



Abschlussbericht

**Verbesserung der Versorgungssituation für
psychisch erkrankte ältere Migrantinnen und
Migranten im Land Berlin**

Impressum:

Herausgeber: Senatsverwaltung für Gesundheit,
Soziales und Verbraucherschutz
Referat II B (Landesbeauftragter für Psychiatrie)
Oranienstraße 106
10969 Berlin

Erarbeitung von: Rosmarie Weise (SenGesSozV – Referat II B)
Mail: Rosmarie.Weise@SenGSV.verwalt-berlin.de

Dr. Christel Geier (SenGesSozV – Referat I D)
Mail: Christel.Geier@SenGSV.verwalt-berlin.de

Heidje Köller (SenGesSozV – Referat IG)
Mail: Heidje.Koeller@SenGSV.verwalt-berlin.de

Hartmut Caemmerer (SenGesSozV – IntMig)
Mail: Hartmut.Caemmerer@AusIB.verwalt-berlin.de

Eveline Grimm (Bezirksamt Neukölln)
Mail: Eveline.Grimm@ba-nkn.verwalt-berlin.de

Ingrid Papies-Winkler (Bezirksamt Friedrichshain – Kreuzberg)
Mail: gespl@ba-fk.verwalt-berlin.de

Stefan Kolodziejczak (Bezirksamt Mitte)
Mail: Stefan.kolodziejczak@ba-mitte.verwalt-berlin.de

Werner Freese (Bezirksamt Tempelhof – Schöneberg)
Mail: freese@ba-temp.verwalt-berlin.de

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
Telefon: 030 / 9028 – 0
Fax: 030 / 9028 – 2056
Homepage: <http://www.sengsv.verwalt-berlin.de>

Redaktionsschluss: Dezember 2004

Gliederung

	Seite
1 Ergebnisse und Handlungsempfehlungen	3 - 7
2 Problembeschreibung	8 - 9
3 Arbeitsauftrag – Arbeitsgruppe	10
4 Bedarfsermittlung - Bestandsaufnahme - Expertenanhörung	11 - 14
5 Analyse der Daten und Ergebnisse	15
6 Aktuelle Initiativen und weitere Planungen	16
7 Anhang	17

1 Ergebnisse und Handlungsempfehlungen

Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung und der Expertenanhörung werden nach vier Themenkomplexen gegliedert, stichpunktartig zusammengefasst und dazu jeweils Empfehlungen zur Umsetzung vorgestellt.

Themenkomplex 1: Information und Beratung

- Der überwiegenden Mehrheit der in Berlin lebenden Migrantinnen und Migranten sind die verschiedenen Angebotsformen aus den Versorgungsbereichen „Psychiatrie“ und „Altenhilfe“ nicht bekannt. Hinsichtlich psychiatrischer Erkrankungen gibt es von Seiten der Betroffenen, Angehörigen und dem sozialen Umfeld neben erheblichen Wissensdefiziten auch große Berührungängste bzw. fehlendes Vertrauen in die vorhandenen Angebote. In Bezug auf die Zielgruppe besteht weiterhin ein erheblicher Informations- und Beratungsbedarf im Land Berlin.
- Die bestehenden Angebote der Erwachsenenpsychiatrie sind bereits seit langem gut vernetzt. Diese Strukturen können auch für die verbesserte Information und zur Versorgung von psychisch erkrankten Migranten/innen genutzt werden. Inzwischen gibt es in einigen Bezirken mit hohem Anteil an Migranten/innen Arbeitskreise (z. B. Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften, Beiräte), die sich seit einigen Jahren kontinuierlich mit dem Themenkreis Migration und psychosoziale Gesundheit beschäftigen.
- Inzwischen wurden in einzelnen Bezirken verschiedene Initiativen zum Abbau von Zugangsbarrieren durchgeführt, wie z. B. die Erarbeitung mehrsprachiger Informationsmaterialien (Wegweiser) zu den Versorgungssystemen, Initiierung von entsprechenden Fachtagungen, Fachgespräche mit ethnischen Zielgruppen etc. (stellvertretend genannt: Bezirke Mitte, Neukölln, Friedrichshain-Kreuzberg, Tempelhof-Schöneberg, Spandau).
- Die im Land Berlin in allen Bezirken vorhandenen Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ sind ebenfalls auf dem Weg, ihre Angebote interkulturell auszurichten und mit den vorhandenen Altenhilfeangeboten zu vernetzen. Hierbei können die Akteure von den Ergebnissen der verschiedenen Modellprojekte zur interkulturellen Öffnung der Altenhilfe/Pflege im Land Berlin profitieren.
- Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz – Psychiatriereferat – wird für das psychiatrische Versorgungssystem in Kürze einen Wegweiser „Psychiatrie“ veröffentlichen. Eine Übersetzung in mehreren Sprachen ist vorgesehen.

Empfehlungen

1. *Die Beratungspraxis für Migranten/innen im Vorfeld muss so niedrigschwellig wie möglich angelegt sein.*
2. *Informationsmaterial für Migranten/innen muss differenziert nach Zielgruppen, in der Herkunftssprache, verständlich und kultursensibel gestaltet werden. Dabei sollten Mittel und Methoden ausgewählt werden, die diesen Personenkreis, ihre Angehörigen und ihr soziales Umfeld gezielt erreichen. Hierbei ist es wichtig, die vorhandenen Netzwerke einzubinden und zu optimieren. Dabei empfiehlt sich auch die Werbung und Schulung von Multiplikatoren/innen aus den Migranten-Communities.*
3. *Die Erarbeitung von geeigneten Informationsmaterialien und die Durchführung von Informationsveranstaltungen sollten unter Einbeziehung geeigneter Multiplikatoren/innen erfolgen (z. B. Bezirke, Ärztekammer, Pflegekassen, Krankenkassen, Institutionen der Psychiatrie und Altenhilfe, Verbände der Leistungserbringer, Migrantenorganisationen und Migrantenprojekte, Universitäten etc.).*

Themenkomplex 2: Sprache, Kommunikation, Personal

- Die interkulturelle und sprachliche Kompetenz ist in den befragten Einrichtungen und Institutionen der Psychiatrie und Altenhilfe unterschiedlich ausgeprägt. Muttersprachliches Fachpersonal, interkulturell qualifizierte Teams und eine kultursensible Angebotsgestaltung sind nur zu einem geringen Teil vorhanden. Eine interkulturelle Öffnung der Angebote ist nur ansatzweise erkennbar. Hervorzuheben sind die überregional und interkulturell ausgerichteten Projekte/Modellprojekte für Migranten/innen, die sich ausdrücklich der pflegerischen Versorgung älterer Migranten/innen widmen.
- „Nur“ die jeweilige Sprache zu sprechen oder aus dem gleichen Land zu kommen, reicht als alleiniges Kriterium für eine adäquate Versorgung dieses Personenkreises nicht aus. Jedoch kann sprachliche Kompetenz als „Türöffner“ dienen. Interkulturell kompetente Teams tragen dazu bei, die Zugangsschwelle zu senken und pflegende Angehörige zu entlasten oder bei der Versorgung der Klientel einzubinden. Nonverbale Kommunikation ist ebenfalls kulturspezifisch und gewinnt insbesondere bei an Demenz Erkrankten im Krankheitsverlauf zunehmend an Bedeutung.
- Sprachkenntnisse sowie Wissen über kulturelle Gegebenheiten und soziale Konstruktionen von Ethnien etc. sind als Fachkenntnisse zu betrachten. Die Etablierung von interkulturell kompetenten Teams kann im Land Berlin nur schrittweise erfolgen. Die Erhöhung des Anteils von Fachkräften mit Migrationshintergrund und sonstigem interkulturell kompetenten Fachpersonal, insbesondere in Krankenhäusern, muss bei den Trägern angeregt und eingefordert werden.
- Neben dem Einsatz möglichst muttersprachlichen Fachpersonals bedeutet dies auch eine Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit, besonders in den Medien der Zielgruppe, um die Leistungen der Versorgungssysteme Psychiatrie und Altenhilfe für diesen Personenkreis nutzbarer und transparenter zu machen (s. TK 1).
- Für die Überwindung von sprachlichen und kulturell bedingten Verständigungsschwierigkeiten werden bei Bedarf Dolmetscher/innen eingesetzt. Hierbei wird von beiden Versorgungssystemen von guten Erfahrungen berichtet. Hingewiesen wurde auf die Notwendigkeit der fachlichen Schulung und Qualifikation von Dolmetschern/innen (entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen sowie die Bereitstellung bereits qualifizierter Dolmetscher/innen bietet z. B. der Gemeindedolmetschdienst Berlin).
- Qualifizierte Beratungsstellen und Informationsangebote in Nähe von Stadtteilen (Kiezen), in denen z. B. viele ältere Migranten/innen leben, sind wünschenswert. Die Gewinnung von Multiplikatoren/innen aus dem Umfeld der Betroffenen würde dadurch erleichtert werden.
- Der Einsatz sprachkundiger Angehöriger oder Bekannter ist bei individuellen Beratungs- und Therapieprozessen (z. B. Psychotherapie) in der Regel nicht zu empfehlen.

Empfehlungen

1. *Interkulturelle und sprachliche Kompetenzen von Mitarbeitern/innen aus den Gesundheits- und Sozialberufen sollen so weit wie möglich genutzt werden, um sprachliche und kulturelle Barrieren zu überwinden und die Erreichbarkeit von Migranten/innen zu verbessern. Eine Erhöhung des Fachkräfteanteils (z. B. Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen, Therapeuten, Pflegekräfte etc.) mit interkulturellen und sprachlichen Kompetenzen, insbesondere auch solchen mit Migrationshintergrund, sollte angestrebt werden.*

2. *Ehrenamtliche mit Migrationshintergrund sollten zur Unterstützung und Versorgung des Personenkreises, besonders im niedrighschwelligem Bereich der Psychiatrie und Altenhilfe (z. B. Cafébetrieb für psychisch Kranke, Besuchsdienste für demenziell Erkrankte), gewonnen und entsprechend geschult werden.*
3. *Eine Nachbesetzung von freiwerdenden Stellen in Einrichtungen der Altenhilfe und Psychiatrie mit Fachpersonal mit interkulturellen und sprachlichen Kompetenzen und ggf. Migrationserfahrung ist gezielt anzustreben. Entsprechende Anforderungsprofile in den Stellenausschreibungen sind dazu notwendig. Das gilt auch für den öffentlichen Gesundheitsdienst; hierfür sind ggf. Ausnahmegenehmigungen durch die Senatsverwaltung für Inneres erforderlich.*
4. *Die Finanzierung von Dolmetschleistungen in Krankenhäusern kann nach gültiger Rechtslage nur budgetneutral und damit nicht bedarfsgerecht erfolgen. Zur Klärung dieser sowie der Problematik des Sprachmittlungsbedarfs in den Gesundheits- und Sozialbereichen generell ist es notwendig, folgende Beteiligte einzubeziehen: Sozialhilfeträger, Einrichtungsträger, öffentliche Gesundheitsdienste, Krankenkassen, Pflegekassen, Kassenärztliche Vereinigung,  rztelkammer, Psychotherapeutenkammer und weitere.*
5. *Bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung des Fachpersonals (Mitarbeiter und Führungskräfte) in den Gesundheits- und Sozialberufen müssen migrantenspezifische Aspekte besonders berücksichtigt werden.*
6. *Im Qualitätsmanagement der Einrichtungen und Dienste der Altenhilfe und Psychiatrie ist die angemessene Versorgung der Migrantenzielgruppen zu berücksichtigen. Für die Vergabe von Zuwendungen und die Vereinbarung vertraglicher Entgelte sind entsprechende Auflagen anzustreben. Die Umsetzung ist in den Sachberichten zu dokumentieren.*

Themenkomplex 3: Kooperation und Vernetzung

- Bisher werden die Angebote der Regelversorgung im Sinne von Überleitung und Vernetzung mit migrantenspezifischen Einrichtungen nur in geringem Maße genutzt. Die derzeitige Kooperation beschränkt sich mehrheitlich auf die Überweisung von Migrantenklientel an entsprechende Institutionen der Psychiatrie und Altenhilfe.
- Für eine optimalere Versorgung der psychisch erkrankten älteren Migranten/innen bieten sich im Land Berlin die flächendeckend etablierten Geriatrischen-Gerontopsychiatrischen Verb nde an, in denen die einzelnen Leistungsanbieter in verbindlich abgestimmter Form gemeinsam Verantwortung für die Erbringung notwendiger Leistungen und deren Qualität übernehmen. Die Verbundpartner kooperieren sowohl einzelfallbezogen miteinander als auch mit Bezug auf die Sicherstellung der Bedarfsgerechtigkeit und der Qualität des gesamten Versorgungssystems. Sie weisen auf Lücken im Versorgungsangebot hin, analysieren Problemfelder der Vernetzung und Koordination und entwickeln dafür Lösungsansätze. In diesen Prozess sollten die bezirklichen Beratungsstellen für Migranten/innen, die Integrations-/Migrationsbeauftragten und die sie unterstützenden Migranten/innenbeir te einbezogen werden.
- Verbindliche Kooperationsbeziehungen bzw. –strukturen lassen sich nur durch Kooperationsverträge zwischen den Kooperationspartnern sicherstellen, in denen die personelle Kontinuität, die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten etc. verbindlich geregelt werden. Hier werden bereits seit einigen Jahren im Rahmen von Modellprojekten (z. B. AWO/IDEM) neue Wege beschritten. Bestimmte überregionale Spezialangebote (z. B. ZIPP-Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie – Charité, Psychiatrische Versorgung von Spätaussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion, DETA-MED Pflegedienst, IDEM – Infozentrum für demenzkranke Migranten/innen) fungieren im Land Berlin bereits als „Türöffner“, auch für die Dienste

und Einrichtungen der Regelversorgung.

Empfehlungen

1. *Diese Thematik wird in die nächste überregionale Sitzung der Geriatrischen-Gerontopsychiatrischen Verbände (1/2005) eingebracht.*
2. *Entsprechende Grundlagen bzw. Instrumente zur einzelfallbezogenen Zusammenarbeit (z. B. Biografiebogen, Patientenüberleitungsbogen) sollten von den Verbundpartnern/innen gemeinsam erarbeitet bzw. überarbeitet werden.*
3. *Kooperation und Vernetzung sollten in den Konzeptionen der Einrichtungen und Dienste als Qualitätsmerkmal verankert sein.*

Themenkomplex 4: Defizite und Lücken in der Versorgung

Wegen der Überschneidung zu den drei anderen Themenkomplexen beziehen sich die Aussagen im Wesentlichen auf die Angebotsstruktur der Versorgungssysteme Psychiatrie und Altenhilfe:

- Es besteht weiterhin die Notwendigkeit zur Schaffung geeigneter Angebotsformen, um die bisher nicht adäquat versorgte Zielgruppe innerhalb der Regelversorgung angemessen betreuen zu können. Die Notwendigkeit zur Schaffung neuer bzw. spezieller Einrichtungen im Sinne von Parallellangeboten besteht grundsätzlich nicht. Für die Altenhilfe gilt der Grundsatz „soviel Regelversorgung wie möglich“ und „soviel migrationsspezifische Angebote wie nötig“. Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter und Führungskräfte zum Erwerb von interkultureller Kompetenz sind dafür unerlässlich.
- Folgende fehlende Angebote wurden benannt:
 - * Angebote der Kurzzeitpflege und Wohngemeinschaften für an Demenz erkrankte Migranten/innen,
 - * Niedrigschwellige Angebote als „Türöffner“
 - * Betroffenengruppen (Unterstützung/Beratung für Angehörige, Selbsthilfe sowohl für Betroffene als auch Angehörige)
 - * Muttersprachliche Diagnostik
 - * Muttersprachliche Gutachter (MDK, Therapeuten),
 - * Muttersprachliche psychologische Beratung
 - * Angebote zur Prävention (Informationsmaterial für Hausärzte, Seniorenfreizeitstätten)
 - * Angebote der Nachsorge
 - * Interkulturell kompetente Teams
- Die Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung wird als wesentliche Voraussetzung gesehen, um Initiativen, orientiert an konkreten Zielgruppen und Problemlagen, voranbringen zu können. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Differenzierung der Migranten/innen nach Herkunftsländern oft nicht die individuelle Lebenssituation widerspiegelt (Bildung, Sozialisation, Alter, Geschlecht, Beruf, Familie, Einkommen etc. spielen hierbei eine wichtige Rolle).
- Bemängelt wurde von den Experten/innen die oft fehlerhafte Diagnostik von Migranten/innen in allgemeinmedizinischen Praxen, hervorgerufen durch mangelnde interkulturelle Kompetenz und fehlende psychiatrisch-psychotherapeutische Basiskenntnisse der Hausärzte.

Empfehlungen:

1. Um bedarfsgerechte Veränderungen im Land Berlin anstoßen zu können, sollten die herausgearbeiteten Problemfelder in folgende Gremien und Institutionen eingebracht werden:

- * Landespflegeausschuss,
- * Landespsychiatriebeirat,
- * Landesintegrationsbeirat
- * Landesseniorenbeirat
- * Behindertenbeirat
- * AK der Psychiatriekoordinatoren/innen der Bezirke
- * AK der Drogenkoordinatoren/innen der Bezirke
- * Integrations- und Migrationsbeauftragte der Bezirke
- * Ärztekammer, Psychotherapeutenkammer
- * Kassenärztliche Vereinigung, Landesverbände der Krankenkassen, MDK
- * Landesverbände der Pflegekassen
- * AK der Geriatrischen-Gerontopsychiatrischen Verbände
- * LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege
- * Private Anbieterverbände

Die Bearbeitung erfolgt durch die beteiligten Fachressorts in eigener Zuständigkeit und Verantwortung.

2. *Einbeziehung der Organisationen und Interessenvertretungen der Migranten/innen bei der Entwicklung geeigneter und insbesondere niedrigschwelliger Angebotsstrukturen.*
3. *Durch Befragung ausgewählter Gruppen sollten die noch offenen Fragen zur Datenlage bearbeitet werden (unter Einbeziehung der Fachhochschulen und Universitäten, z. B. im Rahmen einer Diplomarbeit, als Projektthema im Rahmen des postgradualen Studienganges Public Health u. a.).*

2 Problembeschreibung

Die demografische Entwicklung der Bevölkerung der Bundesrepublik und Berlins zeigt, dass viele Migranten/innen der ersten Generation (Arbeitsmigranten/„Gastarbeiter“) bereits das siebzigste Lebensjahr erreicht haben. Aufgrund dieser Entwicklung und der Erkenntnis, dass die Wahrscheinlichkeit z. B. an Demenz zu erkranken mit zunehmendem Alter wächst, ist in den kommenden Jahren mit einem Anstieg demenzerkrankter und pflegebedürftiger Migranten/innen zu rechnen. Auf diese Situation sind jedoch weder die Institutionen der Psychiatrie und Altenhilfe, noch die Migrantenfamilien, in denen ein Großteil der Pflege geleistet wird, ausreichend vorbereitet.

Zur Versorgung psychisch erkrankter Menschen im Land Berlin wurde gemäß den Empfehlungen der Bundesregierung ein bezirklich ausgerichtetes regionales Pflichtversorgungssystem aus ambulant-komplementären und klinisch-stationären Angeboten aufgebaut. Einem psychisch erkrankten Menschen soll unabhängig von Geschlecht und ethnischer Herkunft ermöglicht werden, in seinem unmittelbaren Umfeld alle Unterstützung und Betreuung zu erhalten, die er benötigt.

Im Psychiatrieentwicklungsprogramm (PEP) wurden die regionalisierten Platz- und Versorgungskontingente für die stationäre und komplementäre Versorgung festgelegt. Kriterium hierfür war neben der Bevölkerungszahl die Sozialstruktur der Bezirke und hierbei auch die Zahl der Migranten/innen. Die Bezirke mit einem hohen Anteil an Migranten/innen hatten z. B. mehr Betten im klinischen Bereich und mehr Plätze im betreuten Wohnen erhalten, um dann in eigener Steuerung und Verantwortung entsprechend auch Angebote für Migranten/innen zu etablieren.

Die Erfahrungen der letzten Jahre haben jedoch gezeigt, dass psychisch erkrankte Migranten/innen die vorhandenen sozialpsychiatrischen und pflegerischen Angebote seltener wahrnehmen und nutzen als deutsche Bürger/innen, auch wenn diese Hilfen formal allen Betroffenen offen stehen. Die Zugangsbarrieren haben meist keine rechtlichen Gründe (z. B. nach dem Asylbewerberleistungsgesetz).

Auf Seiten der Migranten/innen sind es eher die oft mangelnden Deutschkenntnisse oder fehlenden Informationen über die Angebotspalette der bestehenden Einrichtungen und Dienste, daneben zum Teil Angst vor negativen aufenthaltsrechtlichen Folgen. Aber auch die Bezeichnung „für psychisch Kranke“ könnte eine wesentliche Hemmschwelle sein, sich diesbezüglichen Angeboten zu nähern bzw. sie in Anspruch zu nehmen. Auf Seiten der Leistungserbringer sind z. B. eine nicht ausreichende Berücksichtigung dieser Zielgruppe bei der Angebotsgestaltung, zu wenig interkulturelle (auch zu wenig muttersprachliche) Kompetenz oder eine zu geringe Vernetzung mit den migrantenspezifischen Diensten in den Bezirken einige zu nennende Gründe, die noch den Zugang der betroffenen Menschen zu vorhandenen Hilfen erschweren. Es gibt jedoch auch Hinweise darauf, dass im Alter aufgrund der sprachlichen Barrieren und der kulturellen Distanz gegenüber der deutschen Bevölkerung die oftmals geringen Kontakte weiter abnehmen („ethnischer Rückzug“) und innerethnische Netzwerke und Freundschaften an Bedeutung gewinnen.

Auch im Bereich Altenhilfe nehmen Migranten/innen aus den eingangs geschilderten Gründen nicht in der zu erwarteten Anzahl die vorhandenen Angebote wahr (d. h. sie sind auch dort unterproportional vertreten). Dieser Tatsache steht inzwischen eine wachsende Zahl von immer älter werdenden Migranten/innen in der Gesellschaft gegenüber, die zunehmend medizinische und pflegerische Versorgungsleistungen benötigen. Mit Konzepten wie „Interkulturelle Kompetenz“ und „Kultursensible Pflege“ soll verstärkt die Öffnung auch des Altenhilfesystems für ältere Zuwanderer und eine stärkere Ausrichtung der Versorgung auf kulturspezifische Bedürfnisse erreicht werden.

Im Rahmen der in 2003 begonnenen landesweiten Initiative zur interkulturellen Öffnung des Gesundheits- und Sozialwesens wurden im Psychiatriereferat und im Altenhilfebereich der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz einzelne Aktivitäten gestartet, um diese noch nicht gelösten qualitativen Versorgungsfragen in Bezug auf diesen

Personenkreis zu bearbeiten und Lösungsansätze zur Beseitigung von Zugangsbarrieren zu entwickeln.

Bevor dieser Prozess mit Blick auf die Gesamtzielgruppe der psychisch erkrankten Migranten/innen initiiert werden konnte, wurde fachlich die Notwendigkeit gesehen, sich im ersten Schritt der Teilzielgruppe der psychisch kranken älteren Migranten/innen zu widmen.

Als grundlegend schwierig erwies sich in diesem Zusammenhang das Bestreben, quantitative Aussagen zur gesundheitlichen Situation und zur Versorgungslage von älteren Migranten/innen im Land Berlin zu erhalten und diesen Personenkreis auf der Basis verfügbarer Statistiken abzubilden. Die amtliche Statistik verwendet in der Regel den Begriff „Ausländer“, d. h. sie berücksichtigt nur die gemeldeten Personen, die nicht die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen. Dieser Begriff ist keineswegs gleichzusetzen mit der Bezeichnung „Migrant“, denn auch andere zugewanderte Bevölkerungsgruppen, wie z. B. Aussiedler und eingebürgerte Einwanderer, sind ebenfalls mit migrantenspezifischen Problemen konfrontiert.

3 Arbeitsauftrag - Arbeitsgruppe

Arbeitsauftrag

Im September 2003 wurde vom Psychiatriereferat eine Facharbeitsgruppe – bestehend aus Senatsmitarbeitern/innen (abteilungsübergreifend) und Bezirksamtsmitarbeitern/innen – gebildet. Sie hatte den Auftrag, Lücken und Defizite in und zwischen den beiden Versorgungssystemen Psychiatrie und Altenhilfe im Land Berlin zu beschreiben und Handlungsempfehlungen zu deren Beseitigung zu entwickeln. Im Mittelpunkt der gemeinsamen Arbeit stand allgemein das Ziel, die „interkulturelle Öffnung“ der Versorgungsangebote voranzutreiben, um generell den Zugang von psychisch erkrankten älteren Migranten/innen zu den Angeboten beider Systeme zu erleichtern.

Folgende Teilziele wurden festgelegt:

1. **Beschreibung der Zielgruppe**
2. **Inhaltliche und organisatorische Vorbereitung eines Expertengesprächs**
 - * **Erarbeitung eines Fragenkataloges**
(modifiziert nach: Zielgruppe, Versorgungssystemen, Einrichtungen)
 - * **schriftliche Abfrage, Analyse der Antworten, Zusammenfassung**
3. **Durchführung und Auswertung der Expertenrunde**
4. **Ergebnisse und Handlungsempfehlungen**

Arbeitsgruppe

Die Arbeitsgruppe setzte sich aus folgenden Teilnehmern/innen zusammen:

Teilnehmer/innen	Fachbereiche	Institution / Stellenzeichen
Frau Weise	Gesundheit - Psychiatrie	SenGesSozV / II B 11
Frau Dr. Geier	Soziales - Altenhilfe (Ambulanter und teilstationärer Bereich)	SenGesSozV / I D 32
Frau Köller	Soziales - Altenhilfe (stationärer Bereich)	SenGesSozV / I G 22
Herr Caemmerer	Integration Migration	SenGesSozV/ IntMig B1
Frau Grimm	Gesundheit - Psychiatriekoordinatorin	Bezirksamt Neukölln
Frau Papies-Winkler	Gesundheit - Gesundheitsförderung	Bezirksamt Friedrichshain - Kreuzberg
Herr Kolodziejczak	Gesundheit - Psychiatriekoordinator	Bezirksamt Mitte
Herr Freese	Gesundheit - Psychiatriekoordinator	Bezirksamt Tempelhof - Schöneberg
(Frau Dr. Gutsche) - ausgeschieden -	Gesundheit - Psychiatriekoordinatorin	Bezirksamt Friedrichshain - Kreuzberg

Die fachbereichsübergreifende Arbeitsgruppe hat im September 2004 ihre Zusammenarbeit beendet. Der vorliegende Abschlussbericht wurde im Dezember 2004 vorgelegt.

4 Bedarfsermittlung – Bestandsaufnahme – Expertenanhörung

Terminologie - Definition der Zielgruppe

Die Migrationsforschung versteht unter einer **Migrantin/einem Migranten** eine/n aus dem Ausland stammende/n Zuwanderin/er, die/der in ein bestimmtes Land einreist, um dort für eine bestimmte Zeit oder dauerhaft zu bleiben:

- *alle aus dem Ausland zugewanderten Personen, unabhängig von der Staatsangehörigkeit*
- *das schließt ein: alle Aussiedler und eingebürgerten Zuwanderer sowie Flüchtlinge mit der Absicht, in Deutschland zu bleiben.*

Demgegenüber erfasst die amtliche Statistik nur „Ausländer“, und zwar wie folgt:

Alle Personen, die nicht „Deutsche“ oder Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit gleichgestellt sind (s. Artikel 116 Grundgesetz) und die dauerhaft, d. h. länger als drei Monate, in Deutschland leben.

darunter:

- *Personen mit fremder Staatsangehörigkeit*
- *Personen mit ungeklärter Staatsangehörigkeit*
- *Staatenlose*

nicht gezählt werden:

- *Personen mit deutscher und einer weiteren Staatsangehörigkeit*
- *Noch nicht registrierte, aber den Behörden bekannte Ausländer*
- *Angehörige von stationierten Streitkräften, ausländischen, diplomatischen und konsularischen Vertretungen*

Die Bezeichnungen „**Ausländer**“ und „**Migrant**“ können in der Realität deckungsgleich sein. Häufig sind sie es aber nicht. Daher ist eine genaue Anzahl der in Berlin lebenden älteren Migranten/innen, insbesondere psychisch erkrankten, nicht verifizierbar.

Inhaltliche und organisatorische Vorbereitung eines Expertengesprächs

Für die übergeordnete Zielstellung der interkulturellen Kompetenzerweiterungen in und zwischen den Einrichtungen der Psychiatrie und Altenhilfe standen folgende Fragen im Mittelpunkt der gemeinsamen Arbeit:

1. Wie groß ist der Personenkreis älterer Migranten/innen mit psychischen Erkrankungen und wie setzt er sich nach Herkunftsländern zusammen?
2. Wie ist die Lebenssituation älterer Migranten/innen im Land Berlin?
3. Welche Hilfpotentiale bestehen bereits in den sozialen Netzwerken älterer Migranten/innen?
4. Welcher spezifische Hilfebedarf resultiert aus der psychischen Erkrankung?
5. Welche professionellen Dienstleistungen sind für die Zielgruppe der psychisch erkrankten älteren Migranten/innen erforderlich?
6. Welche besonderen Bedürfnisse sind zu berücksichtigen, damit Hilfen angenommen und als zufrieden erlebt werden?
7. Wie kann man diese Bedürfnisse in Organisation und Ausgestaltung der Altenhilfe und Psychiatrie umsetzen?

Um den Stand der Erkenntnisse zu diesen Fragen im Land Berlin zu sammeln und aufzuarbeiten, wurde von der fachbereichsübergreifenden Arbeitsgruppe ein umfangreicher Fragenkatalog (s. Anlage 1) für diese Zielgruppe entwickelt und Experten/innen aus den beiden Versorgungsbereichen Psychiatrie und Altenhilfe sowie der Migrantenorganisationen befragt. Eine direkte Befragung von Betroffenen in Form einer empirischen Untersuchung erfolgte aus Kapazitätsgründen nicht.

Für die im Vorfeld durchgeführte Literaturrecherche diente im Wesentlichen die vom Deutschen Zentrum für Altersfragen im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz erstellte Expertise zur spezifischen Lebenssituation von in Berlin lebenden älteren Migranten/innen, die in 2002 veröffentlicht wurde.¹ Bei dieser Analyse wurden die Belange der psychisch erkrankten Migranten/innen nicht gesondert berücksichtigt, da sich der Fokus der Untersuchungen auf die politisch gewünschte Modernisierung der Altenhilfe hin zur „interkulturellen Öffnung“ der Versorgungsangebote richtete.

Des Weiteren konnte die Vorbereitungsgruppe auf das Wissen und die Erfahrungen von Experten/innen von einer in 2003 vom Bezirk Friedrichshain–Kreuzberg in Zusammenarbeit mit Gesundheit Berlin e. V. durchgeführten Fachtagung zu „Interkulturellen Öffnung des Gesundheitswesens – Wie funktionieren gute Netzwerke?“ zurückgreifen. Bei dieser Tagung war z. B. die Versorgung von psychisch- und/oder abhängigkeitskranken Migranten/innen ein eigenes Schwerpunktthema.²

Die schriftliche Befragung eines ausgewählten Expertenkreises, bestehend aus Vertreter/innen aus Wissenschaft, Psychiatrie, Altenhilfe, Landesarbeitsgemeinschaft der Migrationsbeauftragten/innen und des Arbeitskreises der Psychiatriekoordinatoren/innen der Bezirke, erfolgte im März 2004. Der Fragebogen bestand aus folgenden drei Teilen:

1. **Teil A: Zielgruppe**
2. **Teil B: Versorgungssysteme Psychiatrie und Altenhilfe**
3. **Teil C: Einrichtungen**

Die Beantwortung der 59 Einzelfragen sollte bis Ende April 2004 erfolgen, da diese Ergebnisse als Basismaterial für das im August 2004 geplante Expertengespräch dienen sollten. Der Eingang der Stellungnahmen verlief sehr zögerlich und erst nach mehreren Anmahnungen bzw. Terminverlängerungen konnte diese Phase Ende Mai 2004 beendet werden. Zur Erleichterung des Verfahrens und um die vermutete große Datenmenge schneller verwertbar zu gestalten, war der Fragenkatalog ins Internet gestellt worden. Leider gab es in der praktischen Umsetzung einige technische Probleme (Abrufbarkeit), so dass der Rücklauf der Bögen vorwiegend auf dem Postweg erfolgte, was letztendlich zu einem Mehraufwand in der Auswertungsphase führte.

Insgesamt antworteten **27** von den **33** befragten Experten/innen. Jeweils eine Stellungnahme war aus den bezirklichen Arbeitskreisen (jeweils 12 Mitarbeiter/innen) abgegeben worden.

Die Auswertung des Informations- und Datenmaterials erfolgte von den Mitgliedern der Arbeitsgruppe parallel zur Vorbereitung des geplanten Expertengesprächs (Zusammenfassung: s. Anlage 2).

¹ Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung, Band 16, Peter Zeman, Ältere Migrantinnen und Migranten in Berlin, Transfer Verlag, Regensburg

² Gold, Möllemann, Franke: Interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens – Wie funktionieren gute Netzwerke?, Gesundheit Berlin e.V., 2003

Durchführung und Auswertung der Expertenrunde

Die Ergebnisse der breiten Befragung dienten als Diskussionsgrundlage für das am 18. August 2004 stattgefundenen Expertengespräch im Rathaus Schöneberg. Ziel dieser Runde war, die gewonnenen Erkenntnisse zu vertiefen, noch offene Fragen zu diskutieren und Lösungsansätze zur Verbesserung der Versorgungssituation zu formulieren.

Hierbei standen vier grundsätzliche Themenkomplexe mit jeweiligen Unterfragen im Mittelpunkt des Gesprächs:

1. Information und Beratung
2. Sprache, Kommunikation, Personal
3. Kooperation und Vernetzung
4. Defizite und Lücken in der Versorgung

Die umfangreichen Antworten aus den schriftlichen Befragungen der Experten/innen wurden in einer Zusammenfassung gebündelt. Wiederholungen von Aussagen wurden dabei nicht berücksichtigt; wo es notwendig erschien, wurde eine Differenzierung der Aussagen nach den Versorgungsbereichen Psychiatrie und Altenhilfe vorgenommen.

Da keine absoluten Zahlenangaben zur Zielgruppe im Land Berlin vorliegen, wurden die amtlich registrierten Ausländer zur annähernden Bestimmung der Größenordnung, insbesondere auch zur Altersstruktur, herangezogen. Die Gruppe der Aussiedler/innen mit ihren jährlich steigenden Zuwächsen wurde in diesen Angaben nicht berücksichtigt.

Die Bevölkerungsgruppe der Migranten/innen kann daher nur unvollständig abgebildet werden.

Statistische Rahmendaten³

- **444.027 Personen wurden als „Ausländer“ registriert**
- **25.592 davon sind über 65 Jahre**
- 17.266 (zwischen 60 und 64 Jahren)
- 23.080 (zwischen 55 und 59 Jahren)

In diesen Zahlenangaben nicht berücksichtigt sind die großen Gruppen der Aussiedler/Spätaussiedler (z. B. Russische Föderation), da sie ihrem rechtlichen Status nach deutsche Staatsbürger sind. Die Belange dieser Bevölkerungsgruppe müssen jedoch in der Versorgungsplanung ebenso berücksichtigt werden.

Nationalitäten

• Türkei	120.684 Personen	(7.956 davon sind über 65 Jahre)
• Polen	31.291	(2.348)
• Serbien/Montenegro	26.226	(1.660)
• <u>EU</u>	68.456	(3.858)
<i>davon</i> Griechenland	10.209	(1.062)
Italien	12.836	(646)
<i>übrige</i> Gebiete	196.370	(9.770)

Der größte Anteil der in Berlin lebenden Ausländer stammt aus der Türkei. Auch hinsichtlich der Altersstruktur bilden die älteren türkischen Mitbürger, insbesondere die über 65-Jährigen, die größte Anzahl. Im Vergleich zur deutschen Bevölkerung dieser Altersgruppe ist der

³ Melderechtlich registrierte Ausländer am Ort der Hauptwohnung in Berlin am 31.12.2003

Anteil der Ausländer derzeit noch als gering zu bewerten (ca. 5%). Prognostisch wird die Zahl der älter werdenden Migranten/innen im Land Berlin weiter steigen, so dass die jetzigen Bemühungen um eine interkulturelle Öffnung der Einrichtungen einen in die Zukunft gerichteten, präventiven Charakter tragen.

Verteilung der registrierten Ausländer auf die Berliner Bezirke und nach Altersstruktur

Bezirke	Ausländer (Anzahl)	55 – 59 Jahre	60 - 64 Jahre	65 Jahre und älter
Mitte	86.108	4.198	3.361	3.372
Friedrich-Kreuzberg	57.635	2.775	2.361	3.196
Pankow	20.033	463	255	440
Charlottenburg- Wilmersdorf	55.337	3.585	2.454	4.236
Spandau	22.789	1.450	1.096	1.575
Steglitz-Zehlendorf	28.618	1.832	1.243	2.076
Tempelhof- Schöneberg	50.801	3.069	2.238	3.613
Neukölln	66.069	3.337	2.692	3.607
Treptow-Köpenick	7.408	252	133	238
Marzahn-Hellersdorf	7.841	187	128	262
Lichtenberg	18.380	556	327	466
Reinickendorf	22.998	1.376	978	1.411
Berlin gesamt	444.027	23.080	17.266	25.592

Im Vergleich zu anderen Berliner Bezirken weisen die Bezirke Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg, Charlottenburg-Wilmersdorf, Tempelhof-Schöneberg und Neukölln einen hohen Ausländeranteil auf. Der Anteil älterer Menschen nichtdeutscher Herkunft ist ebenfalls deutlich höher als in den anderen Bezirken.

Im Abschnitt 5 werden nur die wichtigsten Kernaussagen hervorgehoben, da im Punkt 1 die zum Thema wesentlichen Ergebnisse und Empfehlungen zur Versorgungssituation der psychisch erkrankten älteren Migranten/innen dargestellt sind.

5 Analyse der Daten und Ergebnisse

Für die Analyse der zugelieferten Daten durch die jeweiligen Arbeitsgruppenmitglieder wurde ein Auswertungsschema entwickelt. Die Zusammenfassung der zum Thema relevanten Informationen mündete in ein Grundlagenpapier (*s. Anlage: Zusammenfassung*), das auch die Experten/innen zur Vorbereitung des Expertengesprächs zur Kenntnis erhielten.

Kernaussagen zur Versorgungssituation der Zielgruppe

- Die genaue Zahl von Migranten/innen, insbesondere von psychisch erkrankten älteren, ist im Land Berlin nicht feststellbar. Allerdings ist in den nächsten Jahren mit einem deutlichen Anstieg von ausländischen Senioren/innen in Berlin zu rechnen, die zunehmend medizinischer und pflegerischer Leistungen bedürfen. Über die konkreten Lebensbedingungen und Versorgungsbedürfnisse psychisch erkrankter älterer Migranten/innen gibt es nur wenige empirisch gesicherte Informationen.
- Hinsichtlich der Herkunft bzw. des kulturellen Hintergrundes und der Migrationsbiografie werden die in Berlin lebenden Migranten/innen als sehr heterogene Gruppe beschrieben (ca. 190 Nationalitäten). Türkische Migranten/innen bilden mit Abstand die größte Bevölkerungsgruppe, auch in Bezug auf die über 65-Jährigen.
- Die meisten Angebote der ambulanten, teilstationären und stationären Altenhilfe und Psychiatrie sind bei den ausländischen Senioren/innen nicht bekannt und werden kaum in Anspruch genommen. Hier bestehen erhebliche Informationsdefizite.
- Ansätze und Methoden aus der Arbeit mit psychisch erkrankten älteren deutschen Menschen können nicht unverändert auf die Arbeit mit Migranten/innen übertragen werden. Die kulturellen Unterschiede und die komplexen Migrationsbiografien setzen Kenntnisse von personenorientierten und familientherapeutischen Ansätzen (z. B. Biografiearbeit) voraus, die auch die sozialen Kommunikationsnetze der Migranten/innen mit einbinden.
- Die sozialen Netze von Migranten/innen sind hauptsächlich auf die eigene ethnische Gruppe ausgerichtet (z. B. Familie, Freunde, Vereine, kulturelle und religiöse Organisationen, Geschäfte). Hilfen, welcher Art auch immer, werden meistens aus dem persönlichen Umfeld der Migranten/innen geleistet. Die Familie bildet (noch) die wichtigste Ressource in der Betreuung und Unterstützung älterer Migranten/innen.
- Bei schwierigen Situationen, wie z. B. schwerster Pflegebedürftigkeit im Zusammenhang mit demenziellen Erkrankungen, werden oft von den Angehörigen selbst fachliche Unterstützung und Entlastungsmöglichkeiten benötigt. Im Bereich der Selbsthilfe sind dementsprechende Angebote zu entwickeln.
- Die Verbesserung der Versorgungssituation setzt eine enge Kooperation von Altenhilfe, Psychiatrie und Migrationsbereich voraus, unter Einbeziehungen der Leistungsanbieter und Betroffenenorganisationen. Eine solche Zusammenarbeit ist im Land Berlin bereits ansatzweise vorhanden.
- Die Entwicklung von ausgrenzenden Angeboten oder Sonderversorgungssystemen für diese Zielgruppe sollte vermieden werden. Die Respektierung der ethnischen-kulturellen Besonderheiten sowie die Förderung des ethnischen Selbsthilfepotentials sollten jedoch wichtige Zielsetzungen in den Versorgungssystemen werden.

6 Aktuelle Initiativen und weitere Planungen

Einbringen der Ergebnisse und Empfehlungen:

Fachbereiche	Initiativen/Planungen	Terminplanung
Psychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> • Landespsychiatriebeirat • Bezirksstadträte Gesundheit • Landesweiter AK der Geriatrischen-Gerontopsychiatrischen Verbände • AK der bezirklichen Psychiatriekoordinatoren/innen und Drogenkoordinatoren/innen • Kassenärztliche Vereinigung • AG der Krankenkassenverbände • Berliner Krankenhausgesellschaft • Ärztekammer • Psychotherapeutenkammer 	1./ 2. Quartal 2005
Altenhilfe	<ul style="list-style-type: none"> • Landespflegeausschuss • Bezirksstadträte Soziales • Landesverbände der Pflegekassen in Berlin • LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege • Private Anbieterverbände • Landessenorenbeirat • Behindertenbeirat 	1./2. Quartal 2005
Integration / Migration	<ul style="list-style-type: none"> • Landesintegrationsbeirat • Integrations- und Migrationsbeauftragte der Bezirke • Migrantenorganisationen / Betroffenenorganisationen 	1./2. Quartal 2005

Anhang

Fragenkatalog **für die Expertenanhörung am 18. August 2004** **Thema: „Versorgung von psychisch erkrankten älteren Migranten/innen“**

Vorbemerkungen:

Im Folgenden bedeutet:

- „**Zielgruppe**“ = psychisch erkrankte ältere Migranten/innen der Altersgruppe ab 60 Jahre; ggf. einschließlich derer Angehörigen;
- „**Migranten/innen**“ = Menschen nichtdeutscher Muttersprache und Aussiedler/innen
- „**Versorgungsregion**“ = der Begriff bezieht sich auf die im Land Berlin vorhandenen Versorgungssysteme und entspricht räumlich einem Bezirk

*Bitte beantworten Sie nur die Fragen, zu denen Sie konkrete Erkenntnisse haben.
Aus Gründen der Vereinfachung der Auswertung bitte die Antworten:*

- **kurz und prägnant**,
- *gleich unter dem jeweiligen Themenkomplex (A, B oder C)*
- *und den zugeordneten Einzelpunkten (z. B. A 1 - 1.1 ...; C 2 - 2.1.....) einfügen.*

Themenkomplex A - Zielgruppe

Zielgruppe: psychisch erkrankte ältere Migranten/innen

A 1 - Qualitativ

- 1.1 Welche besonderen Lebensumstände (sozial, rechtlich, kulturell) kennzeichnen die Situation der Zielgruppe?
- 1.2 Welche speziellen Bedürfnisse müssen bei der Beratung und Betreuung der Zielgruppe beachtet werden (Sprache, Kultur, Kommunikation, Religion, Essen)?

A 2 - Quantitativ

- 2.1 Was wissen Sie über die Größe der Zielgruppe im Land Berlin?
- Bitte differenzieren Sie nach Möglichkeit Ihre Angaben nach Nationalität, Krankheitsbild, Rechtsstatus, soziale Lage, etc.!
- 2.2 Welche quantitativen Analysen über die Zielgruppe sind Ihnen bekannt?
- Wo kann man sie beziehen?
- 2.3 Welche Daten fehlen? Welche werden benötigt?

Themenkomplex B: Versorgungssysteme (Psychiatrie und Altenhilfe)

Zielgruppe: psychisch erkrankte ältere Migranten/innen

B 1 - Quantitative Analysen

- 1.1 Welche quantitativen Analysen gibt es hinsichtlich der Nutzung des psychiatrischen und des Altenhilfeversorgungssystems ? Wo kann man sie beziehen?
- 1.2 Welche Daten zur Nutzung der Versorgungssysteme fehlen?
Welche werden benötigt?

B 2 - Defizite, Lücken in der Versorgung

- 2.1 Wo sehen Sie Defizite und Lücken in den Versorgungssystemen in Bezug auf die Zielgruppe (Vorfeld; ambulante, teilstationäre, stationäre Versorgung) ?
- 2.2 Welche Angebote fehlen im Land Berlin?
- 2.3 Welche Zugangsbarrieren gibt es in den verschiedenen Bereichen der Versorgungssysteme für die Zielgruppe (z.B. Vorfeldberatung, Sprachmittlung, Qualifikation des Personals)?
- 2.4 Welche sonstigen Gründe gibt es für eine evtl. geringe Inanspruchnahme bestimmter Angebote und Einrichtungen?

B 3 - Weiterentwicklung der Versorgungssysteme

- 3.1 Welche gelungenen Ansätze in der Versorgung der Zielgruppe gibt es?
- 3.2 Welche Bedingungen begünstigen die Inanspruchnahme von Einrichtungen und Angeboten?
- 3.3 Welche Maßnahmen könnten die Inanspruchnahme der bestehenden Angebote erhöhen?
- 3.4 Welche Prioritäten setzen Sie bei der Weiterentwicklung der Versorgungssysteme?
- 3.5 Welche Indikatoren zur Qualität der Versorgung der Zielgruppe sind vorhanden?
 - * Struktur-,
 - * Prozess-,
 - * Ergebnisqualität
- 3.6 Welche weiteren Indikatoren zur Versorgung dieser Zielgruppe sollten entwickelt werden?
- 3.7 Sind Spezialangebote für psychisch erkrankte ältere Migranten/innen sinnvoll?
Wenn ja, warum? Worauf wäre dabei zu achten?
- 3.8 Ist es möglich bzw. sinnvoll, mehrere ethnische Gruppen in einer Einrichtung zu betreuen? Bitte begründen Sie Ihre Antwort.
- 3.9 Welchen Einfluss haben bezirkliche Besonderheiten auf die Versorgungssysteme?

B 4 - Information und Beratung im Vorfeld

- 4.1 Worüber sollte im Vorfeld der Inanspruchnahme der Versorgungssysteme informiert und beraten werden?
- 4.2 Wer kann welche Informationen bereitstellen?

4.3 Wer kann zielgruppenorientierte Beratungsarbeit leisten?

B 5 - Kooperation und Vernetzung

5.1 Welche Formen der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen den Versorgungssystemen sind Ihnen bekannt?

5.2 Sind Ihnen Kooperationsvereinbarungen bekannt? Wenn ja, welche?

5.3 Welche Kooperationsstrukturen sind erforderlich?

B 6 - Sprachliche Verständigung

6.1 Wie kann die sprachliche Verständigung in den Versorgungssystemen sichergestellt werden?

6.2 Welche Erfahrungen haben Sie mit Dolmetschern/Dolmetscherdiensten?

6.3 Wie könnten Dolmetscherdienste optimiert werden?

B 7 - Angehörige und Ehrenamtliche

7.1 Was können Angehörige leisten?
- Wo sind die Grenzen?

7.2 Wie können Angehörige gefördert werden?

7.3 Was können Ehrenamtliche leisten?
- Wo sind die Grenzen?

7.4 Wie können Ehrenamtliche gefördert werden?

Themenkomplex C: Einrichtungen¹

Zielgruppe: psychisch erkrankte ältere Migranten/innen

C 1 - Betreute psychisch erkrankte ältere Migranten/innen

- 1.1 Wie viele Migranten/innen haben Sie in den letzten fünf Jahren insgesamt betreut?
- 1.2 Wie viele Migranten/innen betreuen Sie zurzeit?
- Welchem Anteil an Ihrer gesamten Klientel entspricht das?
- 1.3 Geben Sie bitte die Anzahl Ihrer derzeit betreuten Migranten/innen, getrennt nach ethnischen Gruppen, an!
- 1.4 Halten Sie eine Schwerpunktbildung für bestimmte ethnische Gruppen in einer Einrichtung für sinnvoll? Haben Sie Erfahrung damit?
- 1.5 Sehen Sie Zugangsbarrieren für Migranten/innen oder bestimmte Migrantengruppen (z.B. ethnischer, Rechts- o. Sozialstatus) gegenüber Ihrer Einrichtung?
- Wenn ja, welche?
- 1.6 Welche Bedingungen könnten eine Inanspruchnahme Ihrer Einrichtung durch die Zielgruppe begünstigen?

C 2 - Personal

- 2.1 Wie schätzen Sie die interkulturelle Kompetenz Ihres Personals ein?
- Bitte benennen Sie konkrete Merkmale!
- 2.2 Welche interkulturellen Kompetenzen soll das Personal besitzen (Anforderungsprofile)?
- 2.3 Bitte benennen Sie Ihre Erfahrungen mit dem Einsatz von muttersprachlichem Personal!
- 2.4 Für wie wichtig halten Sie einen derartigen Einsatz?
- 2.5 Ist deutschsprachiges Personal für die Versorgung der Zielgruppe grundsätzlich weniger geeignet?
Ja, weil...
Nein, weil...
- 2.6 Welche Aspekte der interkulturellen Kompetenz Ihres Fachpersonals werden aus Ihrer Sicht in der Ausbildung nicht ausreichend vermittelt?
- 2.7 Welche Fort- und Weiterbildungen halten Sie für erforderlich?
- 2.8 Welche Maßnahmen der Personalentwicklung im Hinblick auf die Versorgung der Zielgruppe sind in Ihrer Einrichtung beabsichtigt?

¹ „Einrichtungen“ bedeutet hier: Einrichtungen, Dienste, Projekte (die Versorgungspraxis)

C 3 - Kommunikation

- 3.1 Wie sichern Sie die sprachliche Verständigung mit und unter Ihren Nutzern/Klienten nicht-deutscher Muttersprache (z.B. muttersprachliche Mitarbeiter/innen, Sprachmittler/innen, schriftliche Materialien, Kooperation mit anderen Einrichtungen) ein?
- 3.2 Welche Wege der Sprachmittlung halten Sie für Ihre Einrichtung für die geeignetsten?
– Welche Veränderungen streben Sie an?
- 3.3 Welche Erfahrungen haben Sie mit Möglichkeiten der nonverbalen Kommunikation für den Fall, dass eine sprachliche Verständigung aus Krankheitsgründen nicht mehr möglich ist?

C 4 - Organisation

- 4.1 Welche Vorkehrungen haben Sie auf organisatorischer Ebene getroffen, um Ihre Einrichtung für die Zielgruppe zu öffnen? (z.B. Leitbild, Richtlinien, organisatorische oder personelle Spezialisierungen, Ernährung, Religionsausübung, Sterbebegleitung, Außendarstellung)?
- 4.2 Welche weiteren organisatorischen Vorkehrungen halten Sie für sinnvoll?
– Welche wollen Sie davon umsetzen?

C 5 - Kooperation und Vernetzung

- 5.1. Wie ist die Kooperation mit Diensten und Einrichtungen, die Ihnen Klienten/Nutzer der Zielgruppe vermitteln?
- Was sollte in diesem Bereich verbessert werden?
- Wie wollen Sie das erreichen?
- 5.2 Wie ist die Kooperation mit Diensten und Einrichtungen, an die Sie Klienten/Nutzer der Zielgruppe weiterleiten?
– Was sollte hier verbessert werden?
– Wie wollen Sie das erreichen?
- 5.3 Bitte benennen Sie weitere Dienste und Einrichtungen, die Sie in Ihrer Arbeit mit der Zielgruppe unterstützen und mit denen Sie Kooperationsbeziehungen haben!
- Was könnte verbessert werden?

C 6 - Angehörige und Ehrenamtliche

- 6.1 Welche Erfahrungen haben Sie in der Zusammenarbeit mit den Angehörigen?
– Was können Angehörige leisten?
- 6.2 Wie können Sie Angehörige unterstützen?
- 6.3 Was können Ehrenamtliche leisten?
- Wo sind ihre Grenzen?
- 6.4 Wie können Sie Ehrenamtliche unterstützen?

Zusammenfassung der Antworten**Themenkomplex A - Zielgruppe****Zielgruppe: psychisch erkrankte ältere Migranten/innen****A 1 – Qualitativ****1.1 Welche besonderen Lebensumstände (sozial, rechtlich, kulturell) kennzeichnen die Situation der Zielgruppe?**

- *Migranten/innen führen ein Leben auch nach langem Aufenthalt sozial und kulturell in „fremder“ Umgebung. Aussiedler sind besonders stark auf ihre Großfamilie orientiert. Flüchtlinge sind i.d.R. traumatisiert und lediglich geduldet, sie haben Angst wegen möglicher Ausweisung.*
- *Migranten/innen leben isoliert innerhalb der eigenen ethnischen Gruppe und haben häufig Rückkehrwünsche. Kontakte bestehen meist nur zu eigener Familie und Verwandten bei gleichzeitigem Verfall der früheren Familienstruktur. Sie sind vielfach einsam, sozial isoliert und leiden unter Heimweh.*
- *Migranten/innen haben im Alter einen schlechteren Gesundheitszustand aufgrund schwerer Arbeitsbedingungen und psychischem und physischem Dauerstress durch alltäglichen Rassismus. Eine körperliche Überforderung besteht insbesondere bei Frauen. Psychische Erkrankungen werden i.d.R. in der Familie versorgt und als interne Familienangelegenheit behandelt.*
- *Migranten/innen haben wenig Kenntnisse über rechtliche Ansprüche und Möglichkeiten. Es besteht teilweise eine Unsicherheit bezüglich des Aufenthaltsstatus, insbesondere bei Erwerbslosigkeit. Sie haben vielfach schlechte Arbeitsbedingungen und Wohnverhältnisse.*
- *Ein Großteil der Patientinnen gehört zu den Arbeitsmigranten der 1. Generation und lebt allein; hat aber meist gute familiäre Kontakte, einen gesicherten Aufenthaltsstatus und ist meist schon berentet.*
- *Neben den psychischen Erkrankungen leiden viele an Verschleißerkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates. Vielfach herrschen Misstrauen und Angst vor, aber auch Unwissenheit über die Leistungsangebote insbesondere von psychiatrischen Institutionen. Über Krankheitsbilder und über unser Gesundheitswesen bestehen unzureichende Kenntnisse. Pflegende Angehörige sind meist überlastet und isoliert.*
- *Fehlen von Sprachkenntnissen, geringer Bildungsstand (besonders bei Frauen) und eine schlechte Einkommenssituation. Wegen fehlender Schulbildung wird „Beamtendeutsch“ nicht verstanden, auch nicht auf türkisch.*

1.2 Welche speziellen Bedürfnisse müssen bei der Beratung und Betreuung der Zielgruppe beachtet werden (Sprache, Kultur, Kommunikation, Religion, Essen)?

- *Bei der Veränderung und Globalisierung der Migranten/innen - Gruppen müssen Dolmetscherzentralen in ca. 100 Sprachen vorgehalten werden, deren Einsatz in der Medizin / Psychosomatik / Psychiatrie qualitätsgesichert werden sollte).*
- *Wichtig ist muttersprachliche Kommunikation / Beratung / Therapie sowie die Vertrautheit mit den wichtigsten Grundlagen der Kultur. Kenntnisse von Grundzügen der Religion, religiösen Traditionen und Gewohnheiten sind wichtig, auch um diese im therapeutischen Prozess zu nutzen.*
- *Es sollten Gebetsräume und Möglichkeiten für ungestörte Gebetszeiten geschaffen werden und Respekt vor den Essensgewohnheiten und –regeln vorhanden sein. Kenntnisse von Grundzügen der Religion, religiösen Traditionen und Gewohnheiten sind unverzichtbar. Herkunftsort (Stadt/Land), familiäre Situation, Familienrang, Verhältnis von Mann/Frau sind stets zu berücksichtigen. Wichtig ist es, Zugang zur individuellen Biographie zu bekommen, um die speziellen Bedürfnisse in das jeweilige Betreuungs- und Pflegekonzept einzubinden.*
- *Muttersprachliche Kommunikation (ggf. auch durch Ehrenamtliche und Angehörige) ist anzustreben. Oftmals ist auch eine „Kulturübersetzung“ notwendig.*

- Bei den Aussiedlern und Spätaussiedlern sind die Geschichte der Russlanddeutschen, der Familienbegriff und Familienstrukturen besonders zu berücksichtigen.
- Unrealistische Erwartungen an das Hilfesystem müssen verdeutlicht werden.
- Überversorgung durch Pflegestationen speziell bei Aussiedlern fördert Abhängigkeiten und verhindert oftmals eigene Ressourcennutzung.
- Dass Sie in der Regel außer bei niedergelassenen Ärzten oder Rentenbegutachtung keinen Kontakt mit dem deutschen System haben, bzw. die Familie die Erstverantwortlichen sind (Charité).

A 2 – Quantitativ

2.1 Was wissen Sie über die Größe der Zielgruppe im Land Berlin? - Bitte differenzieren Sie nach Möglichkeit Ihre Angaben nach Nationalität, Krankheitsbild, Rechtsstatus, soziale Lage, etc.!

Berlin:

Berlin	Migranten/innen aus:				
	Türkei	Polen	Serbien/Montenegro	Italien	Russland
OT Schöneberg	9.279	1.702	1.901	1.310	
OT Tempelhof	4.454	2.185	1.344	1.219	613

- In Berlin leben ca. **300 000 russischsprachige** Migranten/innen (1/3 sind über 60 Jahre)
- **Krankheitsbilder:**
 - 77% „schwer krank“ (?)
 - 40% leiden an Demenzen und über 66% an Depression, psychosomatische Störungen
 - multiple körperliche Störungen, rheumatische Erkrankungen
 - HWS-, LWS-, BWS - Syndrome
- Absolute Zahlen wurden auf der Basis der prozentualen Verteilung des Bundesdurchschnitts ermittelt:
- **ca. 22 000 DeutschtürkInnen, die älter als 55 Jahre sind,**
 - **ca. 15 000 zwischen 45 und 55 Jahre**

(Quelle: GülserenCicek, Ulrike Schnabel "Die ausländischen Mitbürger als potenzielle Zielgruppe für amb. Pflegestationen", Diplomarbeit, ASFH 2002/03)
- Interkulturelle Hauskrankenpflege:
 - Versorgung von ca. **1600 Patienten türkischer Abstammung**
 - Altersstruktur bei Männern 60 - 75 Jahre,
 - Altersstruktur bei Frauen 51 - 60 Jahre;

2.2 Welche quantitativen Analysen über die Zielgruppe sind Ihnen bekannt? Wo kann man sie beziehen?

- Fr. Dr. Dietzel-Papakyriakou (s. Expertise „Ältere Migranten/innen in Berlin)
- Zentrum für Türkeistudien (Goldberg, Feld, Aydin 1999)
- Hegemann/Salman 2002 + Koch et al dt.-türkischer Therapieverein
- spezifisch für Depressionsforschung: Tanja Krone 2001
- Statistisches Landesamt: Erhebung zur Migration nach Alterskohorten und Geschlecht vom Juni 2003
- Informationsmaterial vom Integrationsbeauftragten der Bundesregierung
- Statistisches Bundesamt
- Schorkowitz: 1997 habe ich eine Umfrage unter 100 Angehörigen von russischsprachigen älteren Migranten durchgeführt. Die Ergebnisse kann ich gern zur Verfügung stellen.
- Einschätzungen u. Tendenzen können den Berichten der Mitarbeiter des Migrationsdienstes entnommen werden
- Türkischer Bund B-BB

- Zentrum für Türkeistudien in Essen
- Dozent f. pädagogische Psychologie an der HS Magdeburg Herr Dr. Haci Halil Uslucan
- *In Bezug auf Alzheimerkranke ist zu vermuten, dass die fast in allen Ländern auf der Welt geltende Prozentzahl von Alzheimerkranken an der jeweiligen Alterskohorte auch auf ältere MigrantInnen zu trifft*
- EM-DER Hilfs- und Solidaritätsverein f. Rentner, Behinderte und Senioren e.V.:
- Ausgehend von unseren Vereinsmitgliedern (650 Mitglieder) sind ca. 70 - 80% der Männer beratungs- u. betreuungsbedürftig
- Plan- u. Leitstellen
- Migrationsbeauftragte der BÄ
- Internet
- Vielleicht über das Idem, oder das AWO Begegnungszentrum für Migration und Integration

2.3 Welche Daten fehlen? Welche werden benötigt?

1. **Umfassende Studien** zur Situation der älteren Migranten im neuen Jahrhundert in **Berlin** (die Ansätze von Dietzel-Papakyriakou) U.a. einer transkulturellen Gerontologie zugrunde legen) - zusammenfassende Erkenntnisse aus Sozialberichterstattung u. Gesundheitsberichterstattung.
2. **Epidemiologische Untersuchungen** mit der Differenzierung nach
 - Nationalität, Alterstruktur (insb. eingebürgerte Deutschtürken,)
 - Rechtsstatus,
 - familiäre und sozialer Lage,
 - berufl. u. Wohnsituation,
 - Einkommensverhältnissen,
 - familiärer Situation,
 - Krankheitsbildern (Größe der Zielgruppen, Bedürfnisse der Zielgruppen),
 - Differenzierung zwischen eingebürgerten u. nicht eingebürgerten Migranten/innen besondere Sozialstrukturen, biografische Daten, kulturelle Besonderheiten.
- Familiensituation, Unterbringung, Zukunftsplanung, Altersabsicherung, Pflege
- Personengruppen, die nicht oder fehlversorgt werden,
- Zahlen, die den konkreten Bedarf fest legen.

Psychiatrie

1. Inzidenz von Suiziden in psychiatrischen Kliniken u. nach der Entlassung aus Kliniken.
2. Ursachen psychischer Erkrankungen nach Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund (Ethnie, Grund f. Migration).
3. Krankheitsbilder psychisch erkrankter Aussiedler/innen und Spätaussiedler/innen aus der Erlebnisgeneration der Verfolgungen / Migrationsfolgen in diesem Zusammenhang / Abgrenzung zu altersbedingten psychischen Erkrankungen (wenn möglich).
4. geschlechtsspezifische Differenzierung verschiedener Variablen (Inzidenz psychischer u. physischer Erkrankung, Krankenhausaufenthalte, freiwillige oder Zwangseinweisung, Heilungsprozesse, Rückfälle etc.).
5. Daten zur **Epidemiologie** psychischer Störungen im höheren Lebensalter für Migranten und vergleichbare Studien zur einheimischen Bevölkerung (ist das Auftreten in den Altersstufen vergleichbar, welche Besonderheiten gibt es, etc.).
6. Angaben über die **Inanspruchnahme** von psychischen Einrichtungen (z. B. Tageskliniken).

Themenkomplex B – Versorgungssysteme (Psychiatrie und Altenhilfe)

Zielgruppe: psychisch erkrankte ältere Migranten/innen

B 1 – Quantitative Analysen

1.1 Welche quantitativen Analysen gibt es hinsichtlich der Nutzung des psychiatrischen und des Altenhilfeversorgungssystems? Wo kann man sie beziehen?

- *Ethnomedizinisches Zentrum Hannover, Institut für transkulturelle Beratung Hannover.*
- *Forschungsbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung:*
 - *Entwicklung von Konzepten und Handlungsstrategien für die Versorgung älter werdender und älterer Ausländer (1995).*
- *eventuell zu erwerben bei Prof. Gaitanides in Frankfurt.*
- *Diakonisches Werk Württemberg u.a.:*
 - *Ältere Migrantinnen und Migranten in Waiblingen (2001) Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. in Saarbrücken: Modellprojekt „Gesundheitsförderung bei älteren Migranten“ (2003).*
- *J. Juillion: Aufsatz im letzten Band über die Tagung "Armut u. Gesundheit"; (die Daten sind nicht nach Alter gegliedert).*
- *Plan- u. Leitstellen der Bezirke (z. T. regionale Auswertungen in Steuerungsrounden),*
 - *Plan- u. Leitstelle Gesundheit Mitte hat im März 2003 ambulante Träger im Suchthilfe- u. Psychiatriebereich befragt, wie hoch der Anteil an Migranten war u. welche fremdsprachlichen Kompetenzen die Mitarbeiter besitzen.*
 - *Basisgesundheitsbericht der Plan- u. Leitstelle Gesundheit Mitte 2003 (zahlenmäßige Angaben zu Vorstellungen von Migranten in den bezirklichen Steuerungsrounden)*
 - *Sozialpsychiatrischen Dienst BA Mitte / Standort Wedding: Inanspruchnahme dieses Dienstes durch Migranten*
- *Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“.*

1.2 Welche Daten zur Nutzung der Versorgungssysteme fehlen? Welche werden benötigt?

Fehlende / benötigte Daten:

1. *Altersstruktur und Wanderungsbewegung, Erfassung der Nutzer/innen nach Herkunftsregionen und nicht nach Staatsangehörigkeit (Frage nach der Herkunft, Migrationserfahrung u. nach der Erstsprache).*
2. *Wie viele haben Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung und wie viele beziehen Leistungen?*
3. *Wie ist das Nutzerverhalten bzgl. des Altenhilfesystems ausgeprägt: werden vor allem monokulturelle Dienstleistungsanbieter genutzt und wenn ja, warum?*
4. *Was hindert ältere Menschen mit Migrationshintergrund interkulturell geöffnete Dienste zu nutzen?*
5. *Wie notwendig ist es aufgrund knapper finanzieller Ressourcen, das Pflegegeld in der Familie zu halten?*
6. *Wie hoch ist die tatsächliche Pflegebereitschaft pflegender Angehöriger; was geschieht aus Rollen- u. Traditionsbewusstsein mehr oder minder freiwillig?*
7. *Welche Einrichtungen im Altenhilfebereich nehmen Menschen aus anderen Herkunftsländern auf?*
8. *Welche Einrichtungen und Ärzte gibt es, die verschiedene Angebote in verschiedenen Sprachen anbieten?*
9. *Information darüber, welche Krankheitsbilder vorliegen in den einzelnen Bezirken Daten zur Nutzung der außerklinischen Einrichtungen / Wohnprojekte. Daten zur Nutzung von Treffpunkten für Expatienten (Migranten/innen).*
10. *Daten über tatsächlichen Bedarf an psychologisch/psychiatrischer Betreuung fehlen u. wie viele davon tatsächlich gerontopsychiatrische Betreuung benötigen/ erhalten u. wie viele unversorgt chronifiziert werden.*

B 2 – Defizite, Lücken in der Versorgung

2.1 Wo sehen Sie Defizite und Lücken in den Versorgungssystemen in Bezug auf die Zielgruppe (Vorfeld; ambulante, teilstationäre, stationäre Versorgung)

Defizite und Lücken

1. Vorfeld: grundsätzlich problematisch, wenn keine Öffnung über den familiären und gleichsprachigen Raum hinaus. Dann auch jeder weitere Kontakt schwierig, keine Übersetzungen in die Muttersprache (hier: Polnisch) von Informationen, Gesetzen, Reformen, Ansprüchen des Kranken
2. Zu wenig muttersprachliches Personal (Pflegepersonal, Nervenärzte / Psychiater und ärztliche bzw. psychologischen Psychotherapeuten (Schwierigkeiten bei Niederlassung durch Ärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung).
3. Stationärer, teilstationär Bereich - erhebliche Versorgungslücken.
4. In Prävention u. in der Art u. Weise der Informationsweitergabe.
5. In der ungenügenden Qualifizierung von Mitarbeitern (z. B. über volksmedizinisches Wissen, um das Wissen von Alt und Krank sein in verschiedenen Kulturen u. deren unterschiedlicher Stellenwert).
6. Mangelndes Wissen unter den Betroffenen über konkrete Angebote u. Möglichkeiten in der Pflege, mangelnde Transparenz über bestehende Angebote und deren Zugangsvoraussetzungen.
7. Geringe Kooperationsbeziehungen / unzureichende Vernetzung von Beratungsstellen, Migrationsfachdiensten und Regelversorgungseinrichtungen, Ärzten, Kostenträgern u. Leistungserbringern. Für kleine ethnische Minderheiten sind sämtliche Bereiche defizitär.
8. Häufig werden Klienten fehldiagnostiziert oder es wurde keine Diagnostik gemacht; aufgrund langer Wartezeiten u. fehlender Versorgungsstrukturen weisen Klienten ein stark chronifiziertes Krankheitsbild auf.
9. Mangelnde kultursensible Ausrichtung / interkulturelle Öffnung des MDKs, der Pflegekassen, Bezirksämter und ambulanten Pflegeeinrichtungen.)

2.2 Welche Angebote fehlen im Land Berlin?

Fehlende Angebote:

1. in den Bereichen: **Psychiatrie (Psychosomatik) , Altenhilfe und Rehabilitation**
 - dezentrale, im Sozialraum angesiedelte Einrichtungen, ausgestattet mit einem interdisziplinären u. interkulturellen Beratungs- und Betreuungsteam,
 - Treffs für ältere Migranten/innen mit Beratung,
 - Beschäftigungstherapie, teilstationäre Angebote (Tagesstätten),
 - Betreutes Alterswohnen,
 - Selbsthilfegruppen, Gruppentherapie, Gruppenaktivitäten,
 - muttersprachliche Therapiemöglichkeiten,
 - mehr Einzelfallunterstützung,
2. **Aufklärung** im Vorfeld (z. B. Gesundheitsberatungsstellen z. B. in Polnisch),
3. **Beratung**: fachlich, kulturkompetent, muttersprachlich (z. B. psychologische oder soziale), Informationen (in einfacher, leicht verständlicher Form) in muttersprachlicher Schriftform,
4. **Muttersprachliche Verständigungsmöglichkeiten** in Behörden - Begleitdienste für Amts- und Behördengänge (z. B. in Polnisch),
5. **Ausbildungsinstitutionen** für eine umfassende interkulturelle Vorbereitung der Akteure in den Versorgungssystemen,
6. **Betreuung**.

Psychiatrie

Ambulant	stationär
<ul style="list-style-type: none"> - integrierte Wohnangebote - ambulante psychotherapeutische Angebote (in der Muttersprache der Zielgruppe u. durch Personen mit interkultureller Kompetenz) - niedrigschwellige erste Anlaufstellen f. ältere psychisch kranke Migranten/innen (Kontakt- u. Beratungsstellen) 	<ul style="list-style-type: none"> - betreute Wohneinrichtungen für psychischkranke Migranten.

- Datenbank über Angebotspalette für psychisch erkrankte ältere Migranten

Altenhilfe

Ambulant	stationär
<ul style="list-style-type: none"> - Wohngemeinschaften für demenzerkrankte Migranten/innen 	<ul style="list-style-type: none"> - Für alle an Demenz erkrankten älteren Menschen fehlen spezielle Kurzzeitpflegen.

2.3 Welche Zugangsbarrieren gibt es in den verschiedenen Bereichen der Versorgungssysteme für die Zielgruppe (z.B. Vorfeldberatung, Sprachmittlung, Qualifikation des Personals)?

Zugangsbarrieren:

- Aufgrund fehlender interkultureller Kompetenzen, geringer Deutschkenntnisse, fehlender Sprachmittlung, Dolmetscher,
- *Fehlerhafte Diagnostik in der allgemeinmedizinischen Praxis (mangelnde interkulturelle Kompetenz u. mangelnde psychiatrisch-psychotherapeutische Basiskenntnisse der Allgemeinärzte),*
- *Fehlender / nicht ausreichender Unterricht in kulturellem Wissen u. Sensibilisierung in der Ausbildung von Pflege- u. medizinischem Personal (Schlüsselkompetenz),*
- *Zuwanderung im höheren Lebensalter macht Lernprozesse u. Veränderungen unter noch größeren Schwierigkeiten häufig nur begrenzt möglich,*
- *Negative Erfahrungen mit der Altenversorgung im Herkunftsland,*
- *Überwiegend monokulturell ausgerichtete Einrichtungen,*
- *Berliner Krisendienst verfügt kaum über fest angestellte Migranten/innen,*
- *Fehlen obligatorischer Angebote in der Fortbildung u. on-the-job-Training.*
- **muttersprachliches Informationsmaterial** über Versorgungssystem bzw. über Krankenkassen, Pflegeversicherung, LVA, BfA, Berufsgenossenschaft in Muttersprache fehlt,
- **Initiieren von Selbsthilfegruppen,**
- **Fehlende Gesundheitsaufklärung** durch muttersprachliches Fachpersonal,
- **Fehlen interkultureller Konzepte u. Leitbilder, aufsuchender Angebote,**
- **Zielgruppenorientierte Werbung** z. B. in Medien von Minderheiten, Fehlen von Symbolen, die eine interkulturelle Öffnung sichtbar machen, wie Ausstattung der Einrichtungen, Flyer in verschiedenen Sprachen usw.; einladende Rahmenbedingungen,
- **sozialisationsbedingt fehlendes Verständnis** über die Angebote; fehlendes Vertrauen; kulturelle Hemmungen und Vorbehalte; spezialisierte Problemlösungsbearbeitung; Übertragung eines kontrollierenden Behördenimages ?
- **Zusammenarbeit mit Sozialämtern.**

2.4 Welche sonstigen Gründe gibt es für eine evtl. geringe Inanspruchnahme bestimmter Angebote und Einrichtungen?

- Somatisierung psychisch u. sozial verursachter Beschwerden u. Befindlichkeitsstörungen, andere kulturelle Symptomauffassung – Darstellung,
- Dominanz deutscher Personen im Versorgungssystem, Berührungängste u. Probleme in der Versorgung, kein Vertrauen von Migranten/innen in bestehende Angebote,
- Angst vor Auswirkungen auf den Aufenthaltsstatus u. den Arbeitsplatz,
- Niedriges Bildungsniveau bzw. Analphabetismus,
- Noch zu oft werden bei der Planung die kulturellen, religiösen, sprachlichen u. allgemeinen Lebensumstände der Zielgruppe nicht genügend berücksichtigt sowie im Vorfeld kaum mit Fachpersonen u. Praktikern kooperiert,
- Rente und andere Transferleistungen werden i.d.R. als Familieneinkommen verstanden => **ökonomische Verlustbefürchtungen**,
- Konkurrenz privater ethnischorientierter Pflegestationen und Angehörigenpflege.

B 3 – Weiterentwicklung der Versorgungssysteme

3.1 Welche gelungenen Ansätze in der Versorgung der Zielgruppe gibt es?

- Mehrsprachige interkulturelle Beratungszentren,
- Interkulturell orientierter Verein zur ambulanten Versorgung psychisch Kranker (GIBB e.V.),
- Tagespflege (DETA-MED, Tabea),
- Pflegebereich: Modellprojekte AWO, Caritas, Diakonie,
- Für gerontopsychiatrisch erkrankte pflegebedürftige Migranten/innen: stationäre Einrichtungen mit interkulturellem Leitbild (Pflegezentrum St. Marien)
- Beratungsstellen, Alzheimer Sprechstunden, Tagespflegen und ambulante Dienste,
- Gutes Beispiel: Gesundheitszentrum Gropiusstadt,
- Der Ansatz der eigenen psychiatrisch- psychotherapeutischen Versorgung (Vivantes) wird als gelungen angesehen.
- Pflegedienste, die russischsprachige ältere Migranten/innen unterstützen, werden gezielt genutzt,
- **Ethnomedizinisches Zentrum Hannover,**
- **Institut für transkulturelle Betreuung Hannover,**
- Insellösungen (in die Regelversorgung eingebettete Spezialangebote), die Kollegen begleiten, schulen, ggf. selbst Pat. betreuen, Charité - Transkulturelle Psychiatrie,
- Z.B. Vivantes (AVK), wo einziger türkischer Psychiater und Psychotherapeut an einer Klinik arbeitet (*Anmerkung: hat auch die Charité, St. Hedwig Krankenhaus bietet das auch an) und mit dem Chefarzt eine dezidierte kulturell kompetente Versorgung verfolgt, die auch die sozialen Probleme und Auswirkungen von Diskriminierungen berücksichtigt,
- IDEM- Informationszentrum für demenzerkrankte Migranten (VDK),
- Qualitätsmanagement in der Regelversorgung nimmt sich der Personengruppe an, Entwicklung von Fortbildungskonzepten für Regeleinrichtungen,
- Außerklinische Einrichtungen unterscheiden sich stark in der Berücksichtigung dieser Faktoren, der Anteil von Migranten/innen am Personal ist generell Null oder sehr gering,
- Dolmetscherdienst Gesundheit Berlin e.V.,
- Vernetzung Migrationsdienst und ÖGD (AWO und SpD Mitte/ Standort: Wedding).

3.2 Welche Bedingungen begünstigen die Inanspruchnahme von Einrichtungen und Angeboten?

- Muttersprachliches, multikulturelles Fachpersonal mit interkultureller Kompetenz,
- Personalauswahl, offene Grundhaltung des Personals,
- interkulturell qualifiziertes Personal,
- Niedrigschwelligkeit,
- Verkehrsgünstige Lage,
- Vertrauensvorschluss bekannter, länger bestehender Projekte,
- Infoveranstaltungen bei bestehenden Interessenvertretungen, Vernetzungen, Bekanntheitsgrad und positive Erfahrungen anderer Migranten,
- Werbung in verschiedenen Sprachen, mehrsprachliche Infomaterialien, auch Internet,
- Muttersprachliche Angebote, niedrige Kosten,
- Sprachvermittlung und Übersetzung, Fortbildungen der Mitarbeiter/innen,
- Klient kann sich muttersprachlich ausdrücken, Profil des Anbieters entspricht den Vorstellungen des Inanspruchnehmenden
- Kulturelle Angebote,
- Transportmöglichkeiten (Pflegebereich), Angebote mit Übersetzung.
- Kooperation und Vernetzung von Migrationsberatungseinrichtungen, Multiplikatorenarbeit, Indikatoren: freier, direkter Zugang; Verschwiegenheit; Reduktion von Wartezeiten bis zum Erstkontakt,
- Berücksichtigungen der sozialen und kulturellen Besonderheiten der Klienten seitens der Einrichtungen. Interkulturell qualifiziertes Personal in den Einrichtungen. Geeignete und gezielte Information der Patienten über Versorgungssysteme.

- Z.B. *Vivantes (Auguste-Viktoria-Krankenhaus)*, wo einziger türkischer Psychiater und Psychotherapeut an einer Klinik arbeitet (*Anmerkung: hat *Charité, St. Hedwig Krankenhaus* auch) und mit Chefarzt eine dezidierte kulturell kompetente Versorgung verfolgt, die auch die sozialen Probleme und Auswirkungen von Diskriminierungen berücksichtigt;
- Außerklinische Einrichtungen unterscheiden sich stark in der Berücksichtigung dieser Faktoren, der Anteil von Migranten/innen am Personal ist generell Null oder sehr gering.
- *Transkulturell, shared decision making (Beteiligungen an Entscheidungen/ Mitbestimmung?)*

3.3 Welche Maßnahmen könnten die Inanspruchnahme der bestehenden Angebote erhöhen?

- *Integration, Einstellung von Fachpersonal zum multikulturellen Team, (ambulante, teilstationäre, stationäre Bereiche), Mehrsprachigkeit, Aufklärung und prozesshafte Schulung von Personal und Klientel. Bedarfsgerechte Gestaltung der Einrichtungen, Beteiligung der Zielgruppe, Befragungen,*
- *Aufsuchende Sozialarbeit; Mobile Sprechstunden,; Infoveranstaltungen, Zielgruppengerechte Öffentlichkeitsarbeit (vorrangig Rundfunk, Fernsehen),*
- *Stadtteilorientierte Infoveranstaltungen; Zusammenarbeit mit lokalen "Schlüsselpersonen",*
- *Kultursensible Pflege und Betreuung als Selbstverständlichkeit betrachten, nicht als Spezialangebot,*
- *Kooperationsbeziehungen mit Organisationen für Migranten/innen entwickeln und ausbauen; z .B. AVK, wo einziger türkischer Psychiater und Psychotherapeut an einer Klinik arbeitet (*Anmerkung: hat Charité, St. Hedwig auch) und mit Chefarzt eine dezidierte kulturell kompetente Versorgung verfolgt, die auch die sozialen Probleme und Auswirkungen von Diskriminierungen berücksichtigt,*
- *Außerklinische Einrichtungen unterscheiden sich stark in der Berücksichtigung dieser Faktoren, der Anteil von Migranten/innen am Personal ist generell Null oder sehr gering,*
- *Information und Aufklärung für Patienten,*
- *Besser weniger Angebote, dafür von hoher Qualität.*

3.4 Welche Prioritäten setzen Sie bei der Weiterentwicklung der Versorgungssysteme?

- *Einstellung von muttersprachlichem Fachpersonal und Schulung in Bezug auf interkulturelle Kompetenz,*
- *Vernetzung mit Migrantendiensten, akzeptierendes Klima, Aufklärung bzgl. Art und Inhalt bestehender Angebote, Transparenz der Einrichtungen,*
- *Dokumentation und Evaluation, Biographiearbeit, Verbesserung der Anamnese bei Tagespflege- und Pflegeheimeinrichtungen,*
- *Menschen sollen sich wohl in ihrer Umgebung fühlen, Unterstützung der „Betreuer“, Familie, Umfeld, bedürfnisorientierte und zielgruppenspezifische Ausrichtung der Angebote,*
- *Es müssen Anbieter von Hilfemaßnahmen, deren Prägung interkulturell ist, für die Weiterentwicklung hinzugezogen werden.*
- *Ausbau der Kooperationsbeziehungen zu Einrichtungen, die mit Migranten arbeiten. Diskussionen in den Gerontopsychiatrischen - Geriatrischen Verbänden, Weiterentwicklung der Konzepte, z.B. Leitbilddiskussion, Teamfortbildung,*
- *Muttersprachliche Beratungsangebote in Bezirken in Zusammenarbeit mit der jeweiligen Gemeinde,*
- *Zusammenführung der Perspektiven von Zielgruppe und Institutionen, Befragungen der Zielgruppe,*
- ***Keine singulären Versorgungsangebote (Ghettobildung).***

3.5 Welche Indikatoren zur Qualität der Versorgung der Zielgruppe sind vorhanden?

- *Im Gerontopsychiatrischen Verbund Tempelhof wird Qualitätserhebung zu gerontopsychiatrischen Standards durchgeführt.*
Ergebnis:
- *- Bisher gibt es kaum Einrichtungen, die dazu Standards entwickelt haben (alle drei Aspekte berücksichtigt und Pflegedokumentation vorhanden)*

- Frage wurde selten beantwortet, bzw. eine oder mehrere vorgegebene Kriterien zur Qualität wurden unkommentiert eingetragen.

3.6 Welche weiteren Indikatoren zur Versorgung der Zielgruppe sollten entwickelt werden?

- Alle Migranten/Innen (auch Aussiedler) ins Regelversorgungssystem einbeziehen,
- Zufriedenheit der Klienten (Beschwerdemanagement),
- Stärkere Kontrollen durch die Heimaufsicht (besonders wo viele Demenzkranke leben),
- Praxisbeforschung und Beratung,
- Qualität der Kommunikation zwischen Berater und Klient, Kommunikationsorientierten Beratungsprozess fördern, Qualifizierung des Personals, Dolmetscherverhalten,
- Bilinguale, klientenspezifische Betreuungsform,

3.7 Sind Spezialangebote für psychisch erkrankte ältere Migranten/innen sinnvoll?

Ja,.....

- **Sehr sinnvoll! (z. B. DETA-Med)**
 - Unter Berücksichtigung soziokultureller Besonderheiten,
 - bessere Deckung des Bedarfes,
 - Pflege und Betreuung bei Demenzkranken benötigen eine besonders individuell ansprechende Herangehensweise,
 - Zahl älterer Migranten mit speziellem Bedarf erhöht sich,
 - Selbsthilfegruppen zu verschiedenen Krankheitsbildern,
 - wenn die Rahmenbedingungen die Lebensumstände berücksichtigen,
 - Aufwand und Kosten Sparung (zu oft falsche Diagnosen gestellt),
 - Angehörigenarbeit ist von erheblicher Bedeutung, Berücksichtigung der religiösen und kulturellen Hintergründe der Betroffenen,
 - insbesondere bei älteren Menschen, wenn Krankheit und Einschränkungen durch Migration zusammentreffen.

Ja, aber...

- wenn Integration nicht machbar ist, dann sollte eine Inselfösung realisiert werden. Stationäre Institutionen sollten einbezogen werden,
- wenn Menschen stark in die eigene Ethnie zurückgezogen sind oder Diskriminierungserfahrungen haben. Nicht, wenn allein Sprachprobleme oder religiöse Gründe eine Rolle spielen, Vorschlag: Ethnische Schwerpunkte in interkulturellen Einrichtungen.
- Im späten Stadium der Erkrankung (Demenz) kann ein Spezialangebot eher adäquat den Bedürfnissen entsprechen. Interkulturell geöffnete Einrichtungen sehen den Menschen eher als Ganzes.
- Angebote sollten am Einzelfall orientiert sein und soziokulturelle Bedürfnisse einbeziehen.

Nein,...

- Bereich der psychiatrisch- psychotherapeutischen Versorgung,
- Keine singulären Versorgungsangebote, „Ghettobildung“.

3.8 Ist es möglich, bzw. sinnvoll, mehrere ethnische Gruppen in einer Einrichtung zu betreuen?

Ja,...

- Ja, es kann integrationsfördernd sein, gutes Beispiel: Niederlande - Modellprojekt Den Haag,
- transkulturelle Kompetenzen, ist bei muttersprachlichem Personal möglich,
- Im Rahmen eines grundsätzlich integrativen Angebotes, mit einer entsprechenden konzeptionellen Ausrichtung,

- *Russischsprachige Migranten/innen können von gemischten Angeboten profitieren; für diese Personengruppe spielt eine gemeinsame Sprache eine größere Rolle als Religion,*
- *Interkulturelle Öffnung betrifft alle Betroffenenengruppen.*

Ja, aber....

- *Bedingung: interkulturelles Team und gute Rahmenbedingungen,*
- *Mögliche Besonderheiten / Spannungen (in Bezug auf Ernährung, Gesundheits-, Krankheitsempfinden, religiöse und kulturelle Orientierung, Familienstrukturen) zwischen bestimmten Ethnien sollten beachtet werden. Vorher Information über Zusammensetzung und strikte Neutralität des interkulturellen Fachpersonals. Positive Beispiele in NRW,*
- *Besonders zu beachten: wie standen Ethnien bisher zueinander? Toleranz, Möglichkeiten von Nähe und Distanz,*
- *Sinnvoll, wenn sich in der Gruppenzusammensetzung die Bevölkerungsverteilung des Sozialraumes widerspiegeln,*
- *Im Pflegeheim sinnvoll, Migranten/innen die Wahl zu geben, ob sie unter sich bleiben wollen,*
- *In psychiatrischen Einrichtungen kaum realisierbar. Erfahrungen in USA: gemischte ethnische Angebote bergen hohes Konfliktpotential.*

Nein,.....

- *Die Betreuung ethnischer Minoritäten kann nur in die Allgemeinversorgung integriert erfolgen. Psychische Erkrankung und Mitglied einer ethnischen Minorität zu sein, sind keine ausreichenden Kriterien für therapeutischen Nutzen,*
- *Mentalität, Sprache sind sehr unterschiedlich, keine Kommunikation möglich, im Alter Integration noch schwieriger.*

3.9 Welchen Einfluss haben bezirkliche Besonderheiten auf die Versorgungssysteme?

- *Bezirke mit hohem Migrantenanteil halten passendere Angebote vor.*
- *Die sozio- ökonomische Struktur der Bevölkerung, die Bevölkerungsdichte und die Infrastruktur der Migrantengemeinde beeinflussen die Anforderungen an die Systeme.*
- *Unterschiedliche regionale Bedarfslagen erfordern angemessene Schulung des Fachpersonals (Welches?).*
- *Gerontopsychiatrische Verbände diskutieren unterschiedlich; Aktivitäten in den Bezirken beeinflussen das Miteinander der Einrichtungen des Hilfesystems (z.B. Gremienarbeit)*
- *Abgrenzungen (?) nicht immer unproblematisch.*

B4 – Information und Beratung im Vorfeld

4.1. Worüber sollte im Vorfeld der Inanspruchnahme der Versorgungssysteme informiert und beraten werden?

Fachbereichsübergreifend

Beratung und Information im Vorfeld über:

- **Struktur und Aufgabenbereiche der Versorgungssysteme** - jeweilige Ansprechpartner, Art und Ausstattung von Angeboten, Benennung der Zielgruppe (Betreuungsumfang, Betreuungsinhalte, personelle Ausstattung, Kosten, Möglichkeiten und Grenzen - was den Einzelnen dort erwartet), Ziel und Art der Behandlung (Einbeziehung der Angehörigen – falls vorhanden),
- Möglichkeiten der speziellen Versorgung (Versorgung in der Muttersprache, kulturspezifische Einrichtungen etc.),
- **Finanzierung von Pflege und Betreuung** (SGB XI, Pflegeleistungsergänzungsgesetz, SGB IX, Grundsicherungsgesetz; Aufenthaltsrecht), Muttersprachliche Informationen über die Voraussetzungen zur Erlangung von bestimmten Hilfemöglichkeiten, woher Betroffene Informationen in z. B. Polnisch bekommen kann,
- **Beratung über Sozialversicherung, Rentenversicherung, Arbeitslosengeld/hilfe, Beratung zu Möglichkeiten des Spracherwerbs,**
- Wohnungsanpassung, Unterstützung durch Ehrenamtliche, Betreuungsvereine, Haushaltsnahe Dienstleistungen durch Firmen zur beruflichen Integration, Fahrbarer Mittagstisch, Hausnotruf, Hilfsmittel,
- Die Aufklärung über die Inanspruchnahme psychiatrisch – psychotherapeutischer Angebote sollte primär über allgemeinärztliche Praxen organisiert werden,
- Psychosoziale Beratungsstellen für ausländische Arbeitnehmer, Beratung soll durch persönliche Ansprachen erfolgen.

Übergreifende Antworten

- Kontakte zu dem psychiatrischen Versorgungssystem sollten individuell angebahnt werden (nicht nur Bereitstellung von Flyern, Aushänge etc.),
- Unterstützung durch **Patientenratgeber** in der jeweiligen Sprache – wichtigsten **psychiatrischen Krankheitsbilder** (Depression, Schizophrenie, Alkoholismus) in den Sprachen der großen Minoritätengruppen,
- Muttersprachliche Information zum **Thema „Gesundheit“** (Entstehung von psychischen Krankheiten und die Möglichkeit der Behandlung),
- Spezielle Informationen über das psychosoziale Gesundheitssystem, über psychologische Gesundheitsmaßnahmen und was sie im Einzelnen bedeuten,
- Über Arbeit der Berliner Koordinierungsstellen Rund ums Alter, Wohnen im Alter.

4.2 Wer kann welche Informationen bereitstellen?

- Staatliche Institutionen (zu Leistungen und Ansprüchen),
- Krankenkassen über ihre eigenen Leistungen,
- BfA, LVA, (Rentenversicherung),
- Bezirksämter: Sozial- und Gesundheitsämter, Plan- und Leitstellen,
- Agenturen für Arbeit (Rechte und Pflichten in Muttersprache),
- Beratungsstellen für Migranten, Allgemeine Migrationssozialdienste, Mediziner mit Migrationshintergrund,
- AK „Gesundheit“ beim Bundesbeauftragten für Migration,
- Russische Vereine, Jüdische Vereine (Angebote und Leistungen),
- Familie, Hausärzte, Fachärzte,
- Verbände,
- Patienten – Info – Berlin,

- *Beratungsstellen im kulturellen Umfeld (Treffpunkt etc.),*
- *DETA – MED (Interkulturelle Hauskrankenpflege),*
- *Infokoffer nach niederländischem Modell zum „Älterwerden in Deutschland“ (vertrieben über DRK und AWO Bundesverband),*
- *Bürgerberatungen (Bürgeramt), Quatiersmanager,*

Bereich Psychiatrie

- *Sozialpsychiatrische Dienste,*
- *Psychosoziale Beratungsstellen,*
- *Kliniken .*

Bereich Altenhilfe

- *Pflegedienste (zu eigenen Angeboten und Leistungen),*
- *Koordinierungsstellen Rund ums Alter (anerkannt als Vermittlungsagenturen nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz),*
- *Informationszentrum für demenziell erkrankte Migranten/innen (IDEM),*
- *Einrichtungen der Altenhilfe,*
- *Konzept des AWO Begegnungszentrums „Multiplikatoren-schulung für ältere Migranten zum Thema „Altenhilfe“.*

4.3 Wer kann zielgruppenorientierte Beratungsarbeit leisten?

Wer über ausführliche Informationen zu vorhandenen Angeboten verfügt und die spezifischen Probleme der Zielgruppe kennt, z. B.

- *Öffentliche Gesundheitsdienste (Sozialpsychiatrischer Dienst), spezielle Sprechstunden in den Bezirksamtern, Beratungsstellen im Bezirk, die kulturübergreifend arbeiten,*
- *Ausländerbehörde, Botschaften, Konsulate,*
- *ZAB (Zentrale Aufnahmestelle Berlin),*
- *Aufsuchende Familienhelfer,*
- *Wohlfahrtsverbände,*
- *Migrationsbeauftragte, Migrantenvereine, Migrationssozialdienste (spezialisiert auf psychosoziale Beratung oder Altenhilfe),*
- *Institut für transkulturelle Betreuung,*
- *Spezielle Einrichtungen und Träger,*
- *Selbsthilfegruppen,*
- *Kirchen,*
- *DETA – MED (Interkulturelle Hauskrankenpflege),*
- *EM – DER (Hilfs- und Solidaritätsverein für Rentner, Behinderte, Senioren),*
- *Mediziner mit Migrationshintergrund (Hausärzte, Psychiater / Neurologen),*
- *Kliniken.*

B5 – Kooperation und Vernetzung

5.1. Welche Formen der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen den Versorgungssystemen sind Ihnen bekannt?

- *Wenig Vernetzung zwischen klinischen und außerklinischen Einrichtungen und zwischen Klinik und externen Therapeuten,*
- *Wenig Vernetzung in Gemeindeorganisationen (Personal-, Zeit- und Geldmangel verhindert Fortschritt in diese Richtung),*
- *Kooperation zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen, regelmäßige Meetings (?), Arbeitsgruppen, die sich mit migrantenspezifischen Themen beschäftigen,*
- *Berliner Krisendienst,*
- *Arbeitskreis „Älterer Migranten“ (Friedrichshain – Kreuzberg) und „Migration und Gesundheit“ (Mitte),*
- *Punktueller Zusammenarbeit zwischen einzelnen Mitarbeitern von MSD und SpD, Sozialdiensten von psychiatrischen Abteilungen im Krankenhaus, Ärzten, gesetzlichen Betreuern oder Einzelfallhelfern,*
- *„Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe“ (AWO, Caritas),*
- *SpD Mitte und Bereich „Psychosoziale Beratung“ des Zentrums für Migration und Integration der AWO LV Berlin,*
- *Zwischen Klinik, Institutsambulanz, Suchtberatungsstellen, SpD, freie Träger Pflegedienste*
- *Gemeindepsychiatrische Strukturen (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften und „Runde Tische“),*
- *Verbünde im gerontopsychiatrischen Bereich (Trägerebene – kirchlich, paritätisch, städtisch),*

5.2. Sind Ihnen Kooperationsvereinbarungen bekannt? Wenn ja, welche?

- *„Dolmetschernetzwerk“ bundesweit; Ausländerbeauftragte beim Bund,*
- *AG - kommunale Arbeit mit älteren Migranten/innen in Kreuzberg,*
- *AG – kultursensible Pflege in Neukölln, Kreuzberg,*
- *AG – Wir bleiben in Schöneberg,*
- *Kooperationsvertrag zwischen BA Mitte (Ortsteil Wedding - SpD), AWO LV Berlin e. V. und PSAG Wedding (UAG Ausländer) von 1992 – Verbesserung der im Bezirk lebenden türkischen Migranten/innen – gemeinsame Beratungsstelle ist nicht eröffnet worden, aber Schaffung einer türkischen Psychologenstelle,*
- *Kooperationsverträge zwischen Sozialstationen und ambulanten Pflegediensten,*
- *Regelmäßige Sprechstunden der türkisch-sprachigen Sozialarbeiter der AWO in den Räumen des SpD (alle 2 Wochen – Fallbesprechung, Klientengespräche, Informationsaustausch),*
- *Gerontopsychiatrische Verbünde (z. B. Tempelhof – Schöneberg).*

5.3. Welche Kooperationsbeziehungen sind erforderlich?

- *Alle Angebote, die von Migranten genutzt werden, sollten mit Fachangeboten kooperieren (Hausärzte, Allgemeinkrankenhäuser, Pflegedienste),*
- *Kooperation mit präventiven Angeboten und Krisendiensten (z. B. durch gemeinsame Fortbildungen),*
- *Kooperationsstrukturen zwischen den existierenden Versorgungssysteme nutzen – Aufbau von parallelen Strukturen für Migranten/innen ist unzweckmäßig,*
- *Arbeitsgemeinschaften und Koordinierungsrunden,*
- *Kooperation zwischen „russischen“ Vereinen, Pflegediensten und Krankenhäusern, die mit Vertretern dieser Zielgruppe arbeiten,*
- *Erforderlich: Koordinationsstelle für die Zielgruppe der russischen Migranten und Förderung von entsprechenden Vereinen durch den Senat,*
- *Bezirksübergreifende Kooperationen – Informationsaustausch - Einvernehmen der Kooperationspartner auf allen Ebenen (Leitung, Mitarbeiter), Gleichberechtigung in den*

Kooperationsbeziehungen, zeitliche und personelle Kontinuität, klare Zuständigkeiten / Absprachen in vernetzten Arbeitsbeziehungen, Transparenz der Arbeitsweisen, regelmäßige Zusammenkünfte, Hinzuziehen von muttersprachlichen Mitarbeitern aus entsprechenden Vereinen,

- *Wegen geringer Deutschkenntnisse der 1. Generation sind muttersprachliche Betreuungs- und Beratungsangebote dringend notwendig, im Alter findet oft ein Abbau der vorhandenen deutschen Sprachkenntnisse, ein Rückfall in den Dialekt der Heimat, der oft sogar von Menschen gleicher Herkunft nicht verstanden wird, statt; Familienangehörige sind mit einzubeziehen.*

B 6 – Sprachlicher Verständigung

6.1. Wie kann die sprachliche Verständigung in den Versorgungssystemen sichergestellt werden

- Die meisten Stellungnahmen verwiesen auf die Einstellung von muttersprachlichem oder sonstigem sprachkundigem Fachpersonal.
(Vereinzelt wurde auf die Nutzung sonstiger sprachkundiger Mitarbeiter verwiesen.)
- Ein Grossteil der Stellungnahmen empfahl außerdem oder stattdessen die Nutzung von Dolmetschern.
Dabei wurde teilweise auf die Notwendigkeit der Schulung der Dolmetscher bzw. auf die Nutzung von bereits geschulten Dolmetschern wie die des Gemeindedolmetschdienstes hingewiesen.
- Der Einsatz sprachkundiger Angehöriger, Bekannter usw. wurde vereinzelt (ambulante Psychiatrie; Vorfeld) empfohlen; es wurde aber auch ebenso oft davon abgeraten.
- Auf die Hilfe durch andere Organisationen mit sprachkundigem Personal wurde aus den Bereichen Vorfeld und ambulante Psychiatrie verwiesen.
- Einige empfahlen die Verwendung schriftlicher mutter- oder zweisprachiger Materialien.

6.2 Welche Erfahrung haben Sie mit Dolmetschern/Dolmetscherdiensten?

- Die bezirklichen Migrationsbeauftragten, ein Migrantenprojekt und mehrere Stellungnahmen aus dem (stationären und ambulanten) Psychiatriebereich berichten von guten Erfahrungen.
- Dabei werden teilweise Einschränkungen formuliert:
 - Anfangsschwierigkeiten sind zu überwinden;
 - eine Schulung der Dolmetscher ist erforderlich;
 - ebenso die Schulung des Fachpersonals in der Nutzung der Dolmetscher;
 - **knapp finanzielle Ressourcen.**

6.3 Wie könnten Dolmetscherdienste optimiert werden?

- Häufig wird die Notwendigkeit der fachlichen Schulung und Qualifikation der Dolmetscher betont, und zwar vor allem von Migrantenvereinen/projekten und aus dem psychiatrischen Bereiche.
(Konkret wird z.B. Supervision empfohlen oder fachliche und interkulturelle Spezialisierung.)
- Z.T. wird die Zusammenfassung der Dolmetscher in einem Pool, unter einem Trägerverein u.ä. empfohlen, der dann auch die Qualität der Arbeit sicherstellen sollte.
In diesem Zusammenhang wird auch auf das „niederländische Modell“ (kommunale telefonische Dolmetschdienste) verwiesen.
- Einzelne betonen, dass während eines Therapie-/Beratungsprozesses immer dieselbe Person dolmetschen soll.
- Mehrfach wird auf das Finanzierungsproblem hingewiesen, ohne dass zielführende Vorschläge gemacht werden.

B 7 – Angehörige und Ehrenamtliche

7.1 Was können Angehörige leisten? Wo sind die Grenzen?

- **Angehörige** können Einblick in mögliche Ursachen der Erkrankung geben, Halt geben (soziale Unterstützung), Informationen zur Biographie geben und somit die Arbeit der Anbieter unterstützen.
- Hilfen durch Angehörige sind sehr abhängig von den individuellen Fähigkeiten. Sie können jedoch eine Modellfunktion für andere Angehörige einnehmen. Berufstätige Angehörige können meistens die wichtigen Termine nicht wahrnehmen.
- Angehörige können Informationen über geeignete Versorgungseinrichtungen sammeln. Sie können ihr Expertenwissen einbringen und öffentlich machen.
- Hilfen durch Angehörige sind erschwert, da diese oft nicht ausgebildet sind sowie wegen Distanz- und Sprachproblemen.
- Russischsprachige Angehörige versorgen ihre Verwandten oft zu Hause, wo sie schnell an ihre Grenzen stoßen, sich hilflos fühlen, burn-out-Symptome zeigen und oft selbst krank werden.
- Aufgrund begrenzter finanzieller Ressourcen, sozialer Randständigkeit und unzulänglicher Integration sind die Angehörigen häufig nicht in der Lage, Hilfen zu leisten.
- Es darf nicht als Selbstverständlichkeit angesehen werden, dass Angehörige Pflege, Betreuung und Behördenangelegenheiten übernehmen.
- Grenzen: sehr hohes Stadium der Demenz. Bei schwerwiegenden psychischen Erkrankungen sind Angehörige oft überfordert und brauchen selbst Unterstützung. Sie arbeiten meistens bis an die Grenzen ihrer Belastbarkeit und nehmen nur selten Entlastungsangebote wahr.

7.2 Wie können Angehörige gefördert werden?

Förderung der Angehörigen:

- Hilfestellung zum Verhalten während und nach dem Klinikaufenthalt bzw. im betreuten Wohnen geben - es müssen individuelle Lösungen gefunden werden. Gezielte, auch muttersprachliche Beratung und Aufklärung,
- Einbeziehung der Angehörigen in gemeindepsychiatrische Entscheidungsstrukturen,
- Durch regelmäßige Beratung, kultursensible Begleitung, finanzielle Unterstützung, umfassende Information über das Krankheitsbild, praktische Entlastung,
- Kulturspezifische und ggf. muttersprachliche Schulungs- und Fortbildungsangebote auch bereits im Vorfeld, gezielte Aufklärung über Rechte und Pflichten,
- Bildung von Angehörigengruppen, Ermutigung zur Teilnahme, Hilfe bei der Gründung und Vermittlung von Selbsthilfegruppen, Telefon – niedrigschwellige Beratung, Angehörigenvisiten (Klinik am Urban),
- Schulungen, Pflegekurse für Angehörige, muttersprachliche Beratungsbesuche nach dem Pflegeversicherungsgesetz,
- Hervorhebung und Förderung ihrer Kompetenzen - Zubilligung eines Expertenstatus.

7.3 Was können Ehrenamtliche leisten? Wo sind die Grenzen?

- Mitarbeit in Psychiatrie – AG, Mitarbeit in Versorgungseinrichtungen,
- Einsatz für politische Lobbyarbeit und für Fundraising,
- Übersetzung, Betreuung, Besuche, Begleitung - Gefahr von Überforderung, wenn spezielles Fachwissen erforderlich ist,
- Es wäre ratsam, gezielt Ehrenamtliche aus der jeweiligen ethnischen Kolonie zu gewinnen und zu schulen. Einsetzbar, wenn professionelle Hilfe unverzichtbar wird, die Inanspruchnahme jedoch abgelehnt wird.
- Im Rahmen von Besuchsdiensten können Ehrenamtliche unterstützen, ablenken, motivieren. Dieses ist abhängig von persönlicher und beruflicher Erfahrung. Nach einer Schulung können sie

niedrigschwellige Angebote selbst machen. Schriftliche Vereinbarung zwischen den Einrichtungen und den Ehrenamtlichen.

- *Sie können Informationen über geeignete Versorgungseinrichtungen geben. Beratung und Begleitung von Angehörigen; stundenweise Entlastung der Angehörigen.*
- *Sehr gute Erfahrungen wurden mit dem Besuchsdienst von geschulten russischsprachigen Ehrenamtlichen gemacht. (VdK),*
- *Einsatzmöglichkeiten, z.B. in der Betreuung eines Cafébetriebes in einem Treffpunkt für psychisch Kranke,*
- ***Ehrenamtliche** sind wichtig, benötigen aber Begleitung durch Professionelle, um schneller Überforderung entgegenzuwirken.
Weitere Grenzen sind fachkompetente Pflege und Betreuung.*

7.4 Wie können Ehrenamtliche gefördert werden?

Förderung der Ehrenamtlichen:

- *Kultursensible Fortbildungsangebote (z. B. Betreuungsrecht, Patientenverfügungen und Pflegehilfsmittel) , Schulungen, Begleitung durch Professionelle und direkten Kontakt mit Einrichtungen,*
- *Persönliche Anerkennung, gutes Arbeitszeugnis, Empfehlungen, Aufwands-entschädigungen, Gruppentreffen, Regelmäßiger Austausch untereinander und mit Fachkräften, Supervision,*
- *Bei den Spätaussiedlern gibt es ein Potential von Leuten mit nicht anerkannten Fach- und Hochschulberufen,*
- *Neues Modell der Förderung wäre zu entwickeln (LAG Migrationsbeauftragte), Integration in professionelle Teams,*
- *Stärkung der Eigenmotivation, Betreuung durch offizielle Stellen, zur Verfügung stellen von Räumlichkeiten.*

Themenkomplex C - Einrichtungen
Zielgruppe: psychisch erkrankte ältere Migranten/innen

C 1 - Betreute psychisch erkrankte ältere Migranten/innen

1.1. Wie viele Migranten haben Sie in den letzten 5 Jahren insgesamt betreut?

Fachbereichsübergreifend

Koordinierungsstelle Tempelhof-Schöneberg	Es lagen keine exakten medizinischen Diagnosen vor, 2 muttersprachlich türkische Migranten und 3 russischsprachige Migranten
CV Projekt „Altwerden in der Fremde“.	Gruppe ist zu klein, daher keine Statistik erstellt
LAG Migrantenbeauftragte	Ca. 70 Konsultationen in Betreuungsangelegenheiten
Alzheimer Gesellschaft Berlin	Keine stat. Erfassung, in den meisten Fällen türkische und griechische Angehörige von Demenzkranken
EM DER	Ca. 8.000 Migranten haben die Einrichtung in den letzten 5 J. aufgesucht
Polnischer Sozialrat	Viele
Südost Europa Kultur e.V.	1.500

Psychiatrie

Ambulanter Bereich

SpD Mitte	Mehr als 500 ab 50 J.
Dr. Kazci – Arztpraxis	ca. 6.000 – 7.000

Stationärer Bereich

Vivantes Klinikum am Urban, Abt. Psychiatrie u. Psychotherapie	Ca. 3.000
Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum	Ca. 10 % aller j. Aufnahmen = 160 Pat./ Jahr die größte Gruppe bilden Migranten aus der Türkei, gefolgt von Migranten aus den GUS-Staaten, Ex-Jugoslawien, Polen und arabischen Ländern, seltener aus anderen Regionen (Schwarzafrika, Mittelamerika und Ostasien)
Charité - Psych. Ambulanz Zentrum für interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie	218 (seit Sept. 2002)

Altenhilfe

Ambulanter Bereich

Ambulante Pflegeeinrichtungen	
<ul style="list-style-type: none"> • Deta Med • Mobile Hauspflege „Silber“ 	<p>Ca. 1.600</p> <p>Ca. 150</p>
Betreutes Einzelwohnen Kreuzberg, VITA e.V. Berlin	keine über 60 J. ca. 10 Migranten zw. 30 und 40 J.

Stationärer Bereich

Tagespflegeeinrichtungen	
<ul style="list-style-type: none"> • Sommergarten • TABEA 	Keine 9
Bethesda-Seniorenheim	Ca. 12

**1.2. Wie viele Migranten betreuen Sie zurzeit?
Welchem Anteil an Ihrer gesamten Klientel entspricht das?**

Fachbereichsübergreifend

Koordinierungsstelle Tempelhof-Schöneberg	zurzeit 2 russ. Migranten, der prozentuale Anteil ist verschwindend gering, bei Bedarf Weitervermittlung an IdeM
CV Projekt „Altwerden in der Fremde“.	Gruppe ist zu klein, daher keine Statistik erstellt
LAG Migrantenbeauftragte	Ca. 70 Konsultationen in Betreuungsangelegenheiten
Alzheimer Gesellschaft Berlin	Nicht erfasst
EM DER	ca. 100 Migranten nehmen regelmäßig unsere Beratungsangebote in Anspruch
Polnischer Sozialrat	Keine Antwort
Südost Europa Kultur e.V.	Ca. 440 = 50 %

Psychiatrie

Ambulanter Bereich

SpD Mitte	ca. 100
Dr. Kazci	Im Monat 300 – 400 Migranten

Stationärer Bereich

Vivantes Klinikum am Urban, Abt. Psychiatrie u. Psychotherapie	ca. 600 Migranten pro Jahr, entspr. 18 % der ges. Klientel
Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum	Ca. 10 % aller j. Aufnahmen = 160 Pat./ Jahr die größte Gruppe bilden Migranten aus der Türker, gefolgt von Migranten aus den GUS-Staaten, Ex-Jugoslawien, Polen und arabischen Ländern, seltener aus anderen Regionen (Schwarzafrika, Mittelamerika und Ostasien)
Charité - Psych. Ambulanz Zentrum für interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie	Ca. 100 = 15 %

Altenhilfe

Ambulanter Bereich

Ambulante Pflegeeinrichtungen	
<ul style="list-style-type: none"> • Deta Med • Mobile Hauspflege „Silber“ 	ca. 150 täglich 80 = 90 %
Betreutes Einzelwohnen Kreuzberg, VITA e.V. Berlin	7 Migranten

Stationärer Bereich

Tagespflegeeinrichtungen	
<ul style="list-style-type: none"> • Sommergarten • TABEA 	Keine 2 = 10 %
Bethesda Seniorenheim	3 = ca. 2 %

1.3. Geben Sie bitte die Anzahl Ihrer derzeit betreuten Migranten, getrennt nach ethnischen Gruppen, an!

Fachbereichsübergreifend

Koordinierungsstelle Tempelhof-Schöneberg	in erster Linie russischsprachiges Klientel
CV Projekt „Altwerden in der Fremde“.	Gruppe ist zu klein, daher keine Statistik erstellt
LAG Migrantenbeauftragte	Ca. 70 Konsultationen in Betreuungsangelegenheiten
Alzheimer Gesellschaft Berlin	Entfällt
EM DER	ca. 100 Migranten, ausschließlich türkischer Herkunft
Polnischer Sozialrat	Keine Antwort
Südost Europa Kultur e.V.	Ca. 300 B u. H. Ca. 140 Kosovo

Psychiatrie

Ambulanter Bereich

SpD Mitte	100 türkisch
Dr. Kazci	Ca. 99 % aus der Türkei

Stationärer Bereich

Vivantes Klinikum am Urban, Abt. Psychiatrie u. Psychotherapie	600 Migranten pro Jahr, entspr. 18 % der ges. Klientel 10 % türkisch 0,9 % polnisch 1,9 % alt-jugoslawisch 0,6 % deutschsprachiges Ausland 5 % andere
Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum	Ca. 10 % aller j. Aufnahmen = 160 Pat./ Jahr die größte Gruppe bilden Migranten aus der Türkei, gefolgt von Migranten aus den GUS-Staaten, Ex-Jugoslawien, Polen und arabischen Ländern, seltener aus anderen Regionen (Schwarzafrika, Mittelamerika und Ostasien)
Charité - Psych. Ambulanz Zentrum für interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie	20 % jugoslawisch 20 % türkisch 16 % osteuropäisch 15 % arabisch 10 % afrikanisch 5 % iranisch 5 % südamerikanisch

Altenhilfe

Ambulanter Bereich

Ambulante Pflegeeinrichtungen <ul style="list-style-type: none"> • Deta Med • Mobile Hauspflege „Silber“ 	150 türkische Pflegebedürftige 77 aus ehemaliger Sowjetunion 3 aus dem ehemaligen Jugoslawien
Betreutes Einzelwohnen Kreuzberg, VITA e.V. Berlin	1 x kurdisch 1 x bosnisch 1 x chinesisch 3 x türkisch 1 x griechisch

Stationärer Bereich

Tagespflegeeinrichtungen <ul style="list-style-type: none"> • Sommergarten • TABEA 	entfällt 2 türkischsprachige Pflegebedürftige
Bethesda Seniorenheim	Alle drei sind türkischer Herkunft

1.4. Halten Sie eine Schwerpunktbildung für bestimmte ethnische Gruppen in einer Einrichtung für sinnvoll? Haben Sie Erfahrung damit?

- *Ja- und Nein - Antworten halten sich die Waage, z.T. wird das Thema kontrovers diskutiert oder es liegen noch keine Erfahrungen vor.*
- *Im ambulanten Bereich Psychiatrie wird eine Schwerpunktbildung für sinnvoll gehalten, während im stationären Bereich die Frage verneint wird.*
- *In der ambulanten Pflege wird die Frage aufgrund eigener Erfahrungen bejaht, während das Wohnprojekt die Frage verneint.*
- *Im stationären Bereich Altenhilfe liegen entweder keine Erfahrungen vor oder eine Spezialisierung wird abgelehnt.*

1.5. Sehen Sie Zugangsbarrieren für Migranten/innen o. bestimmte Migrantengruppen (z.B. ethnischer, Rechts- o. Sozialstatus) gegenüber Ihrer Einrichtung? Wenn ja, welche?

- *Als **Zugangsbarrieren** werden Informationsdefizite zu Demenzerkrankungen oder zu Leistungsangeboten, fehlende Öffentlichkeitsarbeit und sprachliche Verständigung angeführt.*
- *Während durch den SpD sprachliche, kulturelle und soziale Zugangsbarrieren gesehen werden, wird die Frage von einer spezialisierten Arztpraxis verneint.*
- *Im stationären Bereich werden keine speziellen Zugangsbarrieren gesehen, aber es können z.B. aus Kapazitätsgründen Wartezeiten entstehen bzw. aus Angst vor Stigmatisierung Leistungen nicht in Anspruch genommen werden.*
- *Im ambulanten Bereich Altenhilfe werden eher keine Zugangsbarrieren gesehen, die Information durch Sozialämter und Krankenhaus könnte aber verbessert werden.*
- *Im stationären Bereich Altenhilfe werden keine Zugangsbarrieren gesehen. Es erfolgt der Hinweis, dass mehr Werbung in verschiedenen Sprachen erfolgen und Betreuungsverträge in mehreren Sprachen angeboten werden könnten.*

1.6. Welche Bedingungen können die Inanspruchnahme Ihrer Einrichtung durch die Zielgruppe begünstigen?

Als begünstigende Bedingungen werden genannt:

- *Intensive Öffentlichkeitsarbeit in den entspr. Medien der Migrantengruppen,*

Psychisch erkrankte ältere Migrantinnen und Migranten

- *Mehrsprachiges Personal, mehr zweisprachiges Personal, mehr Fachpersonal und dadurch längere Öffnungszeiten,*
- *Finanzierung von mehr Beratungsstunden,*
- *Übersetzungen durch Ehrenamtliche oder Gemeindedolmetscherdienst,*
- *Verstärkung der Kooperationsbeziehungen zu Einrichtungen von Migrantengruppen,*
- *Kooperation mit Migrationsfachdiensten, Migrantenselbstorganisationen (z.B. Informationsveranstaltungen),*
- *Inanspruchnahme der Kompetenzen der Koordinierungsstellen durch Einrichtungen für Migranten/innen,*
- *Im stationären Bereich Psychiatrie wird der Wunsch nach mehr Stellen, mehr Fachpersonal und gezielterer Ausbildung des Personals in interkulturellen Fragestellungen gefordert,*
- *Im Bereich Altenhilfe wird der Wunsch nach mehr Informationen, Werbung, Vermittlung aus anderen Einrichtungen, Vernetzung mit migrantenspezifischen Beratungsstellen und nach mehr muttersprachlichem Personal geäußert.*

C 2 - Personal

2.1. Wie schätzen Sie die interkulturelle Kompetenz Ihres Personals ein? Bitte nennen Sie konkrete Merkmale!

- **Kernaussage:** Die interkulturelle Kompetenz ist unterschiedlich in den befragten Einrichtungen/ Institutionen ausgeprägt.
- Im ambulanten Bereich „**Psychiatrie**“ - ausreichend; interkulturelle Kompetenz mit Erfahrung in beiden Kulturkreisen; im stationären Bereich arbeiten zahlreiche Mitarbeiter mit Migrationshintergrund vorhanden, guten Fremdsprachenkenntnissen, Mitarbeiter z. T. aus Herkunftsländern; Mitarbeiter, die Erfahrungen im Ausland gesammelt haben.
- Im ambulanten Bereich „**Altenhilfe**“ werden gute sprachliche Verständigungsmöglichkeiten benannt sowie Kenntnisse über soziokulturelle Hintergründe und Mentalität der Menschen. Interkulturelle Kompetenz wird als sehr gut eingeschätzt, da betriebsinterne Fortbildung angeboten und genutzt werden.
- In stationären Einrichtungen der Altenhilfe wird die interkulturelle Kompetenz recht hoch eingeschätzt (gemischte Teams), es gibt einzelne Angebote zur Fortbildung in interkultureller Pflege und Supervision, grundsätzlich besteht bei den Mitarbeitern die Bereitschaft, interkulturell zu arbeiten.

2.2 Welche interkulturellen Kompetenzen soll das Personal besitzen (Anforderungsprofil)?

Interkulturelle Kompetenzen:

- Sprachkompetenz, Wissen über traditionelle Einstellung, Hintergründe von Migration, Wissen über soziale Konstruktionen von Ethnien, Kenntnis der kulturellen Gegebenheiten der ethnischen Gruppen, zweisprachig entsprechend der Herkunft,
- Wissen über Versorgungsstrukturen, Kenntnisse über Rechtsgrundlagen,
- Erfahrung mit psychisch kranken alten Migranten, psychotherapeutisch und ethno-psychoanalytisch geschult, Wissen über Heilmethoden, Krankheitsverständnis,
- Bereitschaft zur (multikulturellen) Teamarbeit, Interesse am Thema, Bereitschaft dazuzulernen, Motivation zur Arbeit unter ungewohnten Bedingungen
- Toleranz, Empathie, soziale und kommunikative Fähigkeiten, Freundlichkeit, Offenheit
- Reflexion der eigenen Kompetenzen.

2.3 Bitte nennen Sie Ihre Erfahrungen mit dem Einsatz von muttersprachlichem Personal

Erfahrungen mit muttersprachlichem Personal

- sehr gute Erfahrungen gewonnen, Klienten fühlen sich angenommen und teilweise gut aufgehoben, muttersprachliche Kompetenz allein reicht aber nicht aus, gute Erfahrungen mit Integration von muttersprachlichen Mitarbeitern in die Behandlungsteams,
- sind große Unterstützung bei Erstkontakt zu Klienten, die kein bzw. unzureichend deutsch sprechen.
- Optimale Lösung:
 - fachlich gut vorbereitetes Personal,
 - Einrichtung mit interkulturell ausgerichteten Ansatz,
 - multiethnisches Team,
- Vermittlerfunktion gegenüber Patienten auch bei kulturellen Fragestellungen,
- Anteil an kompetenten Bewerbern, die bei freiwerdenden Stellen berücksichtigt werden könnten, ist gering,
- muttersprachliches Personal ist besonderen Belastungen im Arbeitsalltag ausgesetzt (Diskriminierung durch deutsche Klienten, Identifizierung mit Klienten gleichen Migrationshintergrundes),

- *Mitarbeiter mit muttersprachlicher Herkunft nicht nur für Migranten nutzen, sondern Einsatz bei allen Klienten!.*

2.4 Für wie wichtig halten Sie einen derartigen Einsatz?

- *sehr wichtig und sinnvoll, weil dadurch die Inanspruchnahme von Versorgungseinrichtungen und eine Verständigung ermöglicht wird,*
- *ein multikulturelles Behandlungsteam ist wichtig bei der Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund,*
- *muttersprachliche Mitarbeiter benötigen Unterstützung von Seiten des Teams und der Leitung und brauchen Fortbildung und Supervision, (klare Stellenbeschreibung, Ausländerfeindlichkeit auf Seiten der Klienten und der Mitarbeiter),*
- *eine gute Möglichkeit bietet die Nutzung von Ehrenamtlichen, die unabhängig in einer Beratungssituation dolmetschen können,*
- *muttersprachliches Personal kann Dolmetscherdienste übernehmen.*

Kernaussage: „wichtig und sinnvoll“ ist Konsens über alle Bereiche hinweg

2.5 Ist deutschsprachiges Personal für die Versorgung der Zielgruppe grundsätzlich geeignet? Ja, weil.... Nein, weil....

Psychiatrie

1. Ambulanter Bereich

- *kann so grundsätzlich nicht beantwortet werden, deutsches Personal kann auf die Tätigkeit vorbereitet werden, bei nicht muttersprachlichem Personal fehlen Kenntnisse über Kultur und Sprache,*
- *ja, weil ohne Sprache die Zielgruppe nicht erreicht wird und das Wissen über die Kultur fehlt.*

2. Stationärer Bereich - nein, weil:

- *Fortbildung, Supervision auch einen Zugang zu interkultureller Kompetenz ermöglichen*
- *Dolmetscherdienste in Anspruch genommen werden können,*
- *in erster Linie Qualifikation, Wissen um Migrationsfragen und Einstellung zur Zielgruppe zählen.*

Altenhilfe

1. Ambulanter Bereich - ja, weil:

- *die Klienten deutsche Sprache nicht beherrschen,*
- *kulturelles Hintergrundwissen fehlt.*

nein, weil:

- *die Muttersprache sprechenden Mitarbeiter müssen über ausreichende deutsche Sprachkenntnisse verfügen,*
- *das Personal interkulturell geschult sein muss - interkulturelle Kompetenz erlernbar ist,*
- *ein wesentlicher Aspekt ist, dass die Kooperation zwischen muttersprachlichen und deutschen Mitarbeitern funktioniert,*
- *Bereitschaft, mit dieser Zielgruppe zu arbeiten, fehlt.*

2. Stationärer Bereich

nein, weil:

- *fachliche Qualifikationen außerordentlich wichtig sind,*
- *Zuwendung zum Menschen und Verständnis für Erkrankung gefragt sind,*
- *interkulturelle Kompetenz von deutschen Mitarbeitern über Fortbildung zu erreichen ist,*
- *Sprache bei Behandlung und Betreuung der Zielgruppe nicht zu unterschätzen ist.*

2.6 Welche Aspekte der interkulturellen Kompetenz Ihres Fachpersonals werden aus Ihrer Sicht in der Ausbildung nicht ausreichend vermittelt?

- Sprachkenntnisse, Sondersituationen (Krieg), Lage vor Ort, Kenntnisse über Hintergründe und Lebensumstände,
- kulturelle Gegebenheiten, Unterschiede, Umgang mit Menschen aus anderen Kulturkreisen,
- ethnomedizinische - transkulturelle und migrationsbezogene Inhalte,
- Rechtsgrundlagen,
- grundsätzlich wird in allen Berufsgruppen zu wenig Fort- und Weiterbildung zur transkulturellen Psychiatrie angeboten und wahrgenommen,
- Kombination aus theoretischem und praktischem Wissen bezüglich kultursensibler Pflege
- Hintergrundwissen über verschiedene Kulturen, kulturspezifische Körperpflege, Sterbebegleitung und Waschung von Toten,
- mehr Akzeptanz und Respekt gegenüber Menschen aus anderen ethnischen Gruppen,
- in der Krankenpflegeausbildung ist interkulturelle Kompetenz kein Thema,
- es fehlt eher an Kenntnissen im Umgang mit dementiell und psychisch erkrankten alten Menschen als an Kenntnissen zur interkulturellen Kompetenz!

2.7 Welche Fort- und Weiterbildung halten Sie für erforderlich?

- Praktikum im Ausland,
- Migration und Krankheit, kulturspezifische Gesundheitskonzepte,
- Rechtsgrundlagen,
- Sprachkurse,
- Kenntnisse über Herkunft, Kultur, Religion, Familienstruktur und Umgangsformen,
- Lebenssituation von Migranten/innen in Deutschland,
- Erweiterung der Kenntnisse und des Wissens in Aus-, Weiter- und Fortbildung in den Sozial- und Gesundheitsberufen zu ethnomedizinischen, transkulturellen und migrationsbezogenen Inhalten:
 - religiöse Orientierung, Feste und Rituale,
 - familiäre Strukturen,
 - Körperpflege, Regeln bei Wäschepflege, kulturelle Ernährungsaspekte,
 - Gesundheits- und Krankheitsempfinden,
 - Umgang mit Sterben und Tod,
 - geschichtliche Entwicklung Migration,
 - kulturelle Hintergründe,
 - religiöse Aspekte,
 - interkulturelle Handlungskompetenz,
 - Umgang mit dementiell und psychisch erkrankten Menschen
 - Auseinandersetzung mit der eigenen Biographie,
- Facharztausbildung: transkulturelle Psychiatrie als verpflichtender Teil der Weiterbildung,
- Fallsupervision, Selbsterfahrung,
- Führen von Gesprächen mit Dolmetschern,
- Kombination zwischen theoretischem und praktischem Wissen in Bezug auf kultursensible Pflege,
- Förderung von persönlichen Begegnungen mit Migranten und Vertretern der Communities
- Teamfortbildung erforderlich!

2.8 Welche Maßnahmen der Personalentwicklung sind im Hinblick auf die Versorgung der Zielgruppe in Ihrer Einrichtung beabsichtigt?

Psychiatrie

Ambulanter Bereich

- keine Maßnahmen geplant.

Stationärer Bereich

- *Einstellung von Personal nicht deutscher Herkunft mit fachlicher Qualifikation für Versorgung der großen Migrantengruppen,*
- *angestrebt werden interkulturelle Behandlungsteams,*
- *Supervision und Fortbildung,*
- *Sprachkurse (Finanzierung noch nicht geregelt),*
- *feste Stelle für Dolmetscher.*

Altenhilfe

Ambulanter Bereich

- *Maßnahmekatalog für interkulturelle Öffnung in Diakonie Sozialstationen wird z.Zt. in den Einrichtungen umgesetzt,*
- *Einstellung von fachlich qualifiziertem Personal mit Migrationshintergrund,*
- *Ausbau der ehrenamtlichen Übersetzungsmöglichkeiten,*
- *Deta-Med: Ausbau der monokulturellen Pflege,*

Stationärer Bereich

- *keine weiteren Maßnahmen geplant.*

C 3 - Kommunikation

3.1 Wie sichern Sie die sprachliche Verständigung mit und unter Ihren Nutzern/Klienten nichtdeutscher Muttersprache ?

Fachbereichsübergreifend

Von den antwortenden 6 Vorfelddiensten (Migrantenvereinsprojekte, Migrationsbeauftragte) arbeiten 5 mit muttersprachlichen Mitarbeitern.

Daneben nutzt je einer

- Dolmetscher,
- die Kooperation mit sprachkundigen Einrichtungen und
- schriftliche Materialien in anderen Sprachen.

Psychiatrie

Von den zu dieser Frage Stellung nehmenden psychiatrischen Diensten/Einrichtungen (ca. die Hälfte) haben:

- die meisten muttersprachliches Personal,
- von diesen nutzt wiederum die Mehrheit außerdem Dolmetscher,
- z.T. auch den Gemeindedolmetschdienst,
- einzelne kooperiert mit sprachkundigen Einrichtungen oder
- nutzen schriftliche Materialien auf türkisch.

Altenhilfe

Von den Altenhilfe-Diensten (ca. die Hälfte), die zu dieser Frage Stellung nehmen, haben die meisten muttersprachliches Personal (stationäre Einrichtungen und Hauspflegen).

Im übrigen vereinzelt:

- Nutzung bilingualer Mitarbeiter,
- Nutzung schriftlicher Materialien auf türkisch bzw. russisch (ambulante Pflege, Vorfeld),
- Hinzuziehung von Angehörigen und Piktogramme,
- Einbeziehung Ehrenamtlicher zur Verständigung ,(Vorfeld).

3.2 Welche Wege der Sprachmittlung halten Sie für Ihre Einrichtung für die geeignetsten? Welche Veränderungen streben Sie an?

Fachbereichsübergreifend

- Migrantenvereine, die sich zu dieser Frage äußern, bevorzugen muttersprachliches Personal und nur dieses zur Bewältigung der Verständigungsproblematik.

Psychiatrie

Von der Mehrzahl der psychiatrischen Dienste/Einrichtungen, die zu dieser Frage Stellung nehmen, befürworten:

- viele (stationäre und ambulante) muttersprachliches Personal,
- einige zweisprachiges Personal,
- einige (außerdem) Stellen bzw. Mittel für Dolmetscher (u.a. Gemeindedolmetschdienst);
und z.T. darüber hinaus die Verwendung schriftlicher Materialien in den Patientensprachen.

Altenhilfe

- Aus dem Altenhilfebereich nehmen 4 von 8 Antwortenden zu dieser Frage Stellung, aber jeweils übereinstimmend mit den Antworten zu C 3.1, so dass sie also keinen Veränderungsbedarf sehen.

3.3 Welche Erfahrungen haben Sie mit Möglichkeiten nonverbaler Kommunikation für den Fall, dass sprachliche Verständigung aus Krankheitsgründen nicht mehr möglich ist?

Fachbereichsübergreifend

- Von den Stellungnahmen berichten einige von „guten“ Erfahrungen, die allerdings vom Zustand des Patienten abhängen.

Im übrigen:

- Insbesondere bei Demenzkranken ist die nonverbale Kommunikation relevant, allerdings auch schwierig.
- Auch nonverbale Kommunikation ist kulturspezifisch, deswegen im interkulturellen Kontext auch erschwert.
- Die Migrationsbeauftragten empfehlen in diesem Zusammenhang die Nutzung familialer Netze.

C 4 - Organisation

4.1. Welche Vorkehrungen haben Sie auf organisatorischer Ebene getroffen, um Ihre Einrichtung für die Zielgruppe zu öffnen? (Leitbild, Richtlinien, organisatorische oder personelle Spezialisierungen, Ernährung, Religionsausübung, Sterbebegleitung, Außendarstellung)

Fachbereichsübergreifend

- Als erster Schritt für alle Einrichtungen wurde ein „Interkultureller Selbsttest“ entwickelt (LAG Migrationsbeauftragte), personelle Spezialisierungen, Außendarstellung (Polnischer Sozialrat),
- Interkulturelle Öffnung findet Eingang in das VdK-Leitbild,
- Im Rahmen einer intensiven Öffentlichkeitsarbeit wurde in vielen russischsprachigen Medien (Zeitungen, Magazine und Radio) über das Angebot (1 x wöchentliche Sprechstunde mit russischer Sprachmittlung) berichtet,
- Schulung ehrenamtlicher Mitarbeiter/-innen,
- Übersetzung von Verbraucherblättern in die russische Sprache,
- Teilnahme an Symposien, Veranstaltungen und Arbeitsgruppen (Koordinierungsstelle Sozialverband VdK),
- Niedrigschwelliger Ansatz (EM-DER),
- Richtlinien, organisatorische und personelle Spezialisierungen (Südost-Europa).

Ambulanter Bereich

- Einsatz muttersprachlichen Personals (SPD),
- Einladung von türkischen Multiplikatoren (ohne Resonanz), (Gerontopsychiatrische Tagespflegeeinrichtung),
- Muttersprachliche Mitarbeiter. Ich stamme aus der Türkei (niedergelassener Arzt).

Stationärer Bereich

- regelmäßige Fortbildung der Ärzte,
- Informationsbroschüren in verschiedenen Sprachen,
- türkischsprachige psychologisch geleitete Gesprächsgruppe (stationär und ambulant),
- Ernährung: schweinefleischfreie Kost,
- Mitarbeit bei „Migration und Gesundheit“,
- interne Dolmetschliste, (Vivantes – Klinikum Am Urban),
- Sofern eine ausreichende sprachliche Verständigung mit Patienten der Zielgruppe nicht möglich ist, gilt als Richtlinie, regelmäßig die Hilfe eines Dolmetschers beizuziehen.
- Besonderheiten der Ernährung können (teilweise) durch unsere Küche berücksichtigt werden. Die religiöse Ausübung wird durch uns nicht behindert.
- Im Rahmen akuter psychiatrischer Erkrankungen ist jedoch die Fähigkeit der Patienten häufig gemindert, Kontakt zu ihrer ethnischen und religiösen Referenzgruppen zu halten. (Vivantes – AVK) Arbeitsgruppe Transkulturelle Psychiatrie ist hier vielfältig innen und nach außen aktiv seit September 2002. Eigens hierfür eingestellte Oberärztin (Charité)

4.2 Welche weiteren organisatorischen Vorkehrungen halten Sie für sinnvoll? Welche wollen Sie davon umsetzen?

Fachbereichsübergreifend

- in Arbeit (LAG Migrationsbeauftragte),
- Zusätzliche neue Mitarbeiter, Spezialisierung von Mitarbeitern (Polnischer Sozialrat)
- Intensivierung der Kooperationsbeziehungen zu Organisationen und Einrichtungen für Migranten (Koordinierungsstelle),
- Kulturangebote in der Einrichtung und außerhalb, Informationsveranstaltungen (Südost-Europa).

Psychiatrie

Ambulanter Bereich

- *Fortbildungen (SPD),*
- *Weitere Veranstaltungen organisieren und mehrsprachliches Informationsmaterial bereitstellen, Kontakte zu Migrantenberatungsstellen aufnehmen und intensivieren. (Gerontopsychiatrische Tagespflegeeinrichtungen).*

Stationärer Bereich

- *Intensivierung der Zusammenarbeit mit ambulanten Trägern (z. B. ambulante Nachsorge). Zusätzliche Gruppenangebote (z. B. Depressionsgruppe) in türkischer Sprache wären sinnvoll (Vivantes – Klinikum Am Urban),*
- *Schulung des Krankenpflegepersonals in interkultureller Kompetenz ist notwendig. Z. Z. fehlen jedoch die Ressourcen für ein breites Schulungsangebot (Vivantes – AVK),*
- *Arbeitsgruppe Transkulturelle Psychiatrie ist hier vielfältig innen und außen aktiv seit September 2002. Eigens hierfür eingestellte Oberärztin – siehe auch (C 2 – Personal 2.8).*

Altenhilfe

Ambulanter Bereich

- *Vorhalten von muttersprachlichen Informationsmaterialien, Initiierung einer Selbsthilfegruppe für Angehörige von demenzkranken türkischen Migranten, Fortbildungen, Fachtagungen (Alzheimer Gesellschaft),*
- *s. C 4.1 (Diakonisches Werk),*
- *Weiterentwicklung der bestehenden Konzepte (DETA-MED),*
- *Konzeption- und Erstellung eines Leitbildes (Caritas),*
- *Begleitung zu den Ärzten, Ämtern, Banken usw. 1 x Begleitung wöchentlich ist nicht ausreichend, manchmal sind die Wartezeiten über 1 Std. bis zu 4 Std. – Kostenübernahme (Mobile Hauspflege „Silber“),*
- *Mehr Werbung in anderen Sprachen, wie z. B. arabisch, kurdisch, russisch, Werbung auch im Radio und TV, Info-Stände bei Festen anderer Kulturen.*

C 5 – Kooperation und Vernetzung

5.1 Wie ist die Kooperation mit Diensten und Einrichtungen, die Ihnen Klienten/Nutzer der Zielgruppe vermitteln?

- Was sollte in diesem Bereich verbessert werden?
- Wie wollen Sie das erreichen?

Fachbereichsübergreifend

- Case-Management, gemeinsame Hilfepläne und Fallbesprechungen (LAG Migrationsbeauftragt),
- Gut (Polnischer Sozialrat),
- Bisher werden die Angebote der Regelversorgung im Sinne einer Überleitung und Vernetzung von migrantenspezifischen Einrichtungen kaum genutzt.
- Es sollten Untersuchungen darüber erfolgen, warum dies so ist und welche zukünftigen Wege gemeinsam beschritten werden sollten, z. B. Know-how-transfer über die Möglichkeiten des Altenhilfesystems an die Mitarbeiterin, die bisher den/die Klienten betreut hat, gemeinsamer Hausbesuch und „Supervisionsfunktion“ der Mitarbeiterin der Koordinierungsstelle (KooSt) über die angelaufenen Maßnahmen; oder Klientenübernahme durch die KooSt und „Supervisionsfunktion“ durch die Mitarbeiterin der migrantenspezifischen Einrichtung. Die Koordinierungsstellen sind für beide Wege offen, sofern sie dem Wohl des Klienten dienen.
- Verbesserung der Vernetzung und Kooperation (Koordinierungsstelle), regelmäßige Treffen,
- Die Kooperation mit anderen Einrichtungen verläuft einseitig. Klientel wird zu eng weitergeleitet. Organisatorischer und inhaltlicher Austausch nicht vorhanden. (EM-DER)
- Koordination und Leitfaden (Südost-Europa).

Psychiatrie

Ambulanter Bereich

- Mehr Vernetzung (SpD),
- Gute Zusammenarbeit (Vita e. V.),
- Herstellen von Kontakten zwischen Beratungsstellen für Migranten und Pflegediensten (Gerontopsychiatrische Tagespflegeeinrichtungen).

Stationärer Bereich

- Prinzipiell gute Kooperation. Problematisch ist der schwierige Überblick über ambulante Angebote für Migranten. Hilfreich wäre die übersichtliche Auflistung in einem „Wegweiser“, der in den verschiedenen Bezirken unterschiedlich weit voran gebracht wurde. (Vivantes – Klinikum Am Urban),
- Wir verfügen über eine gute Kooperation mit Allgemeinärzten, Nervenärzten und Psychiatern, die schwerpunktmäßig ältere Migranten betreuen, ferner auch mit Beratungsstellen für türkische und arabische Migranten. (Vivantes – AVK),
- Häufig Anfragen um Übernahme der Behandlung aus Kapazitätsgründen oft nicht möglich, besser wäre oft das Offensein für Beratung/Supervision, was auch von uns geleistet werden kann. (Charité.)

Altenhilfe

Ambulanter Bereich

- Sehr gut mit Idem und AWO (Alzheimer Gesellschaft),
- Die Einrichtungen sollen nicht miteinander konkurrieren, sondern kooperieren im Sinne der Patienten. (DETA-Med),
- Die bisherige Kooperation beschränkt sich darauf, Migrantenklientel zu überweisen. Zu verbessern und zu verändern wäre dabei, die Haltung aller Beteiligten dahingehend, dass Kompetenzen sowohl in den Fach- und Regeldiensten und den Migrationsdiensten hinsichtlich der Beratung dieser Zielgruppe vorliegen und sich ergänzen. Zu erreichen über den gegenseitigen fachlichen Austausch. Die Kooperation sollte von „oben“ und von „unten“ gewollt und konzeptionell verankert sein. (Caritas).

5.2 Wie ist die Kooperation mit Diensten und Einrichtungen, an die Sie Klienten/Nutzer der Zielgruppe weiterleiten?
- Was sollte hier verbessert werden?
- Wie wollen Sie das erreichen?

Psychiatrie

Ambulanter Bereich

- aufgrund der mangelnden Angebote nicht gut, z. T. keine Erfahrungen,
- Vermehrt muttersprachliche Mitarbeiter bzw. Mitarbeiter mit interkultureller Kompetenz,

Stationärer Bereich

- es mangelt vor allem an muttersprachlich tätigen Psychotherapeuten (insbesondere für die türkische Sprache).

Altenhilfe

Ambulanter Bereich

- Sehr gut mit Idem und AWO (Alzheimer Gesellschaft),
- viele Einrichtungen nutzen unsere Angebote wohlwollend (DETA-MED),
- zu verbessern wäre „Kooperation“ als ein Qualitätsmerkmal und auch stärker konzeptionell zu verankern;
- Wir haben einen Biographiebogen und einen Patientenüberleitungsbogen, den wir bei Vermittlung an eine andere Institution mitgeben. Sinnvoll wäre trotzdem ein persönliches Gespräch mit der nächsten Institution, um ein umfassendes Bild zu erhalten und auf evtl. Probleme hinzuweisen.

5.3 Bitte nennen Sie weitere Dienste und Einrichtungen, die Sie in Ihrer Arbeit mit der Zielgruppe unterstützen und mit denen Sie Kooperationsbeziehungen haben!
- Was könnte verbessert werden?

Fachbereichsübergreifend und Psychiatrie

- Die Zusammenarbeit mit den Diensten der Migrationssozialarbeit/Beratungsstellen/Vernetzungskreisen (LAG Migrationsbeauftragte),
- Krankenkasse, Fachärzte usw.; vieles (Polnischer Sozialrat),
- Landesseniorenbund (Koordinierungsstelle),
- AWO/LVA/B/A/Esperanto/Seniorenheim Lietzenburger Str./Bezirksämter (EM-DER),
- Diakonie, AWO, Paul-Gerhard-Stiftung gewünscht: Mehr Kontakt zu Amtsstellen (Südost-Europa),
- AWO, DETA-MED, niedergelassene türkische Nervenärzte (SpD),
- Relevante Kontakte zu spezialisierten Einrichtungen haben wir nicht, hingegen einen engen Bezug zu den regionalen/bezirklichen komplementären Diensten sowie zum Sozialpsychiatrischen Dienst. (Vivantes – AVK).

Ambulanter Bereich - Altenhilfe

- Plan- und Leitstellen der Bezirke, einzelne Arbeitsgruppen und Fachbereiche innerhalb der Gesundheitsämter,
- Verbesserung: Der fachliche Austausch mit Fach- und Regeldiensten birgt die Gefahr, dass Kooperationen nicht als notwendig erachtet werden, dass es zu den Pflichtaufgaben der Fach- und Regeldienste keine fachlichen Alternativen gibt. Diese Haltung gilt es zu verändern und den Blick auf den fachlichen „Gewinn“, den Kooperationen mit sich bringen, zu lenken (Caritas).

C 6 – Angehörige und Ehrenamtliche

6.1 Welche Erfahrungen haben Sie in der Zusammenarbeit mit Angehörigen? Was können Angehörige leisten?

Allgemein und Psychiatrie

- *Unterschiedliche Erfahrungen – die Zusammenarbeit ist immer wieder anders;*
- *Gute Erfahrungen, da sie soziale Unterstützung leisten, sie könnten ihr Expertenwissen einbringen und öffentlich machen sowie eine „Modellfunktion“ für andere Angehörige einnehmen,*
- *Psychische Erkrankungen sind eher Tabuthemen bei Angehörigen; sie haben meist nur geringe Kenntnisse über die Krankheit,*
- *Angehörige sind oft ratlos und überfordert durch hohe Erwartungshaltung,*
- *Angehörige können die Arbeit von Professionellen unterstützen, Angehörige geben Halt, brauchen aber selbst häufig Unterstützung,*
- *In der Regel wird die Zielgruppe gut familienversorgt, die Zusammenarbeit ist in der Regel zufriedenstellend,*
- *Gerade in der Arbeit mit Migranten/innen spielen die Angehörigen eine zentrale Rolle. Angestrebt und auch in hohem Maße verwirklicht sind regelmäßige Familiengespräche,*
- *Es gibt Bemühungen um eine enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen. Diese trifft in der Regel nicht auf größere Schwierigkeiten als bei Patienten deutscher Herkunft.*

Altenhilfe

- *Das ist individuell sehr verschieden.*
- *Traditionelle Erwartungen seitens der Familie geben den Angehörigen kaum Wahlfreiheit zur Übernahme der Pflege. Hierdurch kommt es zur Überforderung und Nichtinanspruchnahme von Regeleinrichtungen. Tradierte Altersbilder erschweren die Pflegesituation zusätzlich.*
- *Angehörige und Familie sind das wichtigste informelle Hilfpotential, besonders in der Unterstützung einer Therapie oder Reha-Maßnahme. Sprachlich und kulturell kompetente Mittler sind hierfür notwendig. In der Arbeit mit Familie und Angehörigen ist die Familienhierarchie usw. zu beachten.*
- *Angehörige können, wie bei der deutschen Bevölkerung auch, Türöffner sein. Einer guten Zusammenarbeit kommt deshalb eine besondere Bedeutung zu, wobei die Angehörigen als Experten der Pflege betrachtet werden sollten und die Regelversorgungsangebote zusätzlich wirken müssen.*
- *Angehörige sind meist überlastet und hilflos bei der Versorgung. Sie empfinden uns hilfreich. Die Angehörigen kommen meist zu uns, wenn sie stark überfordert sind und die Pflege alleine nicht mehr leisten können.*
- *Die Angehörigen könnten mit den Patienten spazieren gehen und Gespräche führen.*

6.2 Wie können Sie Angehörige unterstützen?

Unterstützung durch:

- *gezielte Schulungen, Gespräche (Aufklären, Informieren, Einbeziehen), einen Ausbau der Vertrauensposition, im Bedarfsfall den Zugang zum Patienten erleichtern, durch praktische Entlastung, durch eine kultursensible Begleitung,*
- *Angehörigengruppen zwecks Unterstützung und Förderung in ihrem Selbsthilfpotential und ihrer Handlungskompetenz,*
- *schriftliche und mündliche Aufklärung, Schulungs- und Fortbildungsangebote, Weiterleitung an entsprechende Stellen, Anerkennung als Experten, durch Förderung ihrer Kompetenzen und sinnvolle Integration in das Beratungs- und Betreuungskonzept. Familien- bzw. Angehörigengespräche, eine Angehörigengruppe in türkischer Sprache ist angedacht. (Klinikum Am Urban),*
- *Hier gelten die allgemeinen Prinzipien der Angehörigenarbeit. Unserer Kenntnis nach nutzen Angehörige, die zu einer ethnischen Minorität zählen, nicht die Hilfen des Angehörigenverbandes. Es könnte überlegt werden, ob nicht auf lokaler/bezogener Ebene der Zusammenschluss von Angehörigen, z.B. für die polnische/türkische Minorität, gefördert werden könnte. (Vivantes - AVK),*

- *In unserer psychotherapeutisch - ethnopsychiatrischen Arbeit werden Angehörige je nach Verlauf in die Gespräche einbezogen. Wir erwarten keine konkrete Unterstützung, sondern mehr Offenheit und Geduld für die Behandlung.*

6.3 Was können Ehrenamtliche leisten? Wo sind ihre Grenzen?

- *Sie können die Arbeit von Professionellen unterstützen,*
- *Ehrenamtliche sind einsetzbar, wenn professionelle Hilfe unverzichtbar wird, die Inanspruchnahme jedoch abgelehnt wird,*
- *Es wäre ratsam, gezielt Ehrenamtliche aus der jeweiligen ethnischen Kolonie zu gewinnen und zu schulen,*
- *Ihre Hilfe wird durch familiäre und kulturelle Grenzen begrenzt. Ehrenamtliche sind oft ratlos und überfordert,*
- *Ihr Einsatz ist abhängig von persönlicher und beruflicher Erfahrung,*
- *Ehrenamtliche können und sollten nicht die Aufgaben übernehmen, die die Behörden und Einrichtungen innehaben,*
- *Ehrenamtliche können Informationen über geeignete Versorgungseinrichtungen geben,*
- *Ehrenamtliche können Angehörige beraten und begleiten,*
- *Aufgrund von Verantwortung und Schweigepflicht im stationär psychiatrischen Rahmen schwer einsetzbar,*
- *Soziale Hilfestellungen sind möglich, aber keine therapeutische Arbeit,
- Spazieren gehen, Vorlesen, Gespräche führen,*
- *Ehrenamtliche MitarbeiterInnen sind in unserem Konzept von entscheidender Bedeutung. Sie benötigen Anerkennung, Schulungen und ständigen Austausch,*
- *Schriftliche Vereinbarungen zwischen den Einrichtungen und den Ehrenamtlichen (DW-Modellprojekt),*
- *Ehrenamtliches Engagement sollte zukünftig stärker berücksichtigt werden (DW-Modellprojekt),*

6.4 Wie können Sie Ehrenamtliche unterstützen?

Unterstützung durch:

- *kultursensible Gespräche, Informationen und Schulungen, Aufwandsentschädigung,*
- *Anerkennung, intensive Betreuung, regelmäßiger Austausch untereinander und mit Fachkräften,*
- *Durch regelmäßige Fortbildungen, Schulungen, Supervision für Ehrenamtliche bezüglich verschiedener Krankheitsbilder und Behördenangelegenheiten, wie z.B. Einrichtung einer Betreuung, Patientenverfügung usw.,*
- *Bei den Spätaussiedlern gibt es ein Potential von Leuten mit nicht anerkannten Fach- und Hochschulberufen. Neues Modell der Förderung wäre zu entwickeln (LAG Migrationsbeauftragte)*
- *durch Bereitstellung von Räumlichkeiten mit entsprechender Ausstattung, wie z.B. Telefon,*
- *Begleitung zu Ämtern,*
- *Durch regelmäßige Austauschtreffen in Gruppen für Ehrenamtliche und in Einzelgesprächen,*
- *Einbeziehung ihrer Kompetenzen in einen realistischen Hilfeplan und Unterstützung und Förderung bei der Umsetzung.*

Liste der Expertinnen und Experten

Wissenschaftliche Sicht	
Expertin/ Experte	Anschrift
Frau Prof. Dr. Olivia Dibelius	Evangelische Fachhochschule Berlin Teltower Damm 118 – 122 14167 Berlin
Frau Dr. Ernestine Wohlfahrt⁴	Psychiatrische Ambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Campus Mitte Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie Schumannstr. 20/21 10117 Berlin
Frau Prof. Dr. Dagmar Schultz	Alice-Salomon Fachhochschule Berlin Alice-Salomon-Platz 5 12627 Berlin
Herr Dr. Peter Zeman	Deutsches Zentrum für Altersfragen Manfred-von-Richthofenstr. 2 12101 Berlin
Herr Dr. med. Jürgen Collatz	Medizinische Hochschule Hannover Abt. Allgemeinmedizi Arbeitsbereich Medizinische Soziologie Karl-Neuberg-Str. 1 30625 Hannover

Versorgungssystem „Psychiatrie“

1. Stationärer / teilstationärer Bereich

Expertin/ Experte	Anschrift
Herr OA Dr. Pliska	Vivantes Klinikum am Urban Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie – Direktor Dieffenbachstr. 1 10967 Berlin
Herr Dr. Fuat Zarifoglu Herr Prof. Dr. med. J. Zeiler	Auguste-Viktoria-Klinikum Ein Haus des Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH Rubensstr. 125 12157 Berlin

2. Ambulant – komplementärer Bereich

Herr Sakir Arslan	Bezirksamt Mitte Sozialpsychiatrischer Dienst Standort: Wedding Reinickendorfer Str. 60b 13347 Berlin
Herr Michael Schulze <i>(Projektleiter - BEW)</i>	Vita e. V. Berlin – Brandenburg BEW Kreuzberg Genter Str. 63 13353 Berlin
Herr Dr. Abit Kazci	Müllerstr. 163 b 13353 Berlin
Frau Lolita Schorkowitz <i>(russische Migrantin)</i>	Psychologische Praxis U. Eckardt Krausenstr. 67 10117 Berlin

⁴ in „Doppelfunktion“

Frau Christa Matter	Alzheimer Gesellschaft Berlin e. V. Friedrichstraße 236 10969 Berlin
----------------------------	--

Versorgungssystem „Altenhilfe“

1. Stationärer Bereich

Expertin/ Experte	Anschrift
Frau Müller - Fathmann	Bethesda Seniorenzentrum der Ev.- methodistischen Kirche Berlin gGmbH Dieffenbachstr. 40 10967 Berlin

2. Teilstationärer Bereich

Frau Ferihan Schmidt	Arbeiterwohlfahrt Landesverband Berlin e. V. Gerontopsychiatrische Tagespflege Sommergarten Reinickendorfer Str. 58 a 13347 Berlin
Frau Petra Nytz	TABEA -Tagespflege im Bethesda Seniorenzentrum gGmbH Böckhstr. 22/23 10967 Berlin
Frau Nare Yesilyurt - Karakurt	DETA-MED (Interkulturelle Hauskrankenpflege und DETA - MED Tagespflege GbR) Geschäftsführerin Karl-Marx-Str. 195 12055 Berlin
Frau Tanja Salopiata	Domino world - Day Care Center Kreuzberg Gerontopsychiatrische Tagespflege und Sozialstation Reichenberger Str. 91 10999 Berlin

3. Ambulanter Bereich

Frau Kempe/ Frau Susanne Koch	Arbeiterwohlfahrt Landesverband Berlin e. V. Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe Begegnungszentrum für Migration und Integration Adalbertstr. 23a 10997 Berlin
Frau Ulrika Zabel Frau Jasenka Villbrandt Frau Isabella Bauer	Caritasverband für Berlin e. V. Migrationsdienst „Projekt Altwerden in der Fremde“ Stresemannstr. 66 10963 Berlin
Frau Liv-Berit Koch	Diakonisches Werk – Neukölln Oberspree e. V. Modellprojekt „Interkulturelle Öffnung“ der Diakoniestationen in Berlin Mainzerstr. 42 12053 Neukölln
Frau Derya Wrobel	VdK Sozialverband Berlin - Brandenburg Projekt IDEM ⁵ Reinhardtstr. 7 12103 Berlin

⁵ IDEM – Infozentrum für dementiell erkrankte Migranten und ihre Angehörigen

Frau Rausch	Koordinierungsstelle Tempelhof-Schöneberg Sozialverband VdK Berlin-Brandenburg e.V. z.Hd. Frau Rausch Reinhardtstr. 7 12103 Berlin
--------------------	--

Vereine für Migranten/innen (Betroffenenorganisationen)

Expertin/ Experte	Anschrift
Frau Serebrianaia (Aussiedler – Osteuropa)	Mobile Hauspflege Silber GmbH Frau Serebrianaia Bundesallee 79 a 12161 Berlin
Polnischer Sozialrat	Oranienstr. 34 10999 Berlin
EM - DER	Hilfs- und Solidaritätsverein für Rentner, Behinderte und Senioren Allerstr. 30/31 12049 Berlin
Frau Bosiljka Schedlich (Südost-Europa-Kultur)	Süd-Ost-Europa Kultur e.V. Großbeerenstr. 88 10963 Berlin

Vertreter/innen der Verwaltung u.a. Institutionen

1. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz

Expertin/ Experte	Anschrift
Herr Heinrich Beuscher Herr Martin Rech Frau Rosmarie Weise Frau Sibylle Martin Frau Heidje Köller Frau Dr. Christel Geier Herr Hartmut Caemmerer	Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz <u>Fachbereiche</u> * Psychiatrie (II B) * Drogen/Sucht (II H) * Altenhilfe (ID / I F) * Integration / Migration (IntMig)

2. Bezirke (Psychiatriekoordinatoren/innen; Migrationsbeauftragte)

Frau Doris Nahawandi (LAG der Migrationsbeauftragten)	Bezirksamt Friedrichshain - Kreuzberg Migrationsbeauftragte
Herr Stefan Kolodziejczak Frau Ingrid Papies - Winkler Herr Werner Freese Frau Eveline Grimm	Bezirksamt Mitte Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg (i. V. f. Fr. Dr. Gutsche) Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg Bezirksamt Neukölln

3. AG der Pflegekassenverbände

Frau Ebelt Frau Gareis	AG der Pflegekassenverbände in Berlin Zillestraße 10 10585 Berlin
---	---