleichgeschlechtlichen Pflege von nur 59 Prozent der ambulanten Leistungserbringer erfüllt. Signifikante Zusammenhänge zwischen strukturellen Faktoren und einer geschlechtsspezifischen Pflege konnten nicht festgestellt werden.

Als ein weiterer Indikator für Migrationssensitivität gilt das Ausziehen der Schuhe bei Betreten des Wohnraumes. Wie die Vorgängerstudie feststellte ist dies bei türkeistämmigen Pflegebedürftigen ein stark ausgeprägter Wunsch. Diesem Wunsch wird zu 86,3 Prozent durch die Pflegeleistungserbringer entsprochen. Auch die Berücksichtigung von Ess- und Trinkgewohnheiten wird in 93,4 Prozent als zutreffend und in 5,3 Prozent als teilweise zutreffend beschrieben. Spezifische Feiertage, Gebetszeiten und Fastentage werden ebenfalls von fast allen befragten Diensten beachtet (74,3 Prozent)<sup>20</sup>. Die Sterbe- und Beerdigungsvorsorge weist kulturell bedingt unterschiedliche Besonderheiten auf und ist mit bestimmten Ritualen verbunden (von Bose und Terpstra 2012). Mehr als die Hälfte der befragten Dienste (60,7 Prozent) bieten kulturspezifische Sterbe- und Beerdigungsvorsorge fest (28 Prozent) beziehungsweise teilweise (32,7 Prozent) an.

---

<sup>20</sup> 74,3 Prozent fester Bestandteil, 19,1 Prozent teilweise Bestandteil



Die durchgeführte Zusammenhangsanalyse zeigte signifikante Zusammenhänge zwischen der Trägerschaft und dem Ausziehen von Straßenschuhe vor Betretung eines Wohnraumes. Die Beachtung von unterschiedlichen Ess- und Trinkgewohnheiten in der Versorgung steigt mit der Anzahl der Mitarbeiter/-innen mit Migrationshintergrund oder wenn eine migrationssensible Selbsteinschätzung vorliegt. Spezifische Feiertage, Gebetszeiten und Fastentage finden insbesondere Berücksichtigung in Pflegediensten, die sich als migrationssensibel beschreiben und/ oder deren Anteil an Klient/-innen mit Migrationshintergrund hoch ist.

#### *Kultur- beziehungsweise migrationssensible Pflegeanamnese*

Eine kultur- beziehungsweise migrationssensible Pflegeanamnese sollte den Migrationskontext sowie kulturelle und religiöse Spezifika, die für den Pflegealltag relevant sind, systematisch erfassen. Insofern kann sie als Voraussetzung für eine migrationssensible Pflege gewertet werden. Der Großteil der Pflegedienste (85,4 Prozent)<sup>21</sup> machte die Angabe, eine migrationssensible Pflegeanamnese jeweils durchzuführen. Unter Berücksichtigung struktureller Merkmale zeigen sich signifikante Zusammenhänge im Hinblick auf die Trägerschaft, das Gründungsjahr, die Anzahl an Nutzer/-innen sowie an Pflegekräften mit Migrationshintergrund, der Größe, sowie eine Spezialisierung auf die Zielgruppe. In privat geführten Pflegediensten ist im Gegensatz zu freigemeinnützigen und öffentlichen Trägerschaften eine kultursensible Pflegeanamnese überwiegend fester Bestandteil ihres Leistungsspektrums (50,9 Prozent vs. 21,6 Prozent). Jüngere Pflegedienste erbringen diese Leistung häufiger als länger bestehende Dienste. Bezüglich der Größe einer Institution zeigt sich, dass eher kleinere Dienste (unter 30 zu bereuende Klient/-innen beziehungsweise 30 bis 60 Klient/-innen) eine Pflegeanamnese durchführen, die der kulturellen Heterogenität der Untersuchungsgruppe Rechnung tragen. Auch die Anteile an Nutzer/-innen und Mitarbeiter/-innen mit Migrationshintergrund weisen signifikante Zusammenhänge mit diesem Leistungsangebot auf. Mit steigender Anzahl an pflegebedürftigen Migrant/-innen oder Pflegekräften mit Migrationshintergrund steigt die Anzahl an Diensten, die eine kultur- beziehungsweise migrationssensible Anamnese bieten. Dies trifft auch auf Leistungserbringer zu, die sich auf die Versorgung von Migrant/-innen spezialisiert haben.

#### *Gezielte Öffentlichkeitsarbeit*

Eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit zur Gewinnung von potentiellen Klient/-innen mit Migrationshintergrund ist bei mehr als zwei Drittel (69 Prozent) der ambulanten Pflegeleistungserbringer kein fester Bestandteil ihres Pflegeangebots. Lediglich 6,5 Prozent der Dienste nutzten dieses Mittel und zumindest ein Viertel der untersuchten Dienste teilweise.

Strukturelle Zusammenhänge ergeben sich hinsichtlich des Gründungsjahres der ambulanten Dienste. Mehr als die Hälfte (51,3 Prozent) der jüngeren Pflegedienste (nach 2009 gegründet) nutzen die Öffentlichkeitsarbeit fest oder teilweise, um Migrant/-innen als Klient/-innen zu gewinnen. Besonders relevant und höchst signifikant ( $p < 0.001$ ) ist der Zusammenhang zwischen gezielter

---

<sup>21</sup> 43,7 Prozent fester Bestandteil, 41,7 Prozent teilweise

Öffentlichkeitsarbeit und dem Anteil der Klient/-innen mit Migrationshintergrund in einem Pflegedienst. Gleichmaßen zeigt sich der Zusammenhang im Hinblick auf die Anzahl an Mitarbeiter/-innen mit Migrationshintergrund und bei Pflegediensten, die sich auf Migrant/-innen spezialisiert haben. Fast zwei Drittel (67,8 Prozent) der spezialisierten Dienste betreibt zielgeführt oder teilweise gewollt Öffentlichkeitsarbeit für Migrant/-innen. Wohingegen 78,2 Prozent derer, die nicht auf Migrantengruppen spezialisiert sind, die Angabe machten, dass sie keine Öffentlichkeitsarbeit für diese Gruppe durchführen.

#### *Kooperation mit muttersprachlichen Ärzt/-innen und Therapeut/-innen und Kooperation mit Migrantenorganisationen*

Die Zusammenarbeit mit muttersprachlichen Fachkräften aus dem Gesundheitsbereich (Ärzt/-innen, Therapeut/-innen) ist bei 21,4 Prozent der ambulanten Leistungserbringer permanent gegeben. Weitere 44,2 Prozent nutzen eine Vernetzung mit muttersprachlichen Ärzt/-innen und/oder Therapeut/-innen zumindest teilweise. Etwa ein Drittel (34,4 Prozent) verfügt dementsprechend über kein Kooperationsnetzwerk. Eine eher untergeordnete Rolle spielt vor allem die Zusammenarbeit mit Migrantenorganisationen. Eine solche Kooperation wird nur von 8,4 Prozent der befragten Dienste als fester beziehungsweise 26,6 Prozent teilweise fester Bestandteil gesehen.

Im statistischen Zusammenhang betrachtet ergeben sich signifikante strukturelle Merkmale, die in Beziehung mit der Nutzung von Kooperationsnetzwerken stehen. Die Anteile der Nutzer/-innen sowie der Mitarbeiter/-innen mit Migrationshintergrund stehen wiederum in signifikanter Beziehung ( $p < 0.001$ ) zur Kooperation mit muttersprachlichen Ärzt/-innen oder Therapeut/-innen. Mit steigenden Anteilen der pflegebedürftigen Migrant/-innen und Pflegekräfte mit Migrationshintergrund, steigt auch die Zusammenarbeit mit muttersprachlichen Fachkräften. Eine Spezialisierung auf Migrant/-innen, sowie das Gründungsjahr steht gleichfalls in Zusammenhang mit einem Kooperationsgeschehen. Im Bereich der Kooperation mit Migrantenorganisationen zeigen sich signifikante Zusammenhänge für die Strukturmerkmale „Anteil an Nutzer/-innen mit Migrationshintergrund“, sowie „Spezialisierung auf Migrant/-innen“. Höhere Anteile an pflegebedürftigen Migrant/-innen und eine Spezialisierung auf Migrant/-innen sind demnach förderlich für die Zusammenarbeit mit Migrantenorganisationen.

Der Bestand migrationssensibler Leistungen zeigt, so ein erstes Zwischenfazit, dass die „Berücksichtigung spezieller Lebensgewohnheiten“ im Bereich der Ernährung am häufigsten von den Berliner Diensten als zutreffend angegeben wurde. Versorgungslücken scheinen den Bereich der Kommunikation zu betreffen, da nur ein geringer Anteil der ambulanten Versorger eine muttersprachliche Versorgung von Migrant/-innen fest zu ihren Leistungsangeboten zählt. Ansatzpunkte für eine migrantensensiblere Ausgestaltung lassen sich weiterhin im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit sowie der Kooperation mit Migrantenorganisationen feststellen.

#### 4.4 Informationspolitik und Öffentlichkeitsarbeit

Pflegedienste, deren Angebot die „gezielte Öffentlichkeitsarbeit zur Gewinnung von potenziellen Nutzer/-innen mit Migrationshintergrund“ beinhaltet<sup>22</sup>, wurden eingehender zu ihrer Informationspolitik beziehungsweise Nutzer/-innenakquise befragt: Welche Zugangs- und Informationswege nutzen die Pflegedienste, um Migrant/-innen zu werben? (siehe Abb. 9). Darüber hinaus wurde erfragt, inwieweit sich die verschiedenen Werbemaßnahmen und Informationswege in der Praxis bewähren (siehe Abb. 10). Insgesamt betreiben 31 Prozent der ambulanten Pflegedienste eine Öffentlichkeitsarbeit, welche sich explizit oder teilweise an Migrant/-innengruppen richtet. Die nachfolgenden Ergebnisse beziehen sich auf diesen Anteil unter den ambulanten Pflegeleistungserbringern in Berlin.

Mehr als die Hälfte (53,2 Prozent) der Befragungsteilnehmer/-innen, die eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit zur Gewinnung von pflegedürftigen Migrant/-innen betreiben, bietet keine bilingualen Informationsmaterialien (z. B. Webseite, Broschüre, Flyer) an. Jene Pflegedienste, die mehrsprachige Informationsmaterialien einsetzen (46,8 Prozent), gaben an, dass sich dieses Mittel teilweise (41,2 Prozent) oder vollständig bewährt (47,1 Prozent) hat. 55 Prozent<sup>23</sup> der Befragten ambulanten Pflegedienste bieten dieses Informationsmaterial in russischer Sprache an. 45 Prozent Türkisch und 15 Prozent der Dienste in Polnisch. Zudem gaben 10 Prozent der Dienstleistungserbringer an, dass sie ihr Werbematerial in Arabisch, Bosnisch oder Englisch zu Verfügung stellen. Mehrsprachige telefonische oder persönliche Beratung wird hingegen von 63,8 Prozent der Pflegedienste angeboten. Diese Maßnahme beschreibt der Großteil der Befragungsteilnehmer/-innen als geeignetes (69,6 Prozent) oder teilweise bewährtes (26,1 Prozent) Mittel, um Migrant/-innen über das eigene Unternehmen zu informieren und als Klient/-innen zu gewinnen. Auch hier nannten die meisten Pflegedienste (61,5 Prozent) Russisch<sup>24</sup> als die Sprache, in welcher die telefonische oder persönliche Beratung offeriert wird. 53,8 Prozent bieten Beratung in Türkisch und 30,8 Prozent in Englisch an. Polnisch und Kroatisch wird von 15,4 Prozent der Befragten genannt. Die Schaltung von Werbung in regionalen Medien der Herkunftsländer und/ oder die Nutzung fremdsprachlicher Medien (z. B. Zeitung, Radio, TV) zur Kundenakquirierung wird lediglich von 21,3 Prozent der Pflegedienste mit migrantenspezifischer Öffentlichkeitsarbeit genutzt. Für all jene Pflegedienste, die die medialen Informationsquellen verwenden, hat sich dieser Weg teilweise (66,7 Prozent) oder ganz bewährt (33,3 Prozent). Allerdings verzichteten 78,7 Prozent der Pflegeanbieter auf diese Art von Werbemaßnahme. Die Organisation von Informationsveranstaltungen für Migrant/-innen zu Themen der Gesundheitsversorgung und ambulanten Pflegeangeboten wird ebenfalls nur von einem geringen Anteil (21,3 Prozent) der Pflegedienste in Berlin als Mittel zur Klient/-innengewinnung eingesetzt. Jene wenigen ambulanten Leistungserbringer, die Informationsveranstaltungen in Migrant\*innenvereinen, Senioren- oder Nachbarschaftstreffs oder Kultur- und Religionsvereinen anbieten, beschrei-

<sup>22</sup> Siehe Abbildung 8 – Dienste, die dies als festen oder teilweise festen Bestandteil implementiert haben

<sup>23</sup> Mehrfachantworten möglich – Jeder Pflegedienst hat statistisch 1,45 Stimmen abgegeben

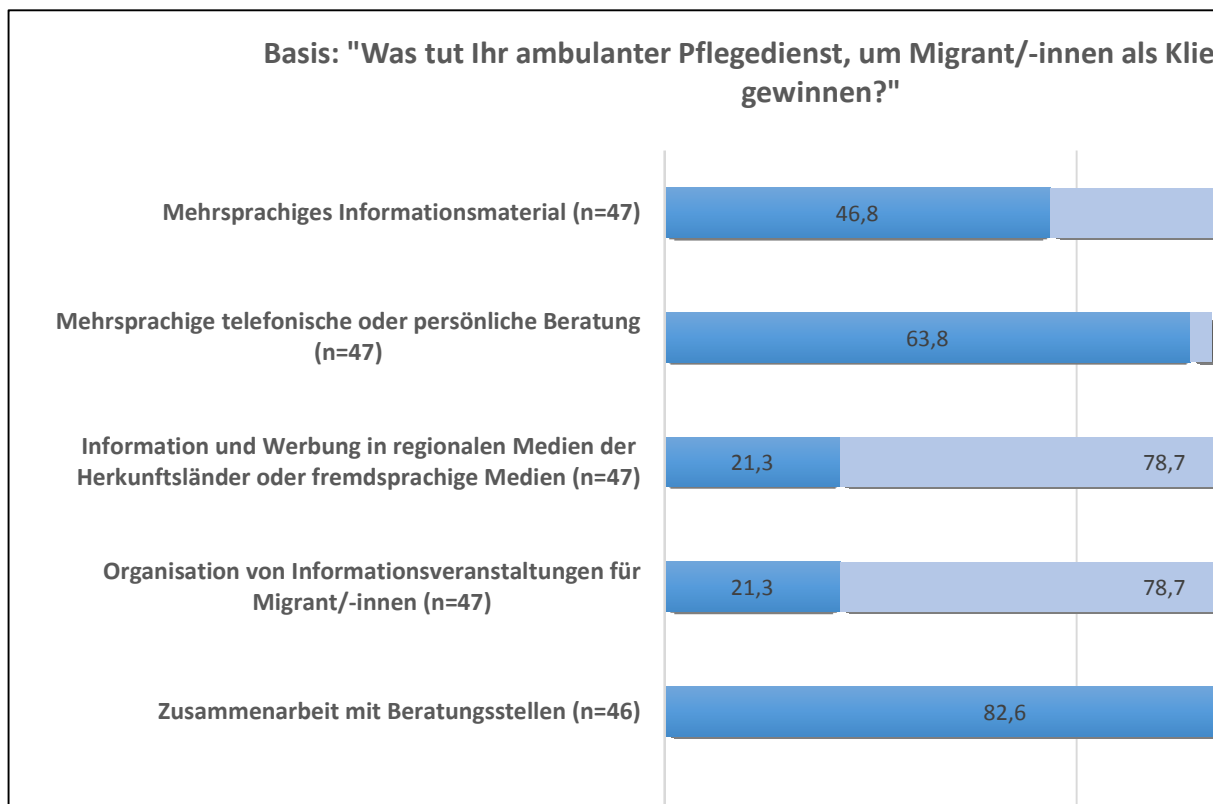
<sup>24</sup> Mehrfachantworten möglich – Jeder Pflegedienst hat statistisch 2,19 Stimmen abgegeben

ben dieses Vorgehen überwiegend (55,6 Prozent) als probates Mittel, um interessierte Migrant/-innen zu informieren und als Nutzer/-innen zu gewinnen. Als Weg der Nutzer/-innengewinnung mit Migrationshintergrund (82,6 Prozent) wird am häufigsten die Zusammenarbeit mit Beratungsstellen genannt. Für knapp 90 Prozent der Befragten hat sich diese Kooperation mit Wohlfahrtsverbänden, Pflegestützpunkten oder Sozialdiensten bewährt oder teilweise bewährt. Ein weiterer Weg, um Zugang zu pflegebedürftigen Migrant/-innen zu erhalten, ist die direkte Ansprache von Migrant/-Communities – unter anderem über Vermittler/-innen wie Gesundheits- und Pflegelotsen. Dies sind in der Community gut verankerte Migrant/-innen, welche in gesundheitsrelevanten Bereichen geschult und als Multiplikatoren für Gesundheitsaufklärung eingesetzt werden. Sie informieren und beraten Migrant/-innen kultursensibel und mehrsprachig über Möglichkeiten des institutionellen Pflegesystems (Salman und Menkhaus 2006). Allerdings nutzen nur 41,3 Prozent der befragten Dienste diesen Zugangsweg zur Nutzergewinnung. Die Pflegeleistungserbringer, die Migrant/-Communities direkt ansprechen, sprechen am häufigsten die Russische (46,2 Prozent) oder Türkische (46,2 Prozent) Community an.

Im Rahmen der Freitextangaben zu sonstigen Wegen und Mitteln der Klient/-innengewinnung wurde von den Befragungsteilnehmer/-innen u. a. die „Flüsterpropaganda“ innerhalb von ethnischen Gemeinschaften genannt.

Die Ergebnisse im Bereich der aktiven Öffentlichkeitsarbeit weisen auf noch vorhandene Potenziale in der Ausgestaltung einer migrantenspezifischen Informationspolitik hin. Bisher betreiben lediglich ein Drittel der ambulanten Pflegeleistungserbringer Werbemaßnahmen, die sich gezielt an die Gruppe der pflegebedürftigen Migrant/-innen richtet. Insbesondere werden aber mediale Informationswege (Fernsehen, Zeitungen, Radio), sowie die Organisation von Informationsveranstaltungen zum Thema Pflege bisher wenig genutzt. Als erfolgversprechendste (69,6 Prozent) Möglichkeit der Nutzer/-innengewinnung mit Migrationshintergrund wurde eine mehrsprachige telefonische oder persönliche Beratung beschrieben.

Abbildung 9: Mittel und Wege der Öffentlichkeitsarbeit (in Prozent)



Quelle: Studie zur ambulanten pflegerischen Versorgung älterer (türkeistämmiger) Migrant/-innen in Berlin

Abbildung 10: Eignung der Öffentlichkeitsarbeit (in Prozent)



Quelle: Studie zur ambulanten pflegerischen Versorgung älterer (türkeistämmiger) Migrant/-innen in Berlin

#### 4.5 Qualifizierung der Pflegekräfte

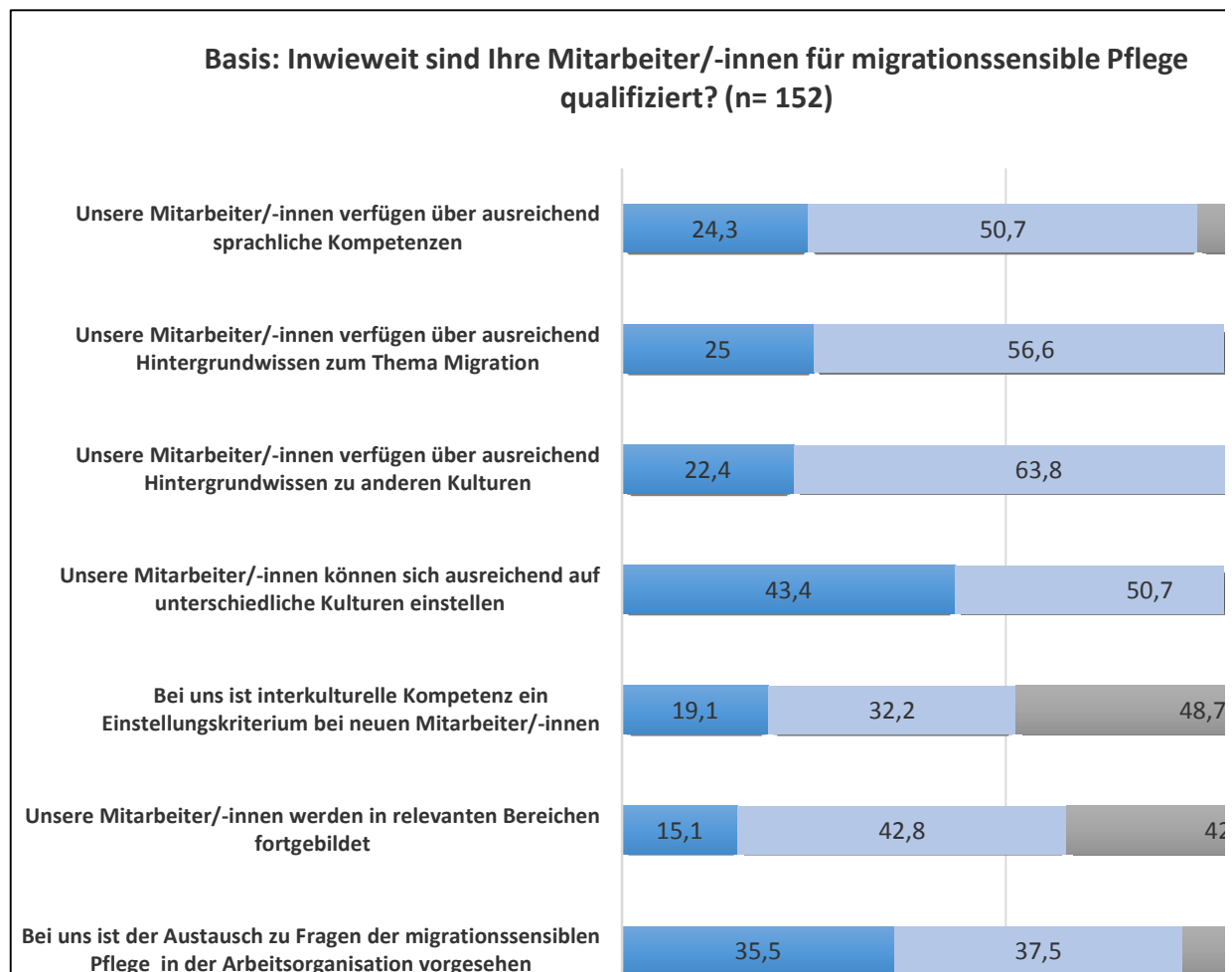
Eine Voraussetzung für eine migrationssensible Pflege sind entsprechende Kompetenzen seitens der Pflegekräfte. Durch die Abfrage einschlägiger Qualifizierungsmaßnahmen und (interkultureller) Kompetenzen der Pflegekräfte, können Informationen darüber gewonnen werden, inwieweit die Mitarbeiter/-innen für eine migrationssensible Pflege qualifiziert sind (siehe Abb. 11).

Nach Einschätzung der Leitungsebene verfügen je etwa ein Viertel der angestellten Pflegekräfte über ausreichend sprachliche Kompetenzen (24,3 Prozent), Hintergrundwissen zum Thema „Migration“ (25 Prozent) und andere Kulturen (22,4 Prozent). Das Wissen über andere Kulturen impliziert beispielsweise das divergierende Krankheits- und Gesundheitsverständnis von Nutzer/-innen mit Migrationshintergrund sowie den Umgang mit tabuisierten Themen und Lebensbereichen. Am stärksten ausgeprägt ist bei allen drei Items die mittlere Kategorie „trifft teilweise zu“, die von circa der Hälfte der Befragten gewählt wurde. Fast alle ambulanten Pflegedienste (94,1 Prozent) schätzen es als zutreffend (43,4 Prozent) beziehungsweise teilweise zutreffend (50,7 Prozent) ein, dass sich ihre Mitarbeiter/-innen ausreichend auf unterschiedliche Kulturen einstellen können. Allerdings spielt die interkulturelle Kompetenz einer Pflegekraft bei fast der Hälfte der Befragungsteilnehmer/-innen (48,7 Prozent) bei der Auswahl neuer Mitarbeiter/-in eine untergeordnete Rolle. Lediglich 19,1 Prozent der ambulanten Dienste gaben an, dass interkulturelle Kompetenzen zu

ihren Einstellungskriterien zählen. Aber nicht nur im Bereich der Einstellungsvoraussetzungen besitzen interkulturelle Kompetenzen offenkundig bisher wenig Relevanz, sondern auch im Hinblick auf Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. Nur 15,1 Prozent der ambulanten Pflegedienste berichten von Fortbildungen für Mitarbeiter/-innen in relevanten Bereichen (z. B. Migration und interkulturelle Kompetenz). 42,1 Prozent der Dienste eröffnen ihren Mitarbeiter/-innen keine Weiterbildungsangebote, die auf kulturelle Sensibilität im Umgang mit pflegebedürftigen Migrant/-innen abzielen. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich in der Studie von Wiesbaden (2009), wonach nur wenige Pflegedienste ihren Pflegekräften Fortbildungen zum Thema kultursensible Pflege ermöglichen. Als Gründe wurden u. a. fehlende Zeit sowie Kosten angegeben. Der Austausch zu Fragen der migrationssensiblen Pflege, einschließlich Problemen und Konflikten, ist bei 35,5 Prozent der Dienste in Form von Teamsitzungen oder Supervisionen vorgesehen. Weitere 37,5 Prozent der Leistungserbringer bieten ihren Mitarbeiter/-innen diese Plattform zum Erfahrungsaustausch teilweise an.

Diese doch geringen Qualifizierungsmöglichkeiten zu für eine migrationssensible Pflege relevanten Themen sowie der insgesamt recht niedrige Stellenwert von interkultureller Kompetenz machen auf Schulungsbedarfe des Pflegepersonals aufmerksam.

Abbildung 11: Qualifizierung der Pflegekräfte (in Prozent)



Quelle: Studie zur ambulanten pflegerischen Versorgung älterer (türkeistämmiger) Migrant/-innen in Berlin

#### 4.6 Besondere Herausforderungen in der ambulanten Pflege von Migrant/-innen

Die pflegerische Versorgung von Migrant/-innen geht einher mit unterschiedlichen Herausforderungen, die zu Umsetzungshindernissen in der Pflegepraxis führen können (siehe Abb. 12). In der Literatur wird vielfach auf Zugangsbarrieren seitens der Versorgungssysteme hingewiesen wie unzureichende gruppenspezifische Beratungs- und Informationsangebote und eine unzureichende Ausrichtung der Angebote auf die Bedürfnisse von Migrant/-innen (Okken et al. 2008, Oldenburg 2010). Hier nun sollen Versorgungsbarrieren aus der Perspektive der Leistungserbringer analysiert werden.

Für den überwiegenden Anteil der ambulanten Pflegeleistungserbringer (66,4 Prozent) wird die ambulante Pflege von Migrant/-innen durch dem Umstand erschwert, dass (zusätzliche) migrationssensible Leistungen nicht über die Pflegeversicherung abgerechnet werden können (z. B. mehrsprachige Beratungsangebote, Begleitdienste zu Behörden und Ärzt/-innen mit Übersetzungsleistung sowie der Einsatz von Dolmetschern resp. Kulturvermittlern). Demzufolge nimmt auch die ökonomische Rationalität ambulanter Pflegedienstleister Einfluss auf eine migrationssen-

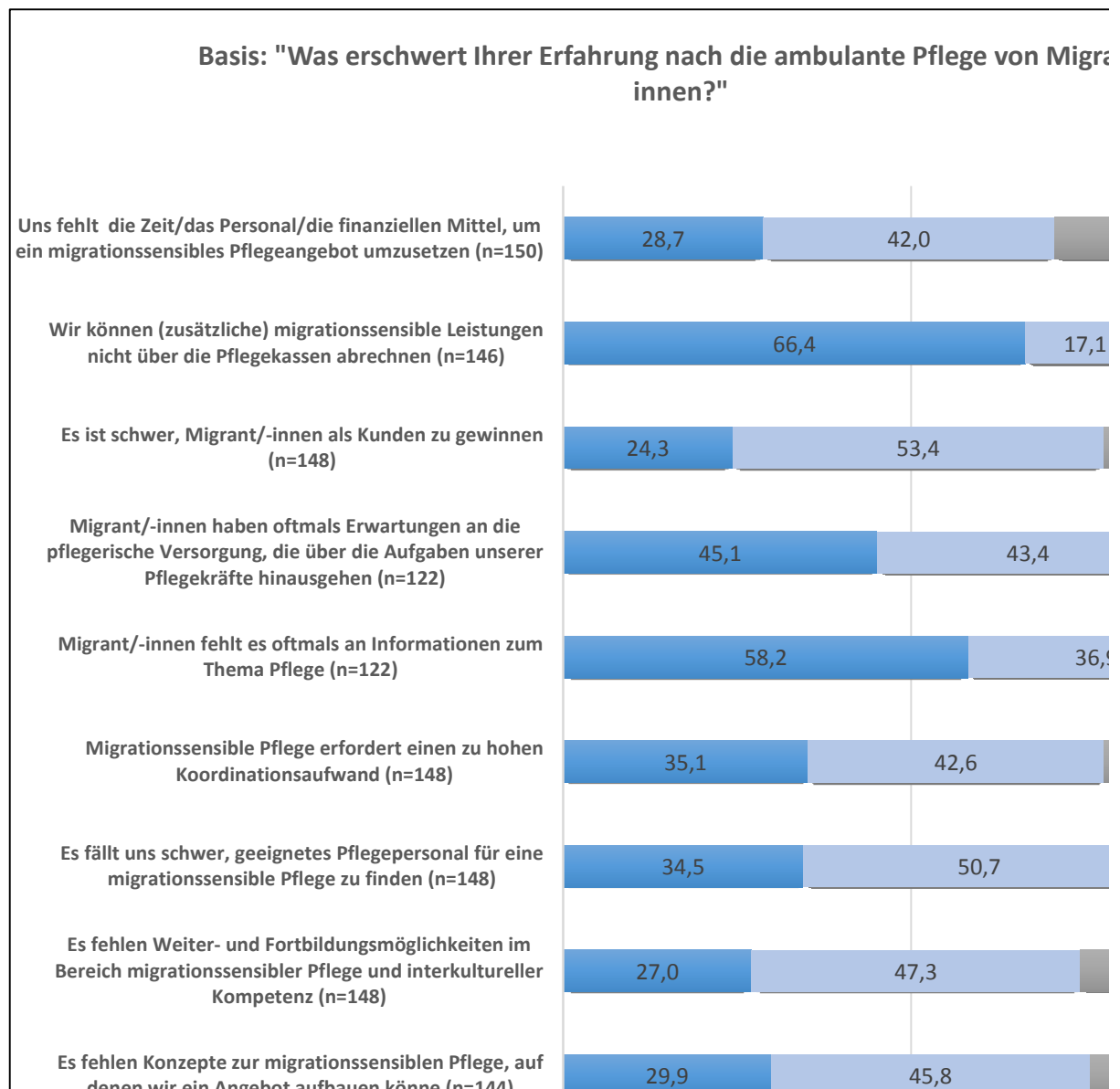


sible Angebotsausrichtung. Büscher und Horn (2010) wiesen bereits auf die Problematik hin, dass eine Abrechnung migrationssensibler, komplementärer Leistungen nicht über das SGB XI möglich ist und dadurch Einfluss auf Art und Umfang des Leistungskatalogs der Dienste genommen werden könnte. Nur durch geeignete Finanzierungsstrukturen werden jedoch langfristig Anreize für migrationssensible Angebote gesetzt (Büscher und Horn 2010).

Weiter werden die Wirkungen der Nachfrageseite als hemmender Faktor für eine migrationssensible ausgerichtete Pflege genannt. 58,2 Prozent schätzen den Informationsstand der Migrant/-innen zum Thema Pflege (z. B. zum Pflegesystem und zu Pflegeangeboten) als gering ein. Lediglich 4,9 Prozent der Dienste widersprechen der Aussage, dass es Migrant/-innen oftmals an Informationen zum Thema Pflege fehlt. Fast die Hälfte der Befragten (45,1 Prozent) gaben an, dass Migrant/-innen oftmals Erwartungen an eine pflegerische Versorgung aufweisen würden, die über die regulären Aufgaben der Pflegekräfte hinausgehen und mit einem höheren Aufwand verknüpft seien. Schwierigkeiten in der Umsetzung einer migrationssensibel ausgerichteten Pflege werden zudem auf Personalebene benannt. Von 35,1 Prozent wird es als zutreffend beschrieben, dass die Versorgung von Migrant/-innen mit einem hohen Koordinationsaufwand (z. B. Personaleinsatzplanung, Teamtreffen, Supervision) einhergeht. Mehr als ein Drittel (34,5 Prozent) gibt an, dass es schwer ist, geeignetes Personal für eine migrationssensible Pflege zu finden. Im Bereich der Organisation werden von 27 Prozent der Befragten fehlende Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten zum Thema migrationssensible Pflege sowie das Fehlen von Konzepten (29,9 Prozent), auf welche eine migrationssensibles Angebot aufgebaut werden kann, als Umsetzungshindernisse genannt. Schwierigkeiten in der Akquirierung von Nutzer/-innen mit Migrationshintergrund wird hingegen von lediglich 24,3 Prozent der Dienste benannt.

Überraschenderweise beschreiben nur 28,7 Prozent der ambulanten Leistungserbringer es als zutreffend, dass es an Zeit, Personal und finanziellen Mitteln fehlt, um ein migrationssensibles Pflegeangebot umsetzen. Etwas mehr (29,3 Prozent) widersprechen dieser Aussage sogar gänzlich.

Abbildung 12: Umsetzungshindernisse (in Prozent)



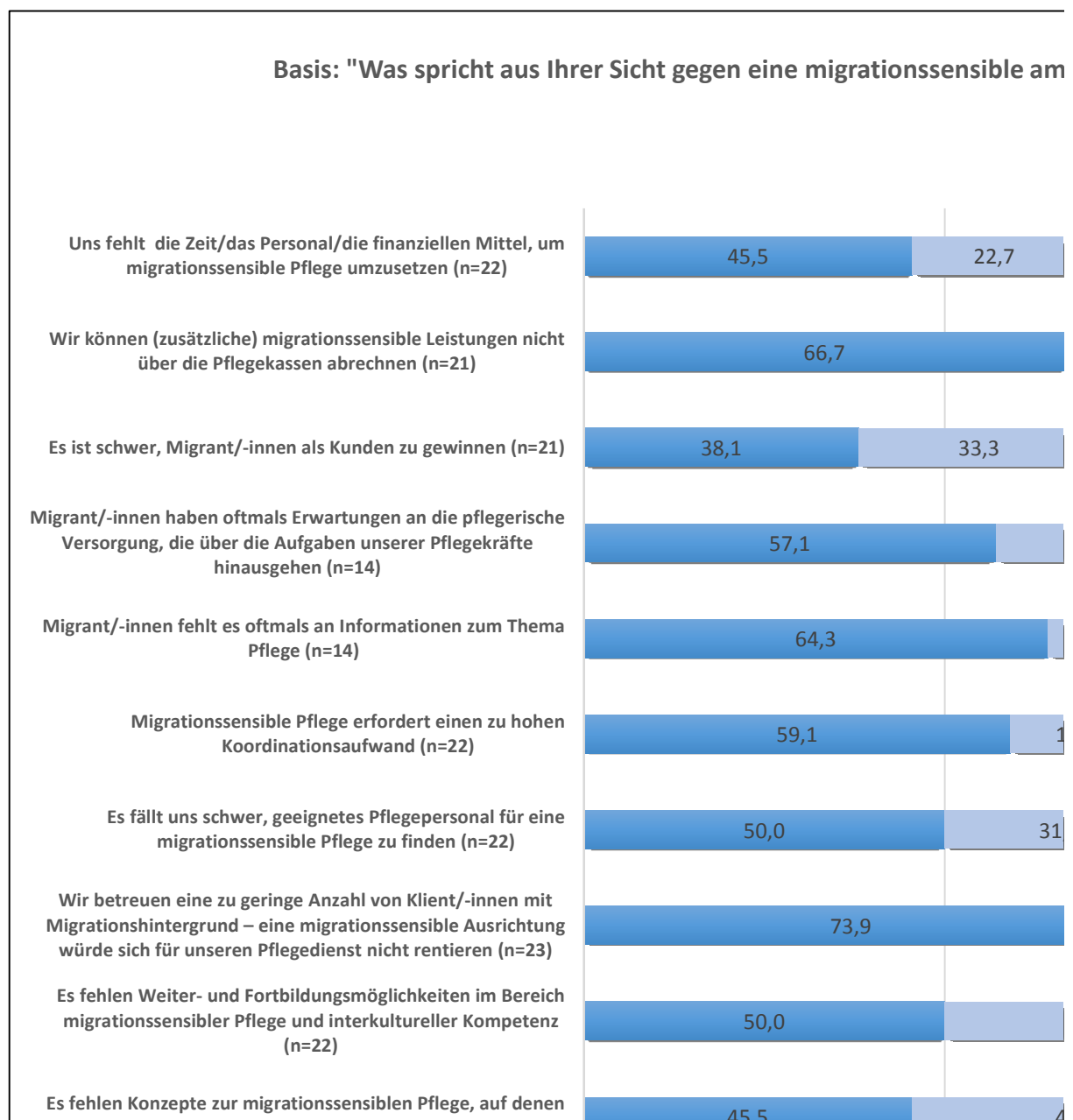
Quelle: Studie zur ambulanten pflegerischen Versorgung älterer (türkeistämmiger) Migrant/-innen in Berlin

Vergleicht man nun die Antworten mit jenen 31 ambulante Dienste, die keines der Filterkriterien<sup>25</sup> erfüllten und über den Fragenblock hinweggeleitet wurden, welcher migrationssensible Pflege (-angebote) thematisiert, so zeigt sich ein ähnliches Antwortmuster (siehe Abb. 13). Von Erkenntnisinteresse sind bei diesen Pflegediensten insbesondere die Gründe, die aus ihrer Sicht gegen eine migrationssensibel ausgerichtete Pflege sprechen. Tendenziell zeigen sich die gleichen Umsetzungshindernisse, wie in der Vergleichsgruppe. Hervorzuheben ist jedoch die starke Befürwortung

<sup>25</sup> Ambulante Pflegedienste, die sich als migrationssensibel einschätzen oder auf Migrant/-innen spezialisiert sind oder mehr als 5 Prozent pflegebedürftige Migrant/-innen betreuen.

(73,9 Prozent) der Aussage, dass sie eine zu geringe Anzahl an Migrant/-innen betreuen, sodass sich eine migrationssensible Ausrichtung als wirtschaftlich unrentabel erweisen würde. Anderson (2007) wies bereits in seiner Studie daraufhin, dass pflegebedürftige Migrant/-innen auf Seiten der ambulanten Dienste als wenig relevante und lukrative Gruppe wahrgenommen werden und dies Auswirkungen auf die Umsetzung kultursensibler Leistung nehmen könnte. Wenig Zustimmung (14,3 Prozent) findet hingegen die Aussage, dass Migrant/-innen im Bereich der ambulanten Pflege keine anderen Bedürfnisse aufweisen, als Personen ohne Migrationshintergrund.

Abbildung 13: Umsetzungshindernisse (in Prozent)

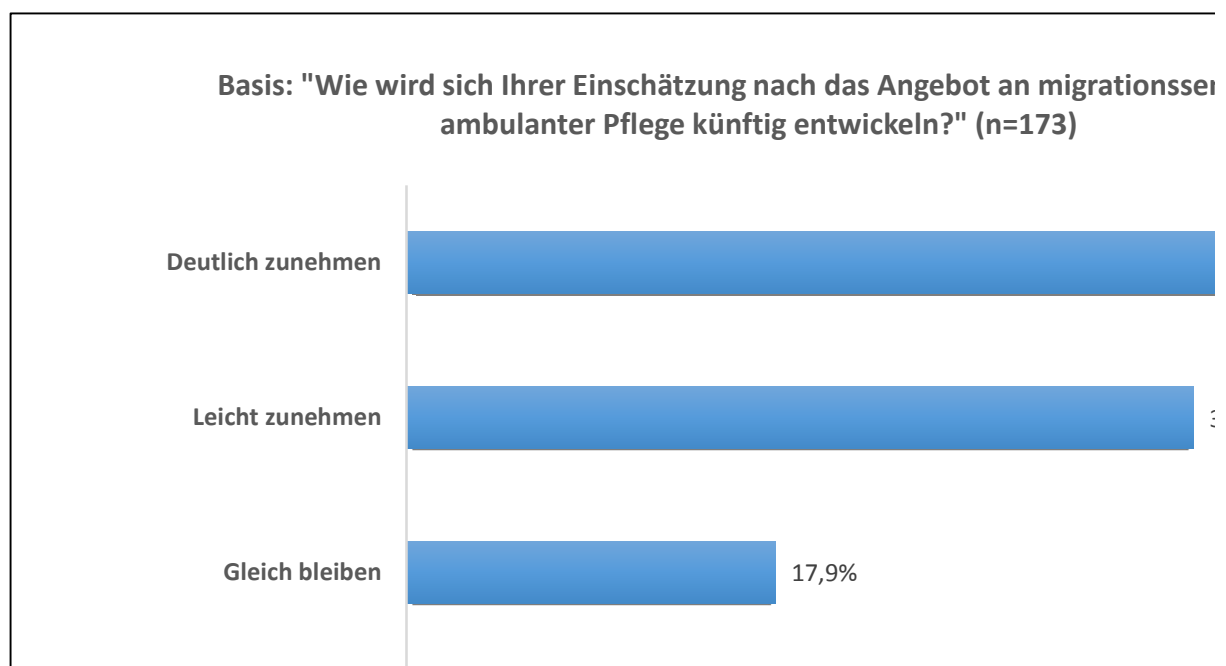


Quelle: Studie zur ambulanten pflegerischen Versorgung älterer (türkeistämmiger) Migrant/-innen in Berlin

#### 4.7 Subjektive Einschätzung der Angebotsentwicklung für Migrant/-innen

Aufgrund soziodemographischer Daten, dem Anwachsen der älteren Migrantinnenbevölkerung und der Veränderung der familiären Strukturen ist davon auszugehen, dass die Anzahl pflegebedürftiger Migrantinnen und damit die Nachfrage nach migrationssensiblen Pflegeleistungen in Zukunft ansteigen werden (Deutsches Zentrum für Altersfragen 2009, Razum et al 2008). Diese Veränderungen auf der Nachfrageseite nehmen Einfluss auf das Angebot. Im Report zur Altenpflege in Berlin (2012) kommen die Autoren zu dem Schluss, dass das aktuelle Angebot ambulanter kultursensibler Pflege beziehungsweise ambulanter Pflege, die auf Migrantinnen ausgerichtet ist den künftig steigenden Bedarf nicht decken kann. Die Mehrzahl (81,6 Prozent) der ambulanten Pflegeanbieter in Berlin schätzen die Entwicklung migrationssensibler Pflegeangebote dahingehend ein, dass diese in Zukunft deutlich (43,4 Prozent) oder leicht (38,2 Prozent) zunehmen werden. Einige wenige Pflegedienste (17,9 Prozent) rechnen damit, dass das Angebot an migrationssensiblen Leistungen für Migrantinnen künftig gleich bleiben wird. Ein verschwindend geringer Anteil von 0,6 Prozent äußert die Einschätzung, dass das Angebot deutlich zurückgehen wird.

Abbildung 14: Angebotsentwicklung migrationssensibler Pflege (in Prozent)



Quelle: Studie zur ambulanten pflegerischen Versorgung älterer (türkeistämmiger) Migrantinnen/-innen in Berlin

#### 5. Vergleichende Analyse von Anbieter- und Nutzerperspektive

Nach einer Analyse der Angebotslandschaft und ihrer migrationssensiblen Ausrichtung werden in einem zweiten Schritt Anbieter- und Nutzerseite systematisch gegenübergestellt. Grundlage des Vergleichs bilden die Ergebnisse der hier durchgeführten Studie sowie die Ergebnisse aus dem Vorgängerprojekt „Pflegesituation älterer (türkeistämmiger) Migrantinnen und Migranten in Berlin“

(2014)<sup>26</sup>. Jene Untersuchungsergebnisse wiesen auf eine relativ große Offenheit der Migrant/-innen gegenüber ambulanten Pflegeangeboten hin. Als präferiertes Pflege- und Versorgungsmodell seitens der (türkeistämmigen) Migrant/-innen schien sich ein kombinierter Ansatz aus familialer und professioneller Pflege herauszukristallisieren. Inwieweit nun bestehende ambulante Pflegeangebote mit den Erwartungen der älteren Migrant/-innen an eine pflegerische Versorgung korrespondieren, wird nun vorgestellt. Darüber hinaus wird die Informationssituation auf Anbieter- und Nachfrageseite verglichen, um auch hier mögliche Diskrepanzen aufzudecken.

Im Fokus der Vorgängerstudie standen ältere türkeistämmige Migrant/-innen. Daher werden im Folgenden sowohl die Ergebnisse der Gesamtstichprobe (= alle ambulanten Pflegedienste, N = 211) als auch relevante Ergebnisse jener Dienste ausgewiesen, die laut eigenen Angaben türkische Migrant/-innen versorgen (N = 87).

### **5.1 Erwartungen an eine migrationsensible Pflege vs. Ausgestaltung migrationssensibler Angebote**

Die Untersuchungsergebnisse der Vorgängerstudie deuteten darauf hin, dass die Beachtung kultureller Besonderheiten vor allem im haushaltnahen Bereich für ältere Migrant/-innen ein zentrales Merkmal „guter Pflege“ darstellt. Der Berücksichtigung von Essgewohnheiten (86,9 Prozent) sowie das Ausziehen von Straßenschuhen vor Betreten des Wohnraums (89,1 Prozent) wird dabei auf Seiten der Nutzer/-innen die größte Bedeutung beigemessen. Diese Erwartungen seitens der Migrant/-innen stehen im Einklang mit den offerierten Leistungen der Anbieter/-innen. So sind bei 86,3 Prozent der ambulanten Leistungserbringer, das Abstreifen der Schuhe vor Betreten des Wohnraums sowie die Beachtung spezifischer Ess- und Trinkgewohnheiten (93,4 Prozent) feste Bestandteile ihres Leistungsspektrums. Weiterhin zeigte sich, dass die gleichgeschlechtliche Pflege eine hohe Relevanz (71,6 Prozent) für Personen mit Migrationshintergrund besitzt. Die Präferenz der Migrant/-innen für gleichgeschlechtliche Pflege korrespondiert mit dem Versorgungsangebot der Pflegedienste. 78,7 Prozent der ambulanten Dienste erbringen die Körperpflege durch eine Pflegekraft desselben Geschlechts, falls dies gewünscht wird. Hingegen war die Beachtung religiöser Feiertage durch die Pflegekräfte von geringerer Bedeutung für ältere Migrant/-innen (59 Prozent). Dieses Angebot ist bei 74,3 Prozent der Anbieter ein fester Bestandteil ihres Leistungsspektrums. Die Ergebnisse der Vergleichsanalyse weisen demnach darauf hin, dass die Erwartungen der Migrant/-innen im Bereich der Grund- beziehungsweise Körperpflege, sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung durch das ambulante Leistungsangebot abgedeckt werden können.

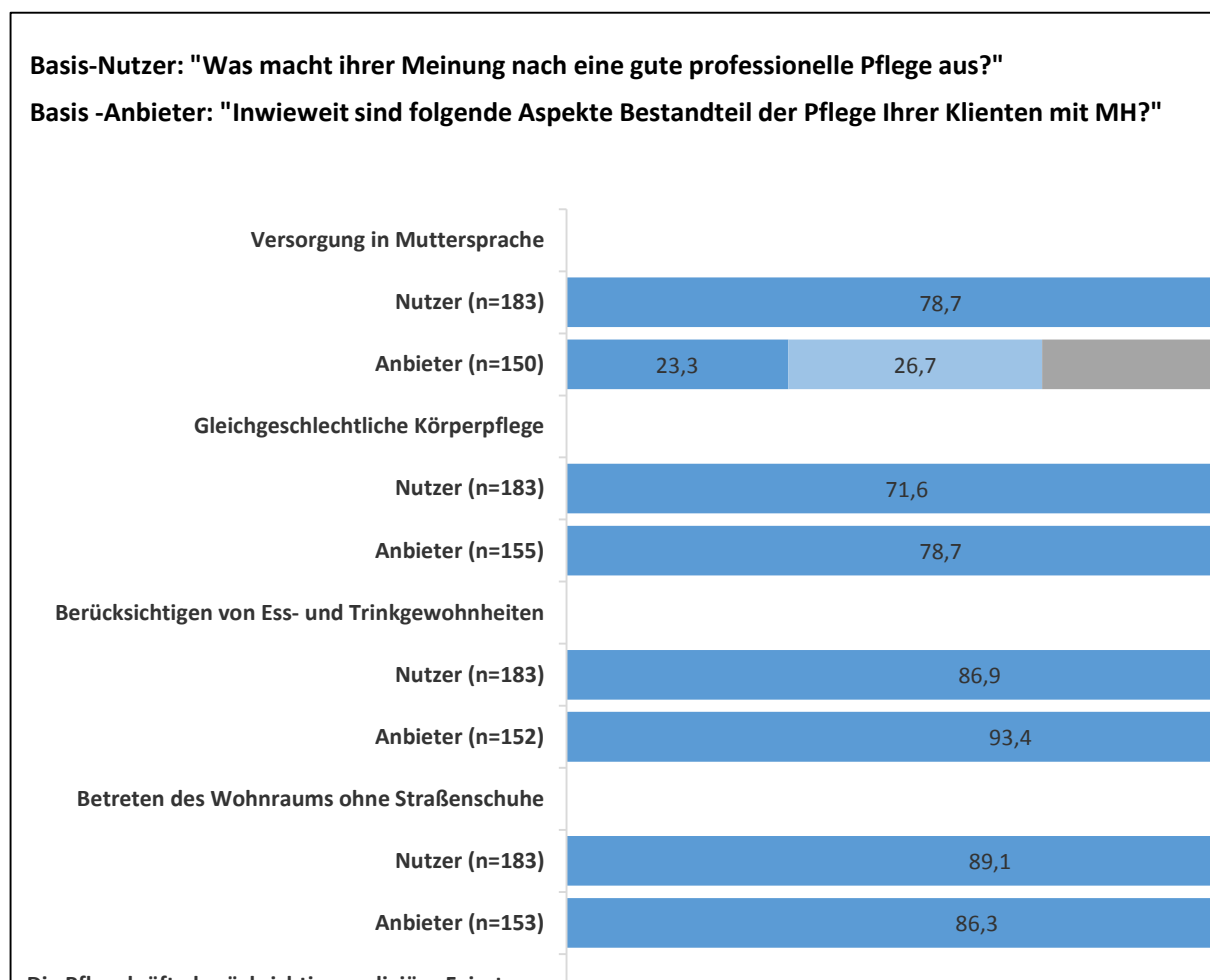
Deutliche Diskrepanzen zwischen den Pflegeerwartungen der Migrant/-innen und dem Angebot der Dienste zeigen sich jedoch hinsichtlich der Versorgung in Muttersprache. Während ältere Migrant/-innen den Sprach- beziehungsweise Türkischkenntnissen von Pflegekräften eine erhebliche

---

<sup>26</sup> Die (nicht repräsentative) quantitative Untersuchung von 194 älteren türkeistämmigen Migrant/-innen im Alter zwischen 59 und 88 Jahren setzt sich mehrheitlich aus Personen zusammen, die während der Gastarbeiteranwerbung zwischen 1961 und 1973 nach Deutschland zuwanderten.

Relevanz zuweisen (78,7 Prozent), ist dies lediglich bei 23,3 Prozent der Pflegeleistungserbringer ein fester Bestandteil ihres Leistungsangebots. Vergleicht man die Ergebnisse aller ambulanten Pflegedienste mit jenen, die angaben, dass sie türkeistämmige Migrant/-innen betreuen, zeichnet dies ein ähnliches Bild. Auch hier zeigen sich Defizite im Bereich der Kommunikation. So bieten nahezu die Hälfte (44,8 Prozent) der ambulanten Pflegedienste mit türkstämmigen Klient/-innen keine Versorgung in der Muttersprache an und lediglich 20,9 Prozent sind grundsätzlich in der Lage, eine solche Leistung zu erbringen (vgl. Abb. 15).

Abbildung 15: Merkmale guter professioneller Pflege (in Prozent) – Vergleichsperspektive



Quelle: Studie zur Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migrantinnen und Migranten in Berlin/ Studie zur ambulanten pflegerischen Versorgung älterer (türkeistämmiger) Migrant/-innen in Berlin

## 5.2 Informationsbedarf vs. Informationsstrategien

Der Kenntnisstand bezüglich örtlicher Pflegeangebote ist seitens der älteren Migrant/-innen eher gering ausgeprägt. Mehr als die Hälfte (58,4 Prozent) der Befragten gaben an, dass sie keine ambulanten Pflegedienste oder Hauskrankenpflegedienste in Berlin kennen. Der geringe Informationsstand könnte u. a. durch die häufig nicht ausreichenden Deutschkenntnisse der älteren Migrant/-

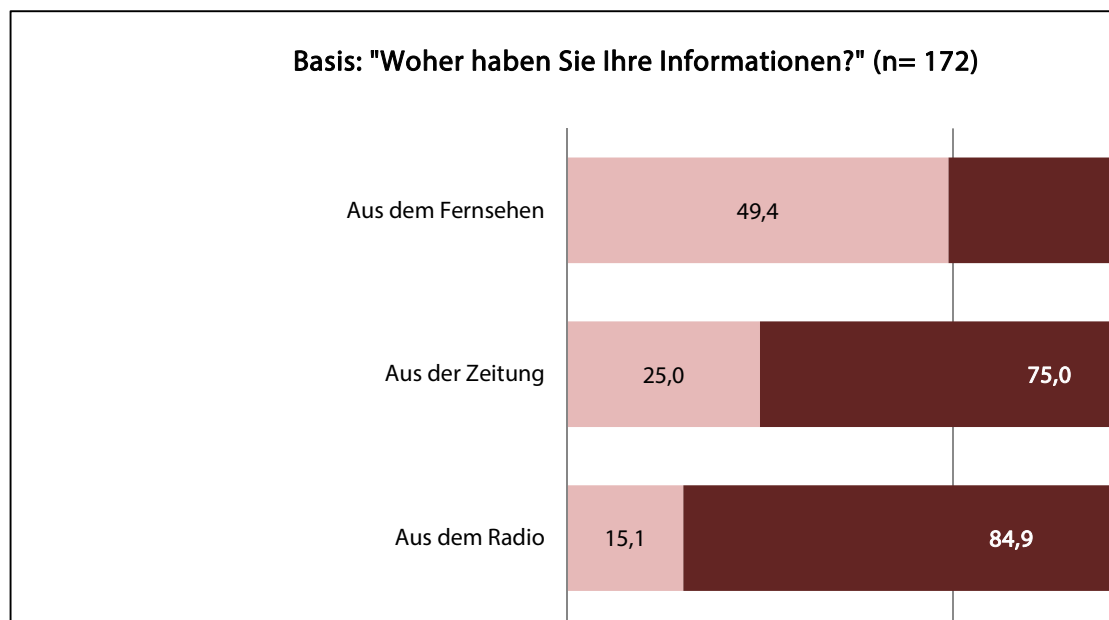
innen, sowie durch die vergleichsweise geringen IT-Kompetenzen und dem fehlende Zugang zu Computern und dem Internet erklärt werden (Schenk et al. 2014). Betrachtet man allerdings die Anbieterseite und deren Informationsstrategien, so lässt sich eine weitere Erklärung für den niedrigen Informationsstand der Migrant/-innen im Hinblick auf die Angebote in der pflegerischen Versorgung identifizieren. 69 Prozent der befragten ambulanten Pflegedienste gaben an, dass sie keine Öffentlichkeitsarbeit betreiben, die sich gezielt an potentielle Klienten/-innen mit Migrationshintergrund richtet. 24,5 Prozent der Dienste teilweise. Nur bei 6,5 Prozent der Dienste ist dies ein fester Bestandteil ihrer Informationsstrategien und sind jenen Gruppen zuzuordnen, die sich als migrationssensibel einschätzen. Der geringere Informationsstand der Migrant/-innen über Pflege- und Beratungsangebote scheint demnach auch das Resultat einer mangelhaften Informationspolitik seitens der ambulanten Leistungserbringer zu sein. Die ermittelten Diskrepanzen zwischen fehlendem Kenntnisstand der Migrant/-innen über örtliche ambulante Pflegeanbieter und den Werbestrategien der Dienste liefern einen ersten Ansatzpunkt, welchen es in der Gestaltung pflegerischer Versorgung von Migrant/-innen zu verbessern gilt. Weitere Gründe können möglicherweise durch die Art der Informationsgewinnung aufgedeckt werden.

Das wichtigste mediale Medium der Informationsgewinnung stellt für die älteren Migrant/-innen das Fernsehen dar, welches 49,9 Prozent der Befragten für diesen Zweck nutzen. Mit 25 Prozent kommt der Zeitung, dem Radio und Internet mit 15,1 Prozent beziehungsweise 6,4 Prozent nur eine nachgeordnete Bedeutung zu (vgl. Abb. 16). Auf Anbieterseite werden diese Medien allerdings kaum (21,3 Prozent) als Mittel eingesetzt, um Klient/-innen mit Migrationshintergrund für sich zu gewinnen beziehungsweise die Migrantengruppen über Pflegeangebote zu informieren. Jene ambulanten Pflegedienste, die Informationen und Werbung über ihre Angebote in regionalen Medien der Herkunftsländer und/oder fremdsprachigen Medien schalten, beschreiben zu 66,7 Prozent, dass sich dieser Weg nicht bewährt hat. Betrachtet man ausschließlich die Pflegedienste, die angaben, dass sie türkeistämmige Migrant/-innen betreuen, zeigt sich, dass dieses Mittel der Informationsverbreitung über regionale oder fremdsprachige Medien noch weniger genutzt wird (12,5 Prozent). Unter den nicht medialen Informationsquellen wird mit Abstand das soziale Netzwerk am stärksten (72,7 Prozent) zur Informationsgewinnung präferiert. Eine eher untergeordnete Rolle scheinen Beratungsstellen zu spielen. Nur 12,8 Prozent der Befragungsteilnehmer/-innen gaben an, sich bei Pflegestützpunkten, Wohlfahrtsverbänden oder Beratungsstellen der Kranken und Pflegeversicherung zu informieren. Auf Seiten der Anbieter wird jedoch dieser Informationsweg am häufigsten genutzt (82,6 Prozent). Die Vergleichsperspektive zu Mitteln und Art der Informationsgewinnung fördern eine deutliche Informationsasymmetrie zu Tage. Sowohl mediale, als auch informelle Informationsquellen, welche die Untersuchungsgruppe primär nutzt, werden von den ambulanten Pflegeleistungserbringern als Mittel vernachlässigt. Hingegen nutzen die Dienstleister gerade jene Informationswege bevorzugt, die für Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund kaum Relevanz besitzen.

Schwierigkeiten bei der Informationsgewinnung treten auf Seiten der türkeistämmigen Migrant/-innen auch aufgrund eines scheinbar unzureichenden Informationsangebots in türkischer Sprache auf. Mehr als die Hälfte (56,5 Prozent) der Befragten gab an, dass zu wenige Informationen in türki-

scher Sprache verfügbar sind. In der Vorgängerstudie wurde die Frage aufgeworfen, ob tatsächlich zu wenige türkischsprachige beziehungsweise bilinguale Informationen bereitgestellt werden und/ oder ob zwar ein ausreichendes Angebot besteht, die Informationen die älteren türkeistämmigen Migrant/-innen jedoch nicht erreichen. Begründet wurde die Annahme dadurch, dass vielen Befragten nicht klar war, wie und wo sie bei der Informationssuche über Pflegeangebote ansetzen sollten. 51,8 Prozent gaben an, nicht zu wissen wonach und 46,5 Prozent wo sie suchen sollen. Allerdings zeigt sich, dass der geringe Informationsstand nicht nur auf Defizite in der Informationssuche zurückzuführen ist, sondern faktisch mehr als die Hälfte (53,2 Prozent) der ambulanten Dienste kein mehrsprachiges Informationsmaterial zu Verfügung stellen.

Abbildung 16: Mediale Informationsquellen (in Prozent) – Ergebnisse der Vorgängerstudie



Quelle: Studie zur Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migrantinnen und Migranten in Berlin

## 6. Fazit

Eine deutliche Mehrheit der befragten Pflegedienste hat nach eigener Einschätzung zumindest teilweise sein Versorgungsangebot auf die spezifischen Belange von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund ausgerichtet. Lediglich ein Fünftel der ambulanten Dienste macht die Angabe, mögliche Besonderheiten in den Bedürfnissen und Gewohnheiten von Klient/-innen mit Migrationshintergrund nicht zu berücksichtigen und bezeichnet sein Angebot folglich als nicht migrations-sensibel. Die Selbsteinschätzung, eine migrations-sensible Pflege anzubieten, korreliert mit der Anzahl an Nutzer/-innen mit Migrationshintergrund. Da Pflegedienste, die Migrant/-innen zu ihren Nutzer/-innen zählen, in unserem Sample überrepräsentiert sind, ist davon auszugehen, dass der tatsächliche Anteil an ambulanten Pflegediensten ohne migrations-sensible Angebotsausrichtung in Berlin noch höher liegt.



Eine Analyse von verschiedenen Leistungen, die als migrationssensibel gelten, fördert weiterhin ein sehr differenziertes Bild zutage. Zu einem Großteil kann auf kulturspezifische Lebensgewohnheiten (wie Ernährungs-, Hygiene- und religiöse Gewohnheiten, Ausziehen der Schuhe bei Hausbesuchen) eingegangen werden. Angebotslücken betreffen vor allem die Verständigung in der Muttersprache. Auch kann nur ein vergleichsweise geringer Teil der befragten Pflegedienste auf ein Kooperationsnetz mit muttersprachlichen Fachkräften aus dem Gesundheitsbereich zurückgreifen. Dies wiegt umso schwerer, da eine muttersprachliche Versorgung von den meisten (türkeistämmigen) älteren Migrant/-innen nicht nur gewünscht wird, sondern auch angesichts häufig nicht ausreichender Deutschkenntnisse geboten ist. Zumindest teilweise können die Pflegedienste Sprachbarrieren reduzieren, indem sie auf Dolmetscherdienste zurückgreifen.

Als ein weiterer Indikator zur Messung von Migrationssensitivität fungierte die Frage, inwieweit interkulturelle Kompetenz ein Qualifikationsmerkmal bei der Neueinstellung von Pflegekräften ist. Fast die Hälfte der befragten Dienste machte die Angabe, dass dies kein Einstellungskriterium sei. Gleichzeitig schätzt nur ein Viertel der Pflegedienste ein, dass die Mitarbeiter/-innen über ausreichend Hintergrundwissen zu anderen Kulturen und zu Migrationskontexten verfügen. Dies verweist auf mögliche Schulungsbedarfe seitens des Pflegepersonals.

Die Ergebnisse im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit zeigen Potenziale in der Ausgestaltung einer migrantenspezifischen Informationspolitik. Bisher betreiben lediglich ein Drittel der ambulanten Pflegeleistungserbringer Werbemaßnahmen, die sich gezielt an die Gruppe der pflegebedürftigen Migrant/-innen richtet. Als erfolgversprechendste Möglichkeit der Nutzer/-innengewinnung mit Migrationshintergrund wurde eine mehrsprachige telefonische oder persönliche Beratung beschrieben. Die Ergebnisse der Vergleichsanalyse weisen jedoch auf eine Informationsasymmetrie zwischen Anbieter- und Nutzerseite hin. Um diese Asymmetrie aufzulösen, sollten Leistungserbringer ihren Fokus auf jene Zugangswege der Informationsgewinnung legen, die tatsächlich von Migrant/-innen genutzt werden. Insbesondere werden mediale Informationswege (Fernsehen, Zeitungen, Radio), der Einsatz von Pflegelotsen aus der jeweiligen ethnischen Community sowie die Organisation von Informationsveranstaltungen zum Thema Pflege bisher wenig genutzt.

Der überwiegende Anteil der ambulanten Pflegeleistungserbringer machte die Angabe, dass die ambulante Pflege von Migrant/-innen durch den Umstand erschwert wird, dass (zusätzliche) migrationssensible Leistungen nicht über die Pflegeversicherung abgerechnet werden können. Hierzu zählen beispielsweise mehrsprachige Beratungsangebote, Begleitdienste zu Behörden und Ärzt/-innen mit Übersetzungsleistung sowie der Einsatz von Dolmetschern resp. Kulturvermittlern. Durch geeignete Finanzierungsstrukturen könnten langfristig verstärkt Anreize für eine migrationssensible Angebotsausrichtung gesetzt werden.

## Literatur

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2014): Statistischer Bericht AI5-hj1/14, Einwohnerinnen und Einwohner im Land Berlin am 30. Juni 2014. Potsdam.

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2014a): 3. Statistischer Bericht KVIII 1-2j/13, Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Empfänger von Pflegegeldleistungen in Berlin 2013. Potsdam.

Anderson, P (2007): Untersuchung zur Lebenssituation älterer Migrantinnen und Migranten in München. Landeshauptstadt München, München.

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2005): 6. Bericht zur Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Berlin.

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2010): 8. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Berlin.

Bose, A. von; Terpstra, J. (2012) Muslimische Patienten pflegen. Praxisbuch für Betreuung und Kommunikation. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag Berlin Heidelberg

Büscher, A; Horn, A (2010): Bestandsaufnahme zur Situation in der ambulanten Pflege. Ergebnisse einer Expertenbefragung. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Bielefeld.

Bundesministerium für Gesundheit (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bonn.

Dietzel-Papakyriakou, M; Olbermann, E (2005): Gesundheitliche Lage und Versorgung alter Arbeitsmigranten in Deutschland. P Marschalck , K Wiedl (Hrsg.), Migration und Krankheit. Göttingen: V&R unipress.

Dietzel-Papakyriakou, M (2012): Ein Blick zurück nach vorn: Zwei Jahrzehnte Forschung zu älteren Migrantinnen und Migranten. H Baykara-Krumme, A Motel-Klingebiel, P Schimany (Hrsg.), Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland. Wiesbaden: Springer VS.

Friebe, J; Stier, H; Küpper, H (2007): Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege: Bestandsaufnahme, Personalgewinnung und Qualifizierungen in Nordrhein-Westfalen. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, Bonn.

Hlawatsch, A; Krickl, T (2014): Einstellungen zu Befragungen. Baur, N; Blasius, J. (Hrsg.), Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS.

Kohls, M (2012): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Forschungsbericht 12, Nürnberg.

- Kolleck, B. (2007): Kultursensible Pflege in ambulanten Pflegediensten. *Pflege & Gesellschaft* 12 (3): 263-275.
- Korporal, J; Dangel, B (2006): Die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten als Voraussetzung für Beschäftigungsfähigkeit im Alter. Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Lebenssituation und Gesundheit älterer Migranten in Deutschland*. Berlin: Lit Verlag.
- Landeshauptstadt Wiesbaden; Amt für Strategische Steuerung, Stadtforschung und Statistik Wiesbaden (2009): Kultursensible ambulante Altenpflege in Wiesbaden. *Wiesbadener Stadtanalysen* 28, Wiesbaden.
- Lotze, E (2005): Migranten in der ambulanten Pflege – Ergebnisse einer Erhebung für Bremen und Bremerhaven im Jahr 2004. Gesundheitsamt Bremen. *Migration und Gesundheit*, Bremen.
- Lotze, E; Hübner, N (2008): Migrantinnen und Migranten in der ambulanten Pflege: Ergebnisse einer Erhebung in Bremen und Bremerhaven 2008. Stadt Bremen, Bremen.
- Okken, P; Spallek, J; Razum, O (2008): Pflege türkischer Migranten. U Bauer, A Büscher (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Özcan, V; Seifert, W (2006): Lebenslagen älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Expertisen zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung Lebenssituation und Gesundheit älterer Migranten in Deutschland*, 6: 7-77.
- Razum, O; Zeeb, H; Meesmann, U; Schenk, L; Bredehorst, M; Brzoska, P; Dercks, T; Glodny, S; Menkhaus, B; Salman, R; Saß, A-C; Ulrich, R (2008): *Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Razum, O; Spallek, J; Zeeb, Hajo (2011): *Migration und Gesundheit*. T Schott, C Hornberg (Hrsg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft*. Wiesbaden: VS Verlag. Online:
- Salman, R; Menkhaus, B (2006): Mit Migranten für Migranten. – Das MiMi-Projekt des Ethno-Medizinischen Zentrums als Beitrag zur interkulturellen Gesundheitsförderung und Integration in Deutschland. In: *Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis*. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.). Berlin, November 2006; S. 107–115
- Schenk, L (2008): *Gesundheit und Krankheit älterer und alter Migranten*. A Kuhlmei, D Schaeffer (Hrsg.), *Alter, Gesundheit und Krankheit. Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Simon, M (2013): *Das Gesundheitssystem in Deutschland – Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*. Bern: Verlag Hans Huber.

Spickhoff, A (2010): Spezielle Patientenrechte für Migranten? Juristische und rechtsethische Überlegungen. In: Dokumentation der Jahrestagung des Deutschen Ethikrates 2010: Migration und Gesundheit – Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung

Statistisches Bundesamt (2012): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2012. Fachserie 1 Reihe 2.2, Wiesbaden.

Ulusoy, N; Gräbel, E (2010): Türkische Migranten in Deutschland. Wissens- und Versorgungsdefizite im Bereich häuslicher Pflege – ein Überblick. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 43 (5): 330–338.

Wengler, A (2013): Ungleiche Gesundheit. Zur Situation türkischer Migranten in Deutschland. Frankfurt am Main: Campus Verlag.

Knöferl, B (2010): Non-Response-Analyse (Vorbereitungsmaterial). Im Rahmen des Seminars „Statistische Herausforderungen sozialwissenschaftlicher Studien“. Ludwig-Maximilians-Universität. Institut für Statistik.

Wingefeld, K (2003): Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege, in: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld P03-I24. Bielefeld

Zeman, P (2005): Ältere Migranten in Deutschland. Befunde zur soziodemographischen, sozioökonomischen und psychosozialen Lage sowie zielgruppenbezogene Fragen der Politik- und Praxisfeldentwicklung. Expertise im Auftrag des Bundesamtes für Flüchtlinge und Migration. Berlin: Bundesamt für Flüchtlinge und Migration.

### Onlinequellen

Arbeitskreis „Charta für eine kultursensible Altenpflege“ /Kuratorium Deutsche Altershilfe (2002): Für eine kultursensible Altenpflege. Eine Handreichung.

[www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/Themen/Pflege/handreicherung.pdf](http://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/Themen/Pflege/handreicherung.pdf) (12.2014)

Barg, S; Mauthner, J; Guerrero Meneses, V; Stiehr, K (2013): Analyse der Angebotsstruktur in Einrichtungen der Altenhilfe für ältere Migrantinnen und Migranten in Frankfurt am Main. Institut für Soziale Infrastruktur. Frankfurt am Main.

[www.frankfurt.de/sixcms/media.php/738/Migration\\_Alter\\_online\\_jan13.pdf](http://www.frankfurt.de/sixcms/media.php/738/Migration_Alter_online_jan13.pdf). (09.2014)

Bundesministerium für Gesundheit (2014b): Ratgeber zur Pflege – Alles, was Sie zur Pflege wissen müssen.

[www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Broschueren/14\\_0909\\_RatgeberPflege\\_bf.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Broschueren/14_0909_RatgeberPflege_bf.pdf) (11.2014).

Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.) (2009): GeroStat Report Altersdaten 2009. Berlin. [www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/GeroStat\\_Report\\_Altersdaten\\_Heft\\_1\\_2009.pdf](http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/GeroStat_Report_Altersdaten_Heft_1_2009.pdf) (04.2014).

Dömling, G. (2012): Kennzeichen kultursensibler Pflege. Wissenschaftliche Forschungsarbeit. Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband. Berlin.

[www.fh-diakonie.de/obj/Bilder\\_und\\_Dokumente/DiakonieCare/FH-D\\_DiakonieCare\\_Doemling-G\\_Kennzeichen-kultursensibler-Pflege\\_lang.pdf](http://www.fh-diakonie.de/obj/Bilder_und_Dokumente/DiakonieCare/FH-D_DiakonieCare_Doemling-G_Kennzeichen-kultursensibler-Pflege_lang.pdf) (01.2015)

Landespflegeplan Berlin (2011): Pflege- und pflegeunterstützende Angebote in Berlin - Landespflegeplan 2011.

[www.berlin.de/sen/soziales/themen/pflege-und-rehabilitation/berichte-und-statistik/landespflegeplan/](http://www.berlin.de/sen/soziales/themen/pflege-und-rehabilitation/berichte-und-statistik/landespflegeplan/) (11.2014).

Report zur Altenpflege (2012): Die Altenpflege in Berlin – ein Report zur Situation und den Entwicklungsperspektiven der Branche.

[www.dienstleistungsmetropole-berlin.de/de/downloads/20120815\\_Branchenreport\\_Altenpflege.pdf](http://www.dienstleistungsmetropole-berlin.de/de/downloads/20120815_Branchenreport_Altenpflege.pdf) (02.2015)

Schaffranke, D.; Schwenzer, V. (2014): Interkulturelle Altenhilfe in Berlin. Empfehlungen für eine kultursensible Pflege älterer Migrantinnen und Migranten.

[www.berlin.de/imperia/md/content/lb-integration-migration/publikationen/ikoe/gutachten\\_interkulturelle\\_altenpflege\\_2014\\_11\\_12\\_zusammenfassung.pdf](http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-integration-migration/publikationen/ikoe/gutachten_interkulturelle_altenpflege_2014_11_12_zusammenfassung.pdf) (02.2015)

Schenk, L; Meyer, R; Maier, A-S; Aronson, P; Gül, K (2011): Rekonstruktion der Vorstellungen vom Alter und von Einstellungen zur (stationären) Pflege bei Personen mit Migrationshintergrund – Bericht für das ZQP. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.). [www.zqp.de/upload/content.000/id00015/attachment01.pdf](http://www.zqp.de/upload/content.000/id00015/attachment01.pdf) (04.2014).

Schenk, L; Krobisch, V; Ikiz, D (2014): Pflegesituation von türkeistämmigen älteren Migranten und Migrantinnen in Berlin – Bericht für das ZQP. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.). Online: [www.zqp.de/upload/content.000/id00015/attachment03.pdf](http://www.zqp.de/upload/content.000/id00015/attachment03.pdf). (11.2014)

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2012): Pflege- und pflegeunterstützende Angebote in Berlin. Landespflegeplan 2011. [www.berlin.de](http://www.berlin.de) (04.2014)

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2014): Handlungsorientierter Sozialstrukturatlas 2013. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht. [www.berlin.de](http://www.berlin.de) (04.2014)

Statistisches Bundesamt (2015): Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

[www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/News/2015/PflegeDeutschlandergebnisse\\_2013.pdf](http://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/News/2015/PflegeDeutschlandergebnisse_2013.pdf) (01.2015)

## ANHANG I: Non-Responder-Fragebogen

### Non-Responder-Befragung

Textbeispiel: „Dürfte ich Ihnen für unsere Statistik ein paar ganz kurze Fragen stellen, damit wir einschätzen können, welche Art von Pflegedienste in unserer Studie haben (dauert maximal 5 Minuten).“

Bei Bedarf (z. B. Kontaktperson fragt danach): Angaben behandeln wir selbstverständlich vertraulich und anonym (sie oder Ihr Pflegedienst werden nicht namentlich genannt oder mit Ihren Antworten in Verbindung gebracht).]

#### Anmerkungen zur Handhabung des Fragebogens

- Fragen vorlesen, Person antworten lassen (Antwortoptionen nur vorlesen, wenn nichts kommt), Häkchen bei der jeweiligen Antwort machen.
- **Falls die Kontaktperson auch diese Kurz-Befragung ablehnt, wenigstens versuchen eine Antwort auf Frage 3 (Betreut Ihr ambulanter Pflegedienst Menschen mit Migrationshintergrund, d. h. Menschen die selbst zugewandert sind oder mindestens ein Elternteil zugewandert?) zu bekommen.**
- Frage 4 kann bei Bedarf (z. B. Person wird unruhig, will das Gespräch beenden) weggelassen werden.

<b>ID (entspricht Nummer in Excel-Liste):</b>	
<b>1. Bietet Ihre Einrichtung ambulante Pflege an?</b>	
1) Ja	<input type="checkbox"/>
2) Nein → <i>Befragung zu beenden.</i>	<input type="checkbox"/>
<b>2. In welcher Trägerschaft befindet sich Ihr ambulanter Pflegedienst?</b>	
1) Privat	<input type="checkbox"/>
2) Freigemeinnützig	<input type="checkbox"/>
3) Öffentlich	<input type="checkbox"/>

4) Andere Trägerschaft: <i>Offene Angabe</i>	
5) Weiß nicht/keine Angabe	
<b>3. Betreut Ihr ambulanter Pflegedienst Menschen mit Migrationshintergrund, d. h. Menschen die selbst zugewandert sind oder mindestens ein Elternteil zugewandert)?</b>	
Bitte kreuzen Sie die Aussage an, die am ehestens zutrifft.	
1) Ja	<input type="checkbox"/>
2) Nein	<input type="checkbox"/>
3) Weiß nicht/ keine Angabe	<input type="checkbox"/>

<b>4. In welchem/welchen Berliner Bezirk(en) ist Ihr ambulanter Pflegedienst derzeit tätig?</b>	
Mehrfachnennung möglich.	
1) Treptow-Köpenick	<input type="checkbox"/>
2) Charlottenburg-Wilmersdorf	<input type="checkbox"/>
3) Lichtenberg	<input type="checkbox"/>
4) Friedrichshain-Kreuzberg	<input type="checkbox"/>
5) Marzahn-Hellersdorf	<input type="checkbox"/>
6) Mitte	<input type="checkbox"/>
7) Neukölln	<input type="checkbox"/>
8) Pankow	<input type="checkbox"/>
9) Reinickendorf	<input type="checkbox"/>
10) Spandau	<input type="checkbox"/>
11) Steglitz-Zehlendorf	<input type="checkbox"/>

12) Tempelhof-Schöneberg	<input type="checkbox"/>
13) Weiß nicht/keine Angabe	<input type="checkbox"/>
<b>5. Warum möchten Sie nicht an der Befragung teilnehmen?</b> Gründe nennen lassen und zuordnen. Optionen nur bei Bedarf vorlesen. Mehrfachnennung möglich.	
1) Keine Zeit	<input type="checkbox"/>
2) Kein Interesse am Thema ambulante Pflege von Migrant/innen und Migranten	<input type="checkbox"/>
3) Kein Interesse an (wissenschaftlichen) Studien	<input type="checkbox"/>
4) Keine Erfahrung mit der Betreuung von Migrant/innen	<input type="checkbox"/>
5) Bedenken wegen der Teilnahme (Datenschutz o. Ä.)	<input type="checkbox"/>
6) Anweisung der Leitung (Leitung möchte das nicht o.Ä.)	<input type="checkbox"/>
7) Anderer Grund: <i>Offene Angabe</i>	<input type="checkbox"/>

*Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!*