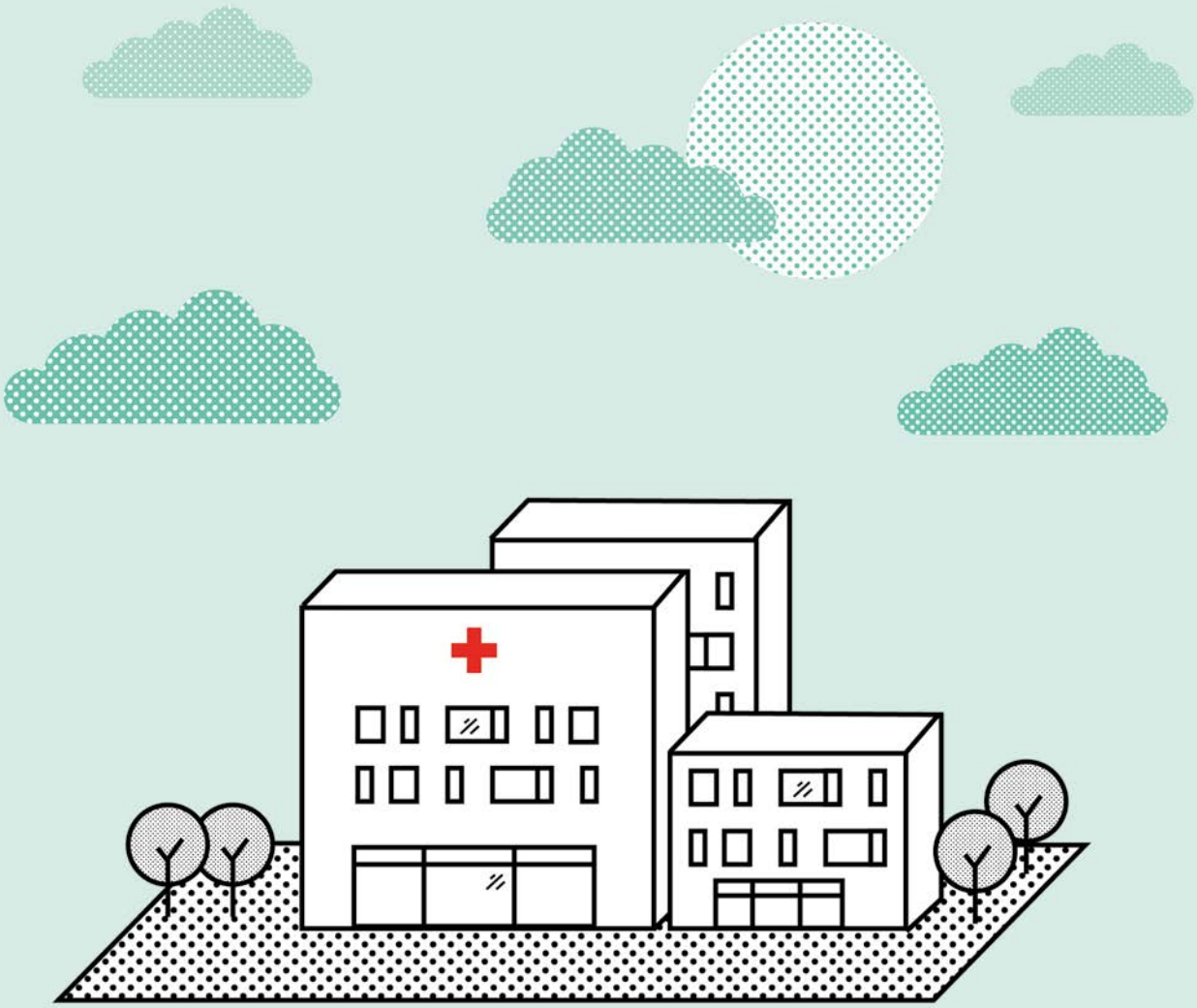
werkstatt PARITÄT
GEMEINNÜTZIGE GMBH

Gefördert von:
Baden-Württemberg
MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

Gesund und Bunt

Projektdokumentation



Impressum

Die Projektdokumentation entstand im Rahmen des Projektes »Gesund und Bunt – Kultursensible Pflegeüberleitung vom Krankenhaus in die häusliche Umgebung von älteren türkeistämmigen Menschen in Stuttgart«.

Projektträger

Kooperationspartner

Fördergeber

Förderung durch das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg aus Mitteln des Landes Baden-Württemberg.

Herausgeber
Werkstatt PARITÄT gemeinnützige GmbH
Hauptstraße 28 | 70563 Stuttgart

Verantwortlich
Lydia Kissel, Werkstatt PARITÄT

Redaktion
Miriam Dignal, Werkstatt PARITÄT
Julia Sverak, Werkstatt PARITÄT

Gestaltung und Satz
Vanessa Kammerbauer

© Stuttgart, März 2018
Werkstatt PARITÄT gemeinnützige GmbH

Gesund und Bunt

Projektdokumentation

Kultursensible Pflegeüberleitung vom Krankenhaus in die häusliche Umgebung von älteren türkeistämmigen Menschen in Stuttgart

Vorwort

Werden Patienten/innen aus dem Krankenhaus mit dem Bedarf einer anschließenden Versorgung entlassen, stellt dieser Übergang häufig für die Patienten/innen, aber auch für deren Angehörige, eine unbekannte Situation und eine große Herausforderung dar. Zwar haben Patienten/innen seit dem verbindlichen Rahmenvertrag zum Entlassmanagement ein Anrecht auf eine entsprechende Entlassplanung im Krankenhaus. Dennoch ist der Übergang vor allem in die häusliche Versorgung von vielen neuen Aufgaben gekennzeichnet. Dies gilt insbesondere auch für ältere Menschen mit Migrationshintergrund, da diese teilweise fehlendes Wissen um das deutsche Gesundheitssystem und Sprachkompetenzen vorweisen. Das Projekt »Gesund und Bunt – Kultursensible Pflegeüberleitung vom Krankenhaus in die häusliche Umgebung für ältere türkeistämmige Menschen« versuchte durch das ehrenamtliche Engagement Türkeistämmiger den Bedarfen und Bedürfnissen der Patienten/innen im Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart in Zusammenarbeit mit der dort tätigen Patientenkoordination als Vermittler/innen und Unterstützer/innen zu begegnen. So wurden während der Projektlaufzeit viele interessante Gespräche zwischen den türkeistämmigen Ehrenamtlichen und Patienten/innen geführt, ein regelmäßiger Austausch zwischen den verschiedenen Akteuren des Projektes gepflegt und vielfältige Erfahrungen hinsichtlich der Gesundheitsversorgung von Migranten/innen gesammelt.

Die vorliegende Projektdokumentation gibt einen Überblick über die wissenschaftlichen Grundlagen, die Ausgangssituation und das darauf aufbauende Projektkonzept. Daran anschließend werden die Projektergebnisse vorgestellt sowie Handlungsempfehlungen für einen verbesserten Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Umgebung gegeben. Ziel dieser Projektdokumentation ist es die Öffentlichkeit für die Relevanz dieser Thematik zu sensibilisieren und aufmerksam zu machen. Zudem wünschen wir uns, dass die vorliegenden Projekterkenntnisse dazu beitragen, dass sich auch weitere Akteure gemeinsam auf den Weg machen die Pflegeüberleitung sowie die Zeit nach einem stationären Aufenthalt kultursensibel und an die Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund ausgerichtet, zu gestalten.

Ohne die Mitwirkung der Ehrenamtlichen wäre das Projekt »Gesund und Bunt« nicht möglich gewesen. Daher gilt unser Dank an erster Stelle unseren ehrenamtlichen Lotsen/innen (gönüllü yardımcılar) für ihren engagierten Einsatz zum Wohle der Patienten/innen und deren Angehörigen. Bedanken möchten wir uns auch beim Robert-Bosch-Krankenhaus, insbesondere bei den Mitarbeitenden der Patientenkoordination, für die Zusammenarbeit. Den Kollegen/innen des PARITÄTISCHEN Baden-Württemberg danken wir für ihre Begleitung und fachliche Expertise, dem Deutsch-Türkischen Forum Stuttgart e. V. und der alevi. die Stiftung für die Unterstützung und den Studierenden der DHBW Stuttgart für die wissenschaftliche Begleitung. Und schließlich danken wir dem Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg für die Förderung im Innovationsprogramm Pflege, die das Projekt überhaupt erst ermöglicht hat.

Das Projektteam »Gesund und Bunt«
der Werkstatt PARITÄT

Inhaltsverzeichnis

Vorwort ..... Seite 3

1 Zur Gesundheitssituation und -versorgung von Migranten/innen ..... Seite 5

2 Entlassmanagement als Schnittstellenproblematik ..... Seite 7
2.1 Die Rahmenbedingungen des Entlassmanagements ..... Seite 7
2.2 Realisierung kultursensiblen Entlassmanagements ..... Seite 8

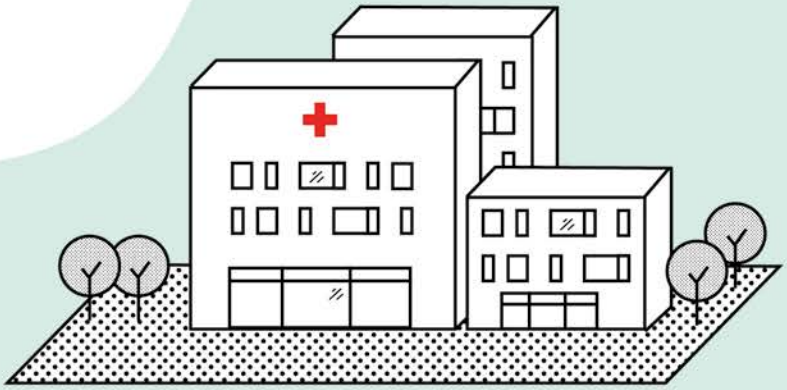
3 Ehrenamtliches Engagement im Bereich Pflege ..... Seite 9
3.1 Ehrenamtliches Engagement von Migranten/innen in Deutschland ..... Seite 9
3.2 Motive von Ehrenamtlichen ..... Seite 10

4 Entwicklung des Konzeptes von »Gesund und Bunt« ..... Seite 12
4.1 Überlegungen und Grundideen zu Projektbeginn ..... Seite 12
4.2 Ehrenamtliche als Schlüsselpersonen im Projekt ..... Seite 13
4.2.1 Gewinnung der Ehrenamtlichen ..... Seite 13
4.2.2 Qualifizierung durch Schulungen ..... Seite 13
4.2.3 Einsatz der Ehrenamtlichen im Krankenhaus ..... Seite 14
4.3 Realisierung der Schulung der Mitarbeitenden der Patientenkoordination ..... Seite 16
4.4 Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit ..... Seite 16

5 Wissenschaftliche Begleitforschung ..... Seite 18

6 Abschließende Reflexion und Handlungsempfehlung ..... Seite 23
6.1. Herausforderungen und Wirkung des Projektes ..... Seite 23
6.2 Handlungsempfehlungen zur Unterstützung der Pflegeüberleitung vom Krankenhaus in die häusliche Umgebung ..... Seite 25

Quellenverzeichnis ..... Seite 27
Anhang ..... Seite 28



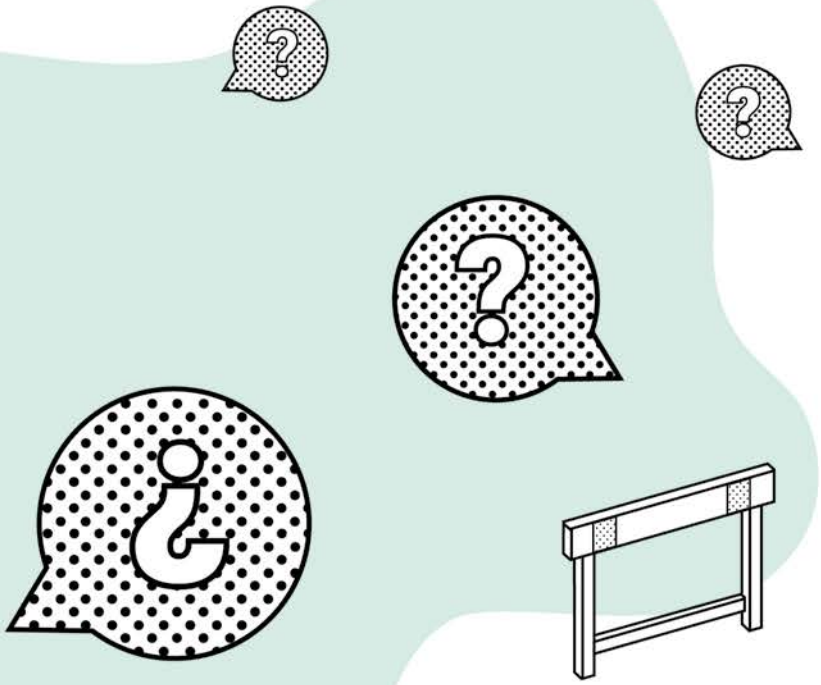
1 Zur Gesundheitssituation und -versorgung von Migranten/innen

Beide Seiten – die der Pflege und der Pflegebedürftigen – stehen vor Herausforderungen, wenn es um die Gesundheitsversorgung von älteren Migranten/innen geht. Sie sind insbesondere aufgrund der individuellen Migrationsbiografie von divergenten Einflüssen betroffen, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten wirken. Gleichzeitig ist Migration kein punktuelles Ereignis, sondern ein Prozess, der nachhaltig auf den Gesundheitszustand Einfluss nimmt (vgl. Razum und Spallek 2012, S. 173). 2012 lebten 15,7 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Dies sind Menschen, die selbst oder von denen mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist. Sie sind eine heterogene Gruppe auch innerhalb der unterschiedlichen Migrantengruppen, wobei bspw. die Altersstruktur und die gesundheitlichen Bedingungen zwischen den verschiedenen Nationalitäten differieren. Insgesamt ist der demografische Wandel auch bei Menschen mit Migrationshintergrund spürbar. Laut den Statistiken ist die Gruppe älterer Migranten/innen die am stärksten anwachsende Bevölkerungsgruppe unter den älteren Menschen. So waren 7 % der älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Jahr 2010 60 Jahre und älter, wobei man bis 2030 sogar von bis zu 24 % ausgeht. Infolgedessen steht das deutsche Gesundheitswesen spezifischen Versorgungsbedürfnissen und -bedarfen gegenüber, die bislang häufig noch unzureichend berücksichtigt werden (vgl. Schopf und Naegele 2005, S. 385 f.; Ulusoy und Gräßel 2010, S. 330; Yilmaz-Aslan et al. 2013, S. 346).

Die Gruppe der älteren Migranten/innen ist die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe

Fraglich ist deshalb, inwieweit das deutsche Gesundheitssystem diesen Bedarfen und Bedürfnissen zukünftig gerecht werden kann. Verschiedene Barrieren und Determinanten scheinen in diesem Bereich hindernd zu wirken, sowohl auf Seiten der Patienten/innen, als auch auf Seiten des Gesundheitswesens, die sich interdependent bedingen. Schimany et al. (2012) merken außerdem an, dass die Angebote im Gesundheitssysteman an den Bedürfnissen der nicht-migrantischen Mittelschicht orientiert sind, so dass infolgedessen die Bedarfe und Bedürfnisse von älteren Migranten/innen nicht primär im Fokus stehen, was sich in mangelnden transkulturellen Kompetenzen von Mitarbeitenden und der fehlenden interkulturellen Öffnung von Institutionen des Gesundheitswesens bemerkbar machen (vgl. Schimany et al. 2012, S. 234f.). Barrieren bei der Gruppe der älteren Migranten/innen entstehen insbesondere aufgrund von Kommunikationsschwierigkeiten durch fehlende Sprachkompetenzen (auf beiden Seiten) und einem möglichen unreflektierten Kulturverständnis bzw. Kulturalisierung auf Seiten der

Barrieren bei der Gruppe der älteren Migranten/innen sind insbesondere Sprachkompetenzen und ein Wissensdefizit über das deutsche Gesundheitssystem



Mitarbeitenden des Gesundheitswesens. Daneben wirken sich insbesondere Informations- und Wissensdefizite über das fragmentierte Gesundheitssystem sowie über die Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung negativ auf die Gesundheitsversorgung aus. Mit diesen Barrieren korreliert häufig die soziale Lage aufgrund des sozioökonomischen Status mit bspw. fehlenden finanziellen Ressourcen, die den Zugang zu Informationen und den Institutionen des Gesundheitswesens erschweren. Aber auch strukturelle Bedingungen der Migration beeinflussen die Inanspruchnahme von Leistungen. So werden Ärzte/innen in Einzelfällen erst spät konsultiert aus Sorge um den Verlust des Arbeitsplatzes oder des aufenthaltsrechtlichen Status (vgl. Alicke 2013, S. 294; Brzoska und Razum 2012, S. 5 f.; Knipper und Bilgin 2009, 65 ff.; Zeman 2004, 2 f.). Versorgungsmängel implizieren in vermehrter Zahl Fehldiagnosen, Rehospitalisierungen, Verzögerungen in der Behandlung und das Ausprobieren vieler Behandlungsmethoden, so dass die Diagnostik und medikamentöse Behandlung teilweise nicht adäquat geleistet und verschleppt wird (vgl. Knipper und Bilgin 2009, S. 67).

Im Hinblick auf die Pflegebedürftigkeit von Menschen mit Migrationshintergrund gibt es bisher aufgrund der Datenlage nur Schätzungen. So sprechen Schimany et al. (2012) von einem Anteil von 15 % der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2005 (vgl. Kohls 2015, S. 3; Schimany et al. 2012, S. 258). Aufgrund der gesundheitlichen Situation kann davon ausgegangen werden, dass diese Zahl seitdem deutlich angestiegen ist. Pflegebedürftigkeit ist dabei alters- sowie geschlechtsabhängig. So sind etwa 83 % der Pflegebedürftigen älter als 65 Jahre und Frauen insgesamt häufiger von Pflegebedürftigkeit betroffen. Mit der Pflegebedürftigkeit gehen umfassende Veränderungen einher, die die personelle, familiale, soziale und strukturelle Ebene betreffen. Diese Ebenen spielen bei den Barrieren in der Pflegeversorgung von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund eine wichtige Rolle, die in einer wechselseitigen Dependenz auf die Pflegeerwartungen, Bedarfe und Bedürfnisse dieser wirken. Die vier Barrieren umfassen nach Kohls die Sprache, das Wissen um Informationen, die Kultur und familiale Barrieren (vgl. Kohls 2012, S. 35 ff.), also ähnliche Barrieren, die generell, wie bereits dargestellt, in der Gesundheitsversorgung von Migranten/innen zu finden sind.

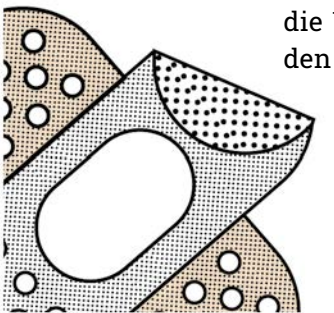
2 Entlassmanagement als Schnittstellenproblematik

2.1 Die Rahmenbedingungen des Entlassmanagements

Ein Aufenthalt im Krankenhaus bedeutet für jede/n Patienten/in einen Kontinuitätsbruch der bisherigen Lebensführung, manchmal jedoch auch einen weiteren Schritt in einer Kette mehrerer Krankenhausaufenthalte. Unsicherheiten und Ängste sind infolgedessen seitens der Betroffenen und ihrer Angehörigen verständlich und insbesondere auch dann, wenn bspw. Sprachbarrieren oder Informationsdefizite zusätzliche Hürden darstellen. Das pflegerische Entlassmanagement setzt genau an dieser Schnittstelle des Übergangs an. Dabei soll nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Weiterversorgung und eine integrierte Versorgung gesichert und die Vorbereitung der Patienten/innen und deren Angehörigen bewerkstelligt werden (vgl. Grundböck et al. 2005, S. 121; Wingenfeld 2014, S. 683).

Entlassmanagement bedeutet Informieren, Beraten und Anleiten der Patienten/innen und der Angehörigen durch qualifiziertes Personal

Wingenfeld (2011) definiert das pflegerische Entlassmanagement als »Prozess zur Unterstützung des Patienten bei der Bewältigung des Übergangs vom Krankenhaus in ein anderes Versorgungssetting« (Wingenfeld 2011, S. 9). Dies zielt auf den Qualitätsanspruch in der Versorgung, die Versorgungskontinuität im Anschluss an den stationären Aufenthalt und impliziert den Erhalt von Lebensqualität sowie die Verhinderung möglicher Rehospitalisierungen der Patienten/innen, aber auch ökonomische und gesundheitspolitische Ziele auf Seiten des Krankenhauses. Ziel des Entlassmanagements ist folglich das Informieren, Beraten und Anleiten der Patienten/innen und der Angehörigen, also direkt patientenbezogen Aufgaben, und die Kommunikation und Koordination zwischen den partizipierenden Personengruppen als indirekt patientenbezogene Aufgaben. Infolgedessen wird das Entlassmanagement als eine multidisziplinäre Aufgabe betrachtet, in dem die Zusammenarbeit und Partizipation der verschiedenen Berufsgruppen mit dem Fokus auf den/die Patienten/in eine entscheidende Rolle spielt. Daneben ist auch die Vermittlungsfunktion des Entlassmanagements hinsichtlich der Herstellung von Kontakten und Verbindungen in den poststationären Bereich bedeutsam (vgl. Brüggemann et al. 2002, S. 80; Wingenfeld 2011, S. 9; ebd. 2014, S. 683 ff.).



Beim Robert-Bosch-Krankenhaus (RBK), dem Kooperationspartner des Projektes »Gesund und Bunt« und Einsatzort der Ehrenamtlichen wird das Entlassmanagement durch sog. Patientenkoordinatoren/innen durchgeführt. Ziel dieser Form der Entlassplanung ist die Standardisierung im Aufnahme- und Entlassmanagement sowie die Effizienz in der Patientenversorgung und die Verkürzung der Verweildauer bzw. eine Verbesserung der Erlös- und Kostensituation. Auf Grundlage des Case Managements und des Expertenstandards werden die Kompetenzen der Pflegeüberleitung und des Sozialdienstes in einem Team zusammengeführt, wobei der/die Patientenkoordinator/in das

zentrale Bindeglied aller am Entlassmanagement beteiligten Akteure darstellt und auf einer neuen geschaffenen Kompetenzebene arbeitet. So werden die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten in einer Person gebündelt (vgl. Bender et al. 2013, S. 24; Deimel 2012, S. 88ff.). Am RBK sind die Patientenkoordinatoren/innen festen Stationen zugeordnet, so dass eine vertraute Person kontinuierlich den Mitarbeitenden und den Patienten/innen sowie den Angehörigen zur Verfügung steht und ansprechbar ist. Infolgedessen »erhält der Patient eine gesicherte und hochprofessionelle medizinische Versorgung mit möglichst wenigen Schnittstellen zwischen den Versorgungsstufen« (Bender et al. 2013, S. 26).

2.2 Realisierung kultursensiblen Entlassmanagements

Bislang gibt es keine konkreten Forschungen zu einem kultursensiblen Entlassmanagement oder Hinweise darauf, dass eine interkulturelle Öffnung des Entlassmanagements gefördert oder gefordert wird. In der Literatur gibt es – trotz dessen das Thema der transkulturellen Kompetenz und der steigenden Anzahl an pflegebedürftigen Migranten/innen präsent ist – ebenso wenig spezifische Diskussionen zu Optionen, Herausforderungen oder Vorschläge zur Umsetzung eines Entlassmanagements mit dem Fokus auf Menschen mit Migrationshintergrund. Abgesehen davon lassen sich ausschließlich allgemeine Explikationen zum Umgang mit Patienten/innen mit Migrationshintergrund finden. Vereinzelt wird jedoch darauf hingewiesen, dass in Abhängigkeit der kulturellen Bedingungen, Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit sowie über die Pflege durch Angehörige, unterschiedlich sein können und des Weiteren Sprachbarrieren möglich sind, weswegen der Einsatz von Dolmetscher/innen oder entsprechenden Abbildungen sinnvoll sei (vgl. Dignal 2018). In der Pflegeberatung findet jedoch schon eine interkulturelle Öffnung bzw. die Fokussierung auf Menschen mit Migrationshintergrund statt und entsprechende Projekte, wie das Projekt OPEN in Frankfurt a. M., Mainz und Wiesbaden wurden hierzu initiiert, um die Pflegeberatung in den Beratungsstellen, wie etwa dem Pflegestützpunkt, beim Prozess der interkulturellen Öffnung wirksam zu unterstützen. Jedoch fehlen bislang Studien, die explizit die Bedarfe, Bedürfnisse und Erwartungen auf Seiten der Gesundheitsversorgung sowie der Patienten/innen im Entlassmanagement untersuchen.

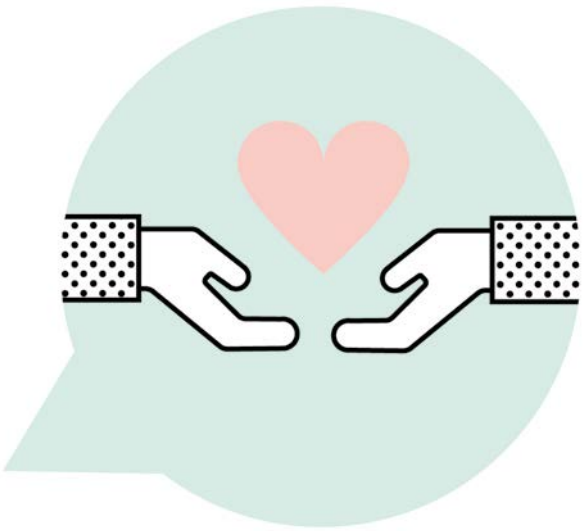
»Ich könnt mir vorstellen, dass viele [Patienten/innen] unfair behandelt werden aufgrund ihrer sprachlichen Hürden, da sie sich halt nicht verständigen können und man muss ihnen auch Recht geben, weil sie verstehen nicht, was das Problem ist. Und deswegen (…) könnte ich mir vorstellen, dass halt die Leistung fehlt.«
(A. 2017 / Ehrenamtliche/r)

3
Ehrenamtliches Engagement im Bereich Pflege

3.1 Ehrenamtliches Engagement von Migranten/innen in Deutschland

Für das Projekt »Gesund und Bunt« sind die Ehrenamtlichen der zentrale Bestandteil für die Förderung eines kultursensiblen Entlassmanagements. Auch in der Gesellschaft wären Organisationen oder Initiativen ohne ehrenamtliches Engagement nicht umsetzbar. Aufgrund der Relevanz des Ehrenamts untersucht der Freiwilligensurvey in regelmäßigen Abständen das Potential sowie das tatsächliche ehrenamtliche Engagement in Deutschland. Nach der aktuellen publizierten Umfrage (Simonson et al. 2017) sind Menschen mit Migrationshintergrund zu 31,5 % ehrenamtlich tätig. Von diesen sind insbesondere diejenigen Migranten/innen mit deutscher Staatsbürgerschaft ehrenamtlich aktiv. Deutlich weniger engagieren sich ältere Migranten/innen ehrenamtlich, was Simonson et al. (2017) auf fehlende Kenntnisse über ehrenamtliche Strukturen, die Migrationserfahrungen sowie auf Sozialisationserfahrungen zurückführen, die teilweise mit Integrationsschwierigkeiten verbunden sind (vgl. Vogel, Simonson et al. 2017, S. 615f.). Im Vergleich hierzu sind Menschen ohne Migrationshintergrund zu 46,8 % ehrenamtlich engagiert. Bezüglich der Indikatoren Alter, Geschlecht und Bildung sind teilweise größere Unterschiede festzustellen. Der geringste Anteil an ehrenamtlich Tätigen lässt sich bei den Älteren mit 65 Jahren und mehr finden, wobei der höchste Anteil unter den Jüngeren zwischen 14 und 49 Jahren ist. Daneben sind diejenigen mit höherer Bildung deutlich engagierter als Menschen mit niedriger Bildung. Gleichzeitig ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern bei Engagierten mit Migrationshintergrund sehr gering (vgl. ebd., S. 617). Bemerkenswert ist laut dem Freiwilligensurvey (2017), dass 54 % der nicht Aktiven mit Migrationshintergrund Interesse hätten sich ehrenamtlich zu engagieren, wobei sich davon gut 26 % vorstellen könnten im Gesundheitsbereich ehrenamtlich tätig zu werden. Mögliche Ursachen für ein bisheriges Nicht-Engagement können fehlendes Wissen um die Strukturen des ehrenamtlichen Engagements sowie um Kontaktmöglichkeiten zu Initiativen und Vereinen oder individuelle zeitliche oder soziale Ressourcen sein. Daneben engagieren sich Menschen mit Migrationshintergrund eher informell oder in Migrantenselbstorganisationen (MSO) und weniger in den traditionellen Engagementstrukturen, wobei hier häufig das »Migrant/in Sein« Inhalt des Engagements ist (vgl. Halm und Sauer 2007, 119ff.; Huth 2012, 1 f.; Vogel, Simonson et al. 2017, S. 601). MSOs sind bspw. Vereine oder lockere Zusammenschlüsse von Menschen mit Migrationshintergrund, um die Potentiale und Ressourcen der Mitglieder zu nutzen sowie diese zu fördern, und daneben die Möglichkeit bieten, dort soziale Kontakte zu schließen und auf kulturelle als auch religiöse Bedarfe zu reagieren (vgl. Aşkın 2014, S. 59). In Bezug auf die unterschiedlichen Engagementbereiche sind sowohl

54 % der nicht aktiven Personen haben daran Interesse sich ehrenamtlich zu engagieren und davon 26 % im Bereich Gesundheit



bei Menschen mit als auch ohne Migrationshintergrund in den fünf gleichen Bereichen besonders aktiv, wobei die Reihenfolge differiert. Beide Bevölkerungsgruppen engagieren sich am häufigsten im Bereich Sport und Bewegung. Bei Engagierten mit Migrationshintergrund folgen die Bereiche Schule bzw. Kindergarten, Religion, Kultur und Musik sowie der soziale Bereich. Ehrenamtliche ohne Migrationshintergrund wiederum engagieren sich nach dem Sportbereich insbesondere im Bereich Kultur und Musik, Schule bzw. Kindergarten, dem sozialen Bereich und im Bereich Religion. Es lässt sich an dieser Stelle folglich festhalten, dass Religion sowie das Engagement für Kinder bei Menschen mit Migrationshintergrund vergleichsweise mehr im Fokus stehen. (vgl. Halm und Sauer 2007, S. 65 f.; Vogel, Simonson et al. 2017, S. 619). Der Gesundheitsbereich ist im Verhältnis dazu sowohl bei Menschen mit, als auch ohne Migrationshintergrund unterrepräsentiert (vgl. Halm und Sauer 2007, S. 65 f.; Simonson et al. 2017, S. 619 f.).

3.2 Motive von Ehrenamtlichen

Der Anstoß für ein ehrenamtliches Engagement ist zumeist entweder die Eigeninitiative oder die Ansprache durch das soziale Umfeld bzw. die Organisation oder den Verein selbst. Außerhalb des direkten Umfelds, also bspw. durch Informationsstellen oder die Medien sind vergleichsweise wenige Menschen ehrenamtlich aktiv geworden. Mit den unterschiedlichen Anstößen wirkt die Vielzahl an diversen Motiven der ehrenamtlich Engagierten zusammen. Hier zeigt sich auch der dynamische Charakter des Ehrenamts. Für die einzelnen Ehrenamtlichen sind je nach Alter, Bildungsgrad oder Geschlecht und damit einbezogen je nach verschiedenen Lebensphasen und Ressourcen situativ andere Interessensschwerpunkte entscheidend für ein ehrenamtliches Engagement. Huth (2013) unterscheidet zwischen drei größeren Gruppierungen an Motiven, die wiederum unterschiedlich stark ausdifferenziert werden können: das gesellige, das gesellschaftliche und das individuell-interessensbezogene Motiv (vgl. Huth. 2013, S. 50). In der Untersuchung zeigt sich, dass türkeistämmige Engagierte insbesondere aus gesellschaftlichen und geselligen Motiven aktiv sind sowie aufgrund des Erwerbs von Qualifikationen. Die Ehrenamtlichen geben hierzu an, dass sie aus altruistischen und gemeinwohlorientierten Motiven heraus ein Ehrenamt ergriffen haben – die höchste Bedeutung in der Befragung für das Motiv der Tätigkeit ist es anderen zu helfen. Gleichzeitig stellen sie integrative Erwartungen sowie den Anspruch gesellschaftlicher Gestaltungsmöglichkeiten an das Ehrenamt und erhoffen sich im Helfen und Unterstützen eine Verbesserung der Lebenssituation der Betroffenen aus dem gleichen Herkunfts-

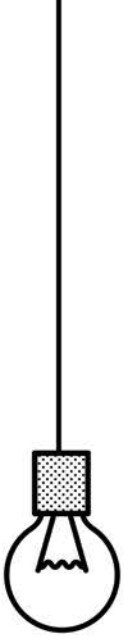
Helfen, Gemeinwohlorientierung, Verbesserung der Lebenssituation, Spaß und Unterstützung zur Integration der Menschen der eigenen Herkunftsregion sind die fünf häufigst genannten Motive

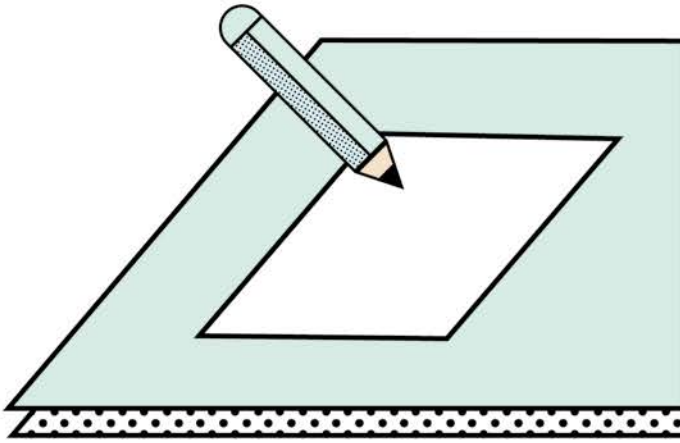
land. Auf der anderen Seite möchten die Ehrenamtlichen jedoch auch ihre eigenen Interessen mit diesem Ehrenamt vertreten sowie die Möglichkeit haben Entscheidungen zu treffen und eigene Kenntnisse und Erfahrungen zu erweitern. Neben dem Bündel an Motiven stellen Halm und Sauer (2007) des Weiteren die Dynamik der Motive in Abhängigkeit vom Alter fest: ist für die Gruppe der bis 24-Jährigen die soziale Anerkennung und der berufliche Nutzen von Bedeutung, hat für die Gruppe der 35–54-Jährigen insbesondere die Integration, die Verbesserung der Lebenssituation der Türkeistämmigen sowie das Gemeinwohl einen hohen Stellenwert. Ebenso der Spaß spielt bei den 45–54-Jährigen eine gewichtige Rolle. Für die 55–64-Jährigen wiederum, die zumeist selbst zugewandert sind bzw. die zweite Generation darstellen, ist die Erhaltung der türkischen Kultur wichtiger als das Helfen am Anderen. Diese Gruppe der Ehrenamtlichen ist zudem aus Motiven des Gemeinwohls, der Eigenverantwortung und der sozialen Anerkennung engagiert (vgl. Halm und Sauer 2007, S. 105 ff.).

Mit den Motiven Ehrenamtlicher im Bereich Pflege haben sich Fringer et al. (2010) in einer Studie beschäftigt. Auch hier wird die Pluralisierung und Varianz an Motiven deutlich, jedoch sind diese vom Merkmal der Wechselbezüglichkeit geprägt. Infolgedessen sind die Ehrenamtlichen motiviert anderen in Not zu helfen, in der Hoffnung eine ähnliche Unterstützung zu erhalten, wenn sie sich einmal selbst in dergleichen Situation befinden sollten. Zusätzlich wird ersichtlich, dass Ehrenamtliche teilweise bereits subjektive Erfahrungen in der Pflege vorweisen konnten oder im Bereich der Gesundheitsversorgung beruflich tätig gewesen sind, was sicherlich wiederum zur ehrenamtlichen Tätigkeit motivierte (vgl. Fringer et al. 2010, S. 174). Ausschlaggebende Faktoren für die geringe Anzahl des ehrenamtlichen Engagements im Gesundheitsbereich können einerseits die Qualifikationsanforderungen sein, die zeitliche und kognitive Ressourcen beanspruchen, andererseits sind die Themen Krankheit, Pflege und Tod sicherlich Themenfelder, mit denen eine Auseinandersetzung und Konfrontation häufig schwer fallen kann. Im Hinblick auf Migranten/innen ist hier auch die Tabuisierung und Scham im Hinblick auf diese Thematiken zu nennen, die möglicherweise für ein Engagement in diesem Bereich hinderlich sind.

»Ich mache das in erster Linie für mich. Deswegen erwarte ich nichts. Kein Dank, kein Geld //ähm// sondern ich habe die Zeit, wo für mich früher Luxus war mit Kinder, des ist es nicht mehr. Also ich setze jetzt meine Zeit für sinnvolle Sachen ein und fühl mich gut dabei, das ist für mich wichtig.« (M. 2017 / Ehrenamtliche/r)

4 Entwicklung des Konzeptes von »Gesund und Bunt«





4.1 Überlegungen und Grundideen zu Projektbeginn

Zu Beginn dieser Projektdokumentation wurde bereits auf die Situation von pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund hingewiesen, bei denen teilweise Barrieren sowohl auf Seiten der Patienten/innen als auch bei den Institutionen und Angeboten der Gesundheitsversorgung bestehen, die wiederum zu Versorgungsbrüchen im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Umgebung führen können. Das Projekt »Gesund und Bunt« setzte an dieser Schnittstelle der Entlassung an und richtete sich an ältere türkeistämmige Patienten/innen, vorwiegend mit poststationärem Versorgungsbedarf, also Menschen, die entweder selbst in der Türkei geboren sind oder von denen mindestens ein Elternteil mit türkischer Staatsangehörigkeit geboren ist.

Ziel von »Gesund und Bunt« war die Weiterentwicklung einer kultursensiblen Pflegeüberleitung aus dem Krankenhaus in die häusliche Pflege. Professionelle Beratungs- und Betreuungsangebote sollten durch das ehrenamtliches Engagement von sog. ehrenamtlichen Lotsen/innen (gönüllü yardımcılar) ergänzt werden, um den Bedürfnissen und Bedarfen sowie Ressourcen, Erfahrungen und Kenntnissen von älteren türkeistämmigen Patienten/innen und deren Angehörigen mehr Beachtung zu schenken. Daneben war auch vorgesehen, die Ehrenamtlichen als interkulturelle Vermittler bei Missverständnissen mit dem Klinikpersonal und bei sprachlichen Verständigungsschwierigkeit unterstützend einzusetzen.

Projektträger des auf zwei Jahre angelegten Projektes (01. 12. 2015–31. 03. 2018) war die Werkstatt PARITÄT gemeinnützige GmbH in Kooperation mit dem PARITÄTISCHEN Baden-Württemberg, dem Robert-Bosch-Krankenhaus (RBK) Stuttgart, dem Deutsch-Türkischen Forum Stuttgart (DTF) und der alevi.die Stiftung. Die beiden letztgenannten Kooperationspartner sind Migrantenselbstorganisationen (MSO). Gefördert wurde das Projekt durch das Ministerium für Soziales und Integration aus Mitteln des Landes Baden-Württemberg. Mithilfe dieser Fördermittel konnte u. a. den Ehrenamtlichen eine Aufwandsentschädigung für entstandene Fahrtkosten sowie als Anerkennung für ihre Tätigkeit als ehrenamtlichen Lotsen/innen (gönüllü yardımcılar) gezahlt werden.

4.2 Ehrenamtliche als Schlüsselpersonen im Projekt

4.2.1 Gewinnung der Ehrenamtlichen

Die Gewinnung der Ehrenamtlichen erfolgte über sehr vielfältige Kanäle. Für das Projekt war es notwendig Ehrenamtliche zu finden, die sowohl die deutsche als auch die türkische Sprache gut beherrschen und die »in beiden Kulturen zuhause sind«. Daher wurde der Zugang zu den Ehrenamtlichen klassisch über die beteiligten MSOs gesucht. Sie machten bei ihren Mitgliedern und Netzwerken Werbung für das Projekt und warben für eine Teilnahme. Außerdem wurden weitere Medien gesucht, die in der türkischsprachigen Community bekannt sind. Hier bot der türkischsprachige Radiosender Radio Metropol FM eine gute Möglichkeit viele Personen zu erreichen. Durch ein Radiointerview mit einer der Projektmitarbeiterinnen konnte auf das Projekt aufmerksam gemacht werden. Darüber hinaus wurden Ehrenamtliche auch über ganz andere Wege gewonnen, wie z. B. über Berichte in kostenlosen Zeitungen (z. B. im Stuttgarter Wochenblatt) oder über eine Anzeige in der Freiwilligenbörse der Stadt Stuttgart.

Akquise der Ehrenamtlichen über viele verschiedene Wege

So setzte sich dann auch die Gruppe an Ehrenamtlichen recht bunt zusammen: Es meldeten sich ein paar jüngere Personen – noch im Studium oder in Ausbildung – Berufstätige sowie ältere bzw. nicht (mehr) berufstätige Personen. Insgesamt waren zunächst 14, schlussendlich neun Ehrenamtliche im Projekt »Gesund und Bunt« tätig, davon vier Frauen und fünf Männer im Alter zwischen 19 und 58 Jahren.

4.2.2 Qualifizierung durch Schulungen

Noch während der Zeit der Gewinnung der Ehrenamtlichen entwickelten die Projektmitarbeiterinnen in Absprache mit dem Leiter der Patientenkoordination und Experten aus dem Bereich ältere Menschen und Pflege des PARITÄTISCHEN ein Schulungsprogramm zur Qualifzierung für die verantwortungsvolle und herausfordernde Arbeit als Ehrenamtliche/r in diesem Projekt. Folgende Inhalte und Schwerpunkte wurden in der Schulungsreihe thematisiert:

- Sensibilisierung zum Thema Kultur und transkultureller Kompetenz
- Kommunikation
- Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung
- Ambulante / häusliche Pflege
- Umgang mit belastenden Situationen (Seelsorge, Hospiz-/Palliativarbeit)
- Beratungs- und Unterstützungsangebote für Pflegebedürftige und Angehörige (in Stuttgart)
- Einblicke in die Praxis durch Besuche des Pflegestützpunktes und des Robert-Bosch-Krankenhauses

Insgesamt erfolgte die Schulung zweier Kohorten. Die erste Schulungsreihe wurde über einen längeren Zeitraum von sechs Monaten an Abendterminen und die zweite Schulungsreihe ganztägig an Wochenendterminen durchgeführt. Die Exkursionen zum Pflegestützpunkt und zum RBK fanden bei beiden Durchgängen an zusätzlichen Nachmittagsterminen statt. Große Teile der Schulung wurden von den Projektmitarbeiterinnen selbst inhaltlich aufbereitet und durchgeführt, wie z. B. der Themenkomplex Kultur / transkulturelle Kompetenz und Kommunikation. Für andere Themen wurden Experten/innen eingeladen, z. B. für die Themen Seelsorge, ambulante Pflege, Pflegeversicherung und Hospiz-/Palliativarbeit. Essentiell dabei war, die Schulung

Anhand von Fallbeispielen und im Austausch mit Experten/innen Auseinandersetzung mit Thematik

immer so praxisnah wie möglich zu gestalten und den Ehrenamtlichen »Werkzeug« an die Hand zu geben, um ihre zukünftige Tätigkeit gut ausführen zu können. So wurden immer Praxis- bzw. Fallbeispiele und auch die Erfahrungen der Ehrenamtlichen einbezogen.

Einen weiteren relevanter Bestandteil der Schulungen waren die Gespräche über die Aufgaben und die Rolle der Ehrenamtlichen am RBK sowie über die Organisation des Einsatzes. Diese Gespräche wurden auch über die Schulungen hinaus kontinuierlich prozessbegleitend geführt, da diese Form der Unterstützung im Entlassmanagement bislang noch nicht erprobt worden war und dadurch auf keine Erfahrungswerte zurückgegriffen werden konnte. Aufgabe und Ziel war es daher auch, die Ehrenamtlichen in die Konzeptentwicklung einzubinden und ihre Vorstellungen und Erwartungen aufzugreifen.

4.2.3 Einsatz der Ehrenamtlichen im Krankenhaus

Schließlich bestand ein großer Teil des Projektes darin, gemeinsam mit den Ehrenamtlichen sowie mit den betreffenden Mitarbeitenden des Krankenhauses den Einsatz der Ehrenamtlichen so zu gestalten, dass er sich gut in die Alltagspraxis der Mitarbeitenden integrieren und von den Ehrenamtlichen zeitlich umsetzen lies. Eine Reflexion über und damit verbunden eine eventuelle Weiterentwicklung und Anpassung des Einsatzes erfolgte fortlaufend bis zum Ende des Projektes.

Partizipation aller beteiligten Akteure bei der Konzipierung der Einsätze

Wie bereits erwähnt, wurde in der Schulung der Ehrenamtlichen über ihre Aufgaben und Rolle sowie über die Organisation des Einsatzes gesprochen, um ihre Ideen, Vorstellungen und Erwartungen aufzunehmen sowie im nächsten Schritt in der Konzipierung des Einsatzes umzusetzen. Der Einsatz der Ehrenamtlichen beinhaltete die Aufgabe den Entlassungsprozess bei (älteren) türkeistämmigen Patienten/innen zu unterstützen, indem die Ehrenamtlichen die Perspektive und Bedarfe der Familie aufnahmen und an die Mitarbeitenden der Patientenkoordination transportierten. Daneben gaben sie offene Fragen und Informationen seitens der Mitarbeitenden an die Patienten/innen weiter, um so eventuelle sprachliche und kulturelle Missverständnisse und Barrieren abzubauen sowie, um zu einem erfolgreichen Übergang in die poststationäre Häuslichkeit beizutragen.

Präsenz und feste Strukturen für einen funktionierenden Einsatz wichtig

Infolgedessen verständigte man sich zu Beginn darauf feste Strukturen zu etablieren. Demnach wurde ein Dienstplan mit regelmäßigen Einsatzterminen für jede/n Ehrenamtliche/n und Reflexionstreffen erstellt. Außerdem wurde der genaue Ablauf der Einsätze geplant. Das erste Konzept sah zunächst eine Rufbereitschaft der Ehrenamtlichen durch E-Mail- und Telefonkontakt mit der Patientenkoordination vor. Da sich dies als wenig praktikabel erwies, wurden die Verbesserungsvorschläge und Gedanken der einzelnen Akteure in einem zweiten Konzept weiterentwickelt.

> ***»Ich denk halt, ich gehe in den Raum und stell dem Fragen und bekomme Antworten und wenn sie was nicht verstehen, helfe ich denen dabei. Wenn sie ein Problem haben, versuche ich es zu lösen und versuche halt für sie da zu sein einfach. Eine Ansprechperson.« (A. 2017 / Ehrenamtliche/r)***

Ständiger Austausch zwischen Beteiligten im Krankenhaus von hoher Relevanz

In der Weiterentwicklung zeigte sich, dass die Präsenz der Ehrenamtlichen am Krankenhaus für einen funktionierenden strukturellen Rahmen essenziell war. Auch in der Weiterentwicklung hatte der Dienstplan und eine feste Struktur des Ablaufs der Einsätze weiterhin bestand. So kamen die Ehrenamtlichen nach einem vereinbarten Telefonat mit der Patientenkoordination direkt ans RBK und holten sich selbständig die entsprechenden Informationen in den Räumen der Patientenkoordination ab. Im Anschluss erfolgte schließlich das Gespräch mit den Patienten/innen und / oder Angehörigen. Hierbei diente ein von den Projektmitarbeiterinnen und Patientenkoordinatoren/innen entworfener Fragebogen als Grundlage und Orientierung für die Gespräche. Entsprechend konnten weitere relevante Fragen für die Patientenkoordination hier ebenso vermerkt werden. Im Anschluss an die Gespräche erfolgte die Rücksprache zwischen dem/r Ehrenamtlichen und dem/r zuständigen Patientenkoordinator/in.

Die Weiterentwicklung wurde sowohl von den Mitarbeitenden der Patientenkoordination als auch den Ehrenamtlichen für sinnvoll befunden, da dadurch das Angebot des Projektes »Gesund und Bunt« stets präsent am Krankenhaus war und Kommunikation und Einsätze besser erfolgen konnten. Weitere Ergebnisse zum Einsatz der Ehrenamtlichen werden unter dem 5. Kapitel aufgegriffen. Aufgrund der Erfahrungen im Projekt empfiehlt es sich Reflexionstreffen als obligatorischen Bestandteil eines solchen Projektes zu etablieren, jedoch stets unter der Berücksichtigung der zeitlichen Ressourcen der Ehrenamtlichen.

Reflexionstreffen bedeutsam für Austausch, Reflexion und Weiterentwicklung

4.3 Realisierung der Schulung der Mitarbeitenden der Patientenkoordination

Ein weiterer Bestandteil des Projektes war das zweitätige Seminar für die Patientenkoordinatoren/innen zum Thema transkultureller Kompetenz. Die Schulung wurde von zwei Referenten/innen des Instituts für Migration, Kultur & Gesundheit (AMIKO) im Auftrag des Projektes durchgeführt.

Ziel dieser Fortbildung war die Reflexion des eigenen Umgangs und der Interaktion mit Patienten/innen mit Migrationshintergrund sowie die Erweiterung der eigenen Handlungskompetenz. Das Konzept der transkulturellen Kompetenz geht auf Domenig (2007) zurück, die den Fokus der transkulturellen Kompetenz in der Interaktionsfähigkeit der Pflegenden mit den Patienten/innen sieht. Nicht stereotypisierende und kulturalisierende Vorstellungen über Patienten/innen und eine möglicherweise daraus folgende distanzierte Haltung und Reduktion der Behandlung lassen ihrer Meinung nach den Umgang mit Patienten/innen mit Migrationshintergrund gelingen. Stattdessen soll versucht werden die individuelle Lebenswelt der Patienten/innen zu erfassen und zu verstehen und daraus entsprechend die Handlung abzuleiten. Dabei sind die Kompetenzen Selbstreflexivität, Empathie und Hintergrundwissen nötig, um adäquat und bedarfsgerecht auf die Bedürfnisse der Patienten/innen mit Migrationshintergrund reagieren und eingehen zu können (vgl. Domenig 2007, S. 172 ff.).

Selbstreflexion, Empathie und Hintergrundwissen für transkulturelle Kompetenz

Aufgrund des Seminars gaben die Patientenkoordinatoren/innen im Anschluss an, mehr Sicherheit im Umgang mit Patienten/innen mit Migrationshintergrund gewonnen zu haben sowie selbst kultursensibler geworden zu sein, da sie u. a. zur Reflexion animiert worden waren und an Fallbeispielen Handlungskompetenzen diskutieren konnten.

4.4 Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit stellte einen wichtigen Baustein innerhalb des Projektes dar: zum einen für die Gewinnung von Ehrenamtlichen, zum anderen, um die vielen Angebote für Pflegebedürftige und deren Angehörige kennenzulernen und auf die Situation von älteren Migranten/innen aufmerksam zu machen.

Gerade beim Thema Pflege zeigte sich, wie wichtig es ist, dass sowohl die Patienten/innen als auch die Angehörigen gut informiert sind, um im Bedarfsfall handlungsfähig zu sein und die bestmögliche Lösung für alle zu finden. Eine gute Beratung ist dabei essentiell. Um den Zugang zu dieser für ältere türkeistämmige Menschen und ihre Familien zu öffnen, war es wichtig, mit möglichst vielen Akteure/innen aus dem Bereich Pflege ins Gespräch zu kommen sowie auch die Informationen in die Community zu tragen.

Vernetzung ist essentiell zur Verbreitung und Thematisierung des Projektes

Durch den Schnittpunkt Pflege und Migration hatte die Netzwerkarbeit verschiedene Ebenen:

- Kennenlernen von bestehenden Unterstützungs-/Beratungsangeboten und Strukturen, um diese den Ehrenamtlichen näher zu bringen, darunter auch bereits vorhandene kultursensible Angebote, wie interkulturelle Pflegedienste. Dies erfolgte v. a. über die für die Ehrenamtlichen durchgeführte Qualifizierung
- Teilnahme an Gremien, Fachtagungen,Veranstaltungen, etc., um auf das Projekt und im Besonderen auf die Situation von älteren türkeistämmigen Migrant/innen aufmerksam zu machen.

Durch die Teilnahme an eben Genanntem hatten die Projektmitarbeiterinnen stets die Möglichkeit mit weiteren Akteuren in Kontakt zu treten sowie im weiteren Verlauf in unterschied-

lichen Gremien oder Veranstaltungen, wie etwa in der AG Leben im Alter oder bei der Landesgesundheitskonferenz, das Projekt zu präsentieren. Wichtige Partner, Anlaufstellen und Gremien waren in diesem Zusammenhang: der Pflegestützpunkt Stuttgart, die Nachbarschaftsbrücke, die Servicestelle Leben im Alter, İkra Pflegedienst, Ehrenamtliche aus der Seelsorge, das Hospiz Stuttgart, das Forum der Kulturen (Projekttage Stuttgarter Migrantenvereine, Workshop House of Ressources), Runder Tisch Migration / ältere Menschen sowie der AK Migration und Gesundheit.

Die Ehrenamtlichen selbst bildeten wiederum eine wichtige Brücke in ihre Communities. So konnte das Projekt und das Thema Pflege bspw. bei einem monatlichen Brunch Türkeistämmiger in Stuttgart oder dem Elterntreff Türkeistämmiger vorgestellt werden.

Außerdem konnten einige Artikel über das Projekt durch die Projekt- und Netzwerkpartner publiziert werden. Artikel bzw. Berichte wurden in den verschiedensten Medien veröffentlicht: z. B. in der verbandseigenen Zeitschrift des PARITÄTISCHEN Landesverbandes (PARITÄT Inform), in der Zeitschrift des DTF (wirbiz), im Mitarbeitermagazin des RBK (RBK Dialog), im Newsletter des Gesundheitsamtes Stuttgart (Newsletter Stuttgarter Gesundheitskonferenz) sowie im Stuttgarter Amtsblatt und in der Stuttgarter Zeitung.

Eine weitere wichtige Zusammenarbeit entstand im Laufe des Projektes mit der Dualen Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart (DHBW Stuttgart). Studierende des Studiengangs Angewandte Gesundheitswissenschaften führten vor Beginn des Einsatzes der Ehrenamtlichen eine qualitative Erhebung unter den Patientenkoordinatoren/innen durch, um herauszufinden wie sich die Situation der Entlassung von türkeistämmigen Patienten/innen zu diesem Zeitpunkt darstellte und welche Erwartungen sie selbst an das Projekt und den Einsatz der Ehrenamtlichen hatten. Die Studierenden hatten somit die Möglichkeit in einem konkreten Projekt ihre Seminararbeit zu schreiben. Für das Projekt eröffneten sich durch die externe Befragung Einblicke in die Sicht der Mitarbeitenden im Krankenhaus, die sonst nicht so möglich gewesen wären. Der Ablauf, Inhalte und Ergebnisse dieser Erhebung werden unter dem 5. Kapitel dargestellt. Erfreulicherweise zeigte sich hier ein großes Interesse seitens der DHBW, namentlich von Prof. Dr. med. Ebinger, Studiengangsleitung »Angewandte Gesundheitswissenschaften für Pflege und Geburtshilfe«, und seitens der Studierenden, sodass das Projekt und die Ergebnisse schließlich auf dem Public Health Symposium der DHBW Stuttgart vorgestellt und in das Tagungsband zum Symposium aufgenommen werden konnten.

»Gut, ich mein zum einen ist es sicherlich gut über kulturell bedingte Hindernisse Bescheid zu wissen. Was macht es denen aus diesem Kulturkreis schwer eine Versorgung oder Unterstützung anzunehmen. Wie kann man es organisieren, dass es für die annehmbar ist. Das wird ja die Frage sein und welche Hindernisse gibt es da.« (B. 2017 / Patientenkoordination)

5
Wissenschaftliche Begleitforschung

Das Projekt »Gesund und Bunt« wurde während der Projektlaufzeit mehrfach durch wissenschaftliche Begleitung sowie intern durch die Projektmitarbeiterinnen ausgewertet und reflektiert. Zum einen konnte die DHBW Stuttgart für die wissenschaftliche Erhebung mittels qualitativer Interviews unter den Patientenkoordinatoren/innen gewonnen werden. Ebenso wurden einige Ehrenamtliche durch eine der Projektmitarbeiterinnen im Zuge ihrer Masterarbeit interviewt. Hieraus sowie aus der Arbeit der Studierenden der DHBW wurden auch die in der Projektdokumentation aufgeführten Zitate entnommen. Zum anderen werteten die Projektmitarbeiterinnen regelmäßig die Schulungen und begleitenden Treffen mit den Ehrenamtlichen zur kontinuierlichen Weiterentwicklung aus. Aufgrund der Konzeption der Einsätze wurden außerdem die Fragebögen, die den Gesprächen mit den Patienten/innen und ihren Angehörigen als Orientierung dienten, ausgewertet.

Interviewt wurden insgesamt sieben Patientenkoordinatoren/innen und acht Ehrenamtliche. Bei der internen Erhebung mittels Fragebögen wurden aufgrund der Fluktuation der Ehrenamtlichen im Schnitt sechs Ehrenamtliche um ihre reflektierende Meinung gebeten sowie insgesamt 36 Fragebögen der Einsätze ausgewertet.

Erwartungen und Motivation zu Beginn des Projektes

Zu Beginn des Projektes stellten die Patientenkoordinatoren/innen in den Interviews die Situation um die Patienten/innen mit Migrationshintergrund dar und zeigten dabei ein Bild, in dem bei türkeistämmigen Patienten/innen häufig die Sprachbarriere eine sehr große Herausforderung darstellt, aufgrund dieser dann nicht die Informationsverarbeitung durch die Patienten/innen sichergestellt werden kann. Des Weiteren merkten sie an, dass diese Patienten/innen teilweise Wissensdefizite rund um das System der Gesundheitsversorgung und Pflege haben, jedoch gleichzeitig eher distanziert und mit Scham behaftet sind, wodurch es schwer fällt Hilfe »von außen« anzunehmen. Auf der anderen Seite stellen sie in einigen Fällen hohe Ansprüche an die Arbeit der Patientenkoordination. Aus diesem Grund war es sicherlich hilfreich die Schulung zu transkultureller Kompetenz der Patientenkoordination durchzuführen, um den Mitarbeitenden mehr Sicherheit und Wissen im Umgang mit diesen Herausforderungen zu ermöglichen (vgl. Baumgartner et al. 2017, S. 10; Dorn et al. 2017, S. 10 ff.).

Wunsch nach einem verbesserten Zugang und einer Verbesserung der Versorgungsqualität

Im Hinblick auf das Projekt erhofften sich die Patientenkoordinatoren/innen vor Einsatzbeginn einerseits einen besseren Zugang zu den Patienten/innen und auf der anderen Seite eine

verbesserte und bedürfnisorientierte Unterstützung der Angehörigen und der Patienten/innen im Entlassprozess sowie eine Verbesserung der Versorgungsqualität (vgl. Baumgartner et al. 2017, S. 14 f.).

Die Ehrenamtlichen starteten mit unterschiedlichen Motiven in das Projekt, wobei insb. das Motiv des Helfens im Vordergrund stand. Häufig spielte hierbei auch aufgrund der Zielrichtung des Projektes dieselbe Herkunft eine große Rolle, gerade im Hinblick auf die Unterstützung in der Sprache sowie bei Verhaltensweisen oder Erwartungen, die teilweise herkunftsbedingt geprägt sind. So nannte eine Ehrenamtliche explizit ihre Vermittlerrolle als eines ihrer Motive zur Tätigkeit im Projekt »Gesund und Bunt«. Einige der Ehrenamtlichen wurden auch aufgrund eigener Pflegeerfahrungen innerhalb der Familie aktiv. Insgesamt hatten sich bereits schon gut zwei Drittel ehrenamtlich engagiert, wobei drei die Arbeit im Projekt als erstes »offizielles« Ehrenamt bezeichneten und ihr vorheriges Engagement als informelle Unterstützung werteten sowie des Weiteren erwähnten teilweise informell in der Nachbarschaftshilfe unterstützend tätig zu sein. Hervorzuheben ist außerdem die geringe Relevanz der Aufwandsentschädigung für die Ehrenamtlichen, die dies zu fast 90 % als nicht notwendigen Bonus ansahen. Hier war eher die erwartete Dankbarkeit und Freude bei den Patienten/innen ein motivierender Faktor (vgl. Dignal 2018).

Ergebnisse der Gespräche mit den Patienten/innen

Innerhalb der strukturellen Rahmenbedingungen konnten die Ehrenamtlichen recht regelmäßig Gespräche mit Patienten/innen und/oder ihren Angehörigen auf Bedarf der Patienten-

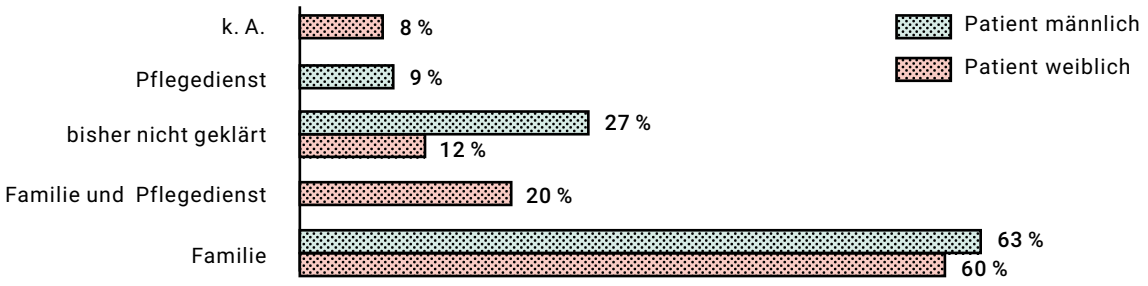
koordination hin führen. Als Grundlage des Gesprächs, neben den Anliegen und Fragen der Patientenkoordinatoren/innen, diente der bereits genannte Fragebogen, der zuvor mit den Mitarbeitenden konzipiert worden war, um wichtige Fakten zum Entlassmanagement festzuhalten und auch den Ehrenamtlichen eine gewisse Sicherheit im Gespräch zu geben. Insgesamt konnten 36 solcher Fragebögen ausgewertet werden, so dass einige relative Kennzahlen präsentiert werden können:

- Familienstruktur: von den Patienten/innen hatten 91 % eine stabile unterstützende Familienstruktur
- Versorgung im Anschluss an das Krankenhaus: im Hinblick auf die Versorgung zu Hause ergab sich häufig im Verlauf der Gespräche ein differenziertes Bild. Bei ca. 30 % schien trotz der Angabe einer stabilen Familienstruktur eine Versorgung durch die Familie eher schwierig bzw. nicht umsetzbar. Infolgedessen zeigen sich unterschiedliche Formen der Umsetzungsmöglichkeiten der häuslichen Versorgung. Verdeutlicht wird hier die Annahme, dass primär die Familie für die Pflege bzw. Versorgung zuständig ist (siehe Abb. 1).

Erwartung der häuslichen Pflege durch die Familie, was teils schwer umsetzbar ist

- Gründe für das Hinzuziehen der Ehrenamtlichen: im Hinblick auf das Ziel des Projektes wurden auch die Gründe für die Einsätze der Ehrenamtlichen ausgewertet, um für eine Weiterentwicklung bzw. Reflexion des Ansatzpunktes Aussagen treffen zu können. Hier zeigte sich deutlich aufgrund der Mehrfachnennungen, dass für die Patientenkoordinatoren/innen weitere Informationen auch aufgrund sprachlicher Hürden notwendig waren. Dies bestätigt ebenso die Eindrücke zu Beginn, dass sich der Informationsfluss zwischen den Patienten/innen und der Patientenkoordination aufgrund der genannten Herausforderungen teilweise als schwierig darstellt (siehe Abb. 2).

Abb. 1: Form der häuslichen Pflege



Anhand dieser relativen Kennzahlen bestätigt sich folglich das Bild eines Bedarfs für die Unterstützung von Patienten/innen bzw. der Patientenkoordination im Entlassmanagement. Im nachfolgenden Kapitel wird hierauf explizit hingewiesen.

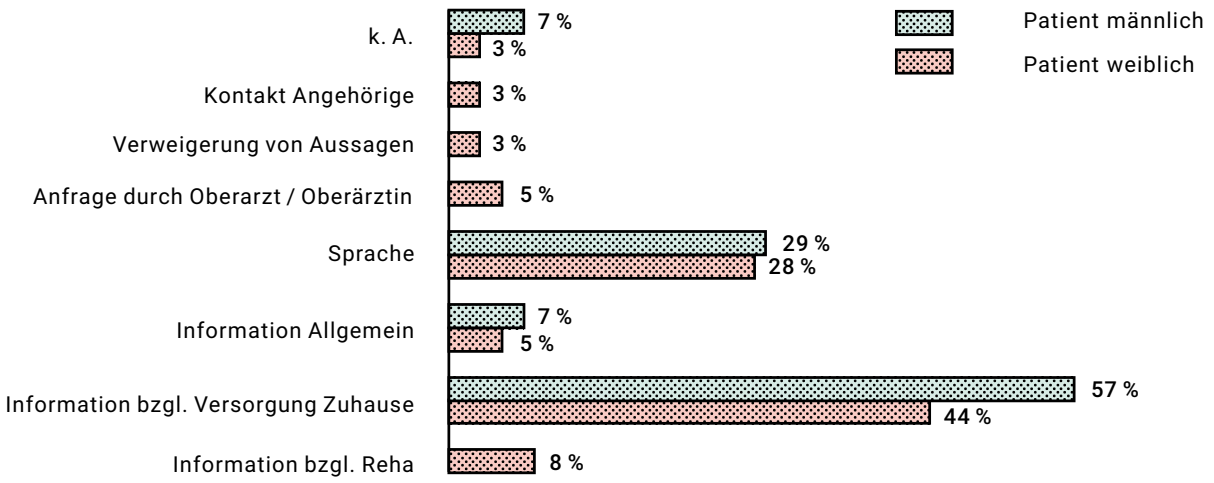
Resümee der Beteiligten zum Abschluss des Projektes

In einem Rückblick gab die Patientenkoordination an durch das Projekt mehr Sicherheit im Umgang mit den Patienten/innen und den Angehörigen sowie eine Steigerung der eigenen Kultursensibilität aufgrund des Perspektivenwechsels durch die Gespräche und Erfahrungen mit den Ehrenamtlichen gewonnen zu haben. Hier schätzten sie die Zusammenarbeit mit den Ehrenamtlichen aufgrund der Telefonate und anschließenden Gespräche zum Austausch. Gleichzeitig verdeutlichten die Patientenkoordinatoren/innen jedoch durch das Projekt noch mehr den Unterstützungsbedarf in der direkten Anschlusszeit an den Krankenhausaufenthalt zu bemerken, da aufgrund der kurzen Aufenthaltszeit und trotz der Gespräche der Ehrenamtlichen, teilweise Bemühungen um eine umfassende Organisation der nachfolgenden Versorgung erschwert waren. Dennoch konnten die Einsätze der Ehrenamtlichen teilweise die Organisation der Nachversorgung erleichtern, da sie wichtige Informationen durch den Austausch mit den Patienten erhielten (vgl. Dignal 2018).

Steigerung der Kultursensibilität und Zugewinn an Sicherheit Seitens der Patientenkoordination

Die Ehrenamtlichen bewerteten das Projekt durchgehend als positiv und einen persönlichen Zugewinn. Besonders zufriedengestellt hat alle Ehrenamtlichen, dass sie das Gefühl hatten tatsächliche Hilfe bei Sorgen und Nöten der Patienten/innen geleistet zu haben und sich dafür explizit die Zeit nehmen konnten. Dies drückten sie am Ende als

Abb. 2: Gründe für das Hinzuziehen der Ehrenamtlichen



> ***»(…) durch die Sprachbarriere versteht man oft gar nicht, ist wirklich ein Problem da, weil die sagen ja immer, da ist kein Problem, weil sie wollen ja die Hilfe (…) auch nur bedingt von jemand Fremden annehmen, der ja, sag ich mal, die kulturellen Hintergründe auch gar nicht kennt.«***
> ***(B. 2017 / Patientenkoordination)***

stetigen motivierenden Faktor aus. Des Weiteren war für alle Ehrenamtlichen der Einblick in das Krankenhaus, die Tätigkeit dort sowie der Einblick in das Thema der Gesundheitsversorgung und Pflege und der Kenntnisgewinn hierfür insb. auch durch die Schulungen zu Beginn des Projektes, die eine gewisse Sicherheit in den Gesprächen gaben, bedeutsam. Gerne wären sie noch häufiger zu Einsätzen an das RBK gekommen, um ihre Unterstützungsleistung anzubieten. Hier bestätigten sie auch die Vermutungen zu Beginn, dass insb. die Sprachbarriere und Informationsdefizite ausschlaggebende Punkte für die individuelle fehlende Organisation für die Zeit nach der Entlassung waren. Positiv bewerteten sie außerdem die Partizipation in den Entwicklungsprozess des Projektes, da sie dadurch die Möglichkeit erhalten hatten ihre Meinungen und Erfahrungen miteinfließen zu lassen. Hierzu gehörte auch der Austausch via einer WhatsApp-Gruppe, der die Organisation der Einsätze und die Kommunikation untereinander erleichterte (vgl. Dignal 2018).

Aufmerksamkeit und Hilfe leisten zu können als begleitende Motive

Rückblickend kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass die vor dem Projekt getroffene Darstellung der Herausforderungen durch die Patientenkoordination in den Einsätzen der Ehrenamtlichen bestätigt wurde. Mithilfe der Komponenten des Projektes »Gesund und Bunt« konnten die Patientenkoordinatoren/innen zwar mehr Sicherheit im Umgang mit den Patienten/innen sowie wichtige Informationen gewinnen und wurden durch den Perspektivenwechsel sensibilisiert. Jedoch scheinen diese Faktoren längerfristig nicht zu wirken, da diese punktuelle Unterstützung im Krankenhaus keinen nachhaltigen Einfluss auf die Zeit nach der Entlassung nimmt. Dies wird zudem von den Aussagen der Ehrenamtlichen unterstützt, denen zum einen große Dankbarkeit für die Zeit und die Hilfe entgegengebracht wurde. Zum anderen konnten sie jedoch in den Gesprächen feststellen, dass eine Auseinandersetzung im Krankenhaus mit der anschließenden häuslichen Versorgung nur etwa bei knapp der Hälfte der Patienten wirklich stattfand bzw. bei ca. 20 % die Organisation bereits umfassend geregelt war.

6
Abschließende Reflexion und Handlungsempfehlung

Abschließend soll nun nochmals dargestellt werden wie Projektarbeit in einem derartigen Projekt gestaltet werden sollte, zum einen hinsichtlich der Strukturen, als auch inhaltlich sowie welchen Effekt das Projekt »Gesund und Bunt« tatsächlich auf das Entlassmanagement hat. Im weiteren Schritt sollen dann Handlungsempfehlungen für die Unterstützung eines kultursensiblen Entlassmanagements folgen.

6.1 Herausforderungen und Wirkung des Projektes

Der Modellcharakter des Projektes »Gesund und Bunt« implizierte sowohl zu Beginn, als auch über die Prozessentwicklung hinweg unterschiedliche Herausforderungen, wobei gleichzeitig die Projektmitarbeiterinnen ein gewisser Grad an Freiheit in Gestaltung und Planung aufgrund der Modellhaftigkeit zur Verfügung stand. So konnte infolgedessen auf keinerlei Erfahrungswerte in der Projektarbeit im kultursensiblen Entlassmanagement Bezug genommen und entsprechende Maßnahmen ergriffen werden. Stattdessen versuchten die beteiligten Akteure aufgrund der jeweiligen Erfahrungen im Arbeitsalltag bzw. in der Projektarbeit das Projekt erfolgreich umzusetzen.

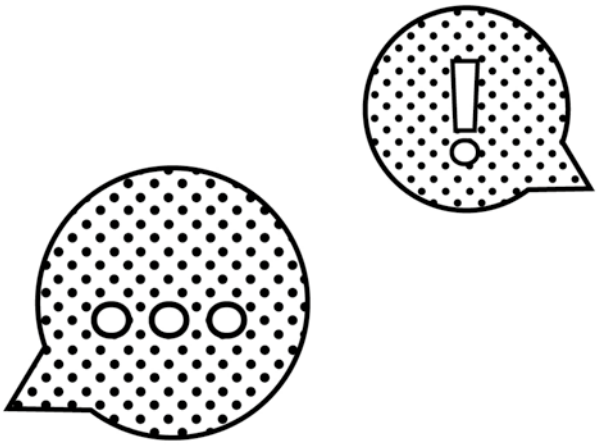
Strukturelle Herausforderungen: Verknüpfung von Ehrenamt mit hauptamtlich Beschäftigten, Qualifizierung, Partizipation aller Akteure

Auf struktureller Ebene traten Herausforderungen in der Verknüpfung der Ehrenamtsarbeit mit der alltäglichen zeitlich sehr strukturierten Arbeit der Mitarbeitenden des Krankenhauses auf und hinsichtlich der Partizipation der beteiligten Akteure. So war eine konkrete Planung der Einsatzzeiten der Ehrenamtlichen in Abstimmung mit den Ehrenamtlichen und den Mitarbeitenden der Patientenkoordination unerlässlich. Aufgrund der Arbeitstätigkeit der Ehrenamtlichen war es zunächst schwierig ein passendes Konzept zu entwickeln, dass sowohl ein sinnvolles Engagement als auch die nötige Kommunikation integrierte. Anhand des Dienstplans und dem schriftlichen (per Unterlagen und Fragebogen) sowie mündlichen (per Telefon bzw. E-Mail) Austauschs gelang es hier eine adäquate Lösung für alle Beteiligten zu finden. Außerdem verlangten die Einsätze ein gewisses Maß an Flexibilität auf beiden Seiten hinsichtlich der Einsätze und Erreichbarkeit. Im Hinblick auf die Partizipation zeigte sich zunächst die Relevanz der Zusammenarbeit mit den MSOs, die zu Beginn des Projektes Erfahrungswerte zur gesundheitlichen Versorgung von türkeistämmigen Migranten teilten und die Akquise der Ehrenamtlichen unterstützen. Auf der anderen Seite wurden auch Kapazitätsgrenzen der MSOs dahingehend sichtbar, dass aufgrund der bereits hohen ehrenamtlichen Belastung bzw. Aktivitäten in den unterschiedlichsten Tätigkeitsbereichen die Möglichkeiten der Partizipation in diesem Projekt begrenzt waren. So nahmen die MSOs in gegenseitigem Einverständnis primär eine beratende und unterstützende Funktion ein. Neben den strukturellen Herausforderungen, traten auch auf der inhaltlichen Ebene Herausforderungen

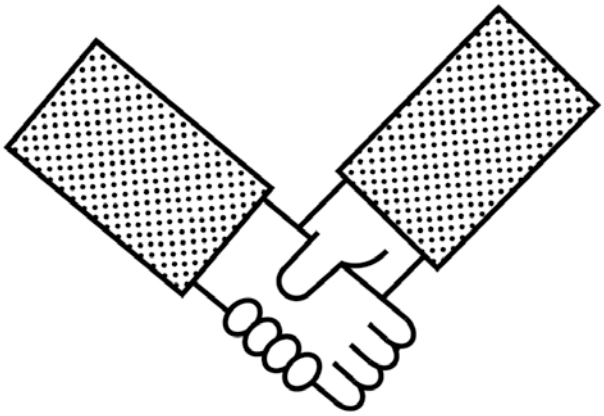
unterschiedlicher Art auf: zum einen bedurfte es der kritischen und umfassenden Auseinandersetzung der Projektmitarbeiterinnen mit dieser Thematik in der Vorbereitung der Qualifizierung und Konzipierung der Einsätze im Krankenhaus sowie andererseits einer stetigen und intensiven Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit und betroffenen Institutionen. An dieser Stelle konnte von den Projektmitarbeiterinnen festgestellt werden, dass das Wissen um die Problematiken und Barrieren nicht kausal die notwendigen Konsequenzen für den Umgang mit Patienten mit Migrationshintergrund im stationären und poststationären Sektor implizieren. Bezüglich der Qualifizierung der Ehrenamtlichen wurde außerdem deutlich, dass in diesem Bereich des ehrenamtlichen Engagements eine fundierte Schulung sowie stetige Begleitung und Weiterqualifizierung für ein erfolgreiches Engagement essentiell ist. Demgemäß konnten ausschließlich für das Entlassmanagement gewinnbringende Gespräche der Ehrenamtlichen mit den Patienten/innen stattfinden, dadurch, dass die Ehrenamtlichen entsprechend geschult und sensibilisiert waren. Jedoch wären weitere Schulungen sicherlich sinnvoll gewesen, die jedoch aufgrund der Laufzeit des Projektes nicht umsetzbar waren.

Sensibilisierung, Thematisierung und Diskurs als Wirkungsfaktoren

Sensibilisierung, Thematisierung und Diskurs sind einige der nachhaltigen Konsequenzen des Projektes »Gesund und Bunt«. Aufgrund der Aktualität und Brisanz der Thematik rund um die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund sowie die Notwendigkeit der Thematisierung, führte dies zu einer stärkeren Sensibilisierung der Mitarbeitenden des Krankenhauses (siehe Kapitel 5) und Erweiterung des Horizonts der Ehrenamtlichen sowie auch zum Diskurs bei den Studierenden der DHBW. Zusätzlich wirken nun im Sinne der Nachhaltigkeit die Ehrenamtlichen als Multiplikatoren in der türkischen Community. Des Weiteren wird auf der institutionellen Ebene vermehrt die Situation Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund im Raum Stuttgart diskutiert, berücksichtigt und Möglichkeiten der Unterstützung und des Abbaus von Zugangsbarrieren thematisiert. Kurzfristig wirkte der Einsatz der Ehrenamtlichen auf die Patienten/innen dahingehend, dass sich diese intensiv mit der Entlassung und der Situation der Pflegebedürftigkeit bzw. häuslichen Pflege auseinandersetzen mussten. Eine langfristige Wirkung auf die Situation der Patienten/innen ist bislang nicht bekannt.



6.2 Handlungsempfehlungen zur Unterstützung der Pflegeüberleitung vom Krankenhaus in die häusliche Umgebung



Aufgrund der Herausforderungen im Projektverlauf, den Erfahrungen in den Einsätzen sowie der aktuellen Situation der älteren Menschen mit Migrationshintergrund in der Gesundheitsversorgung möchten wir an dieser Stelle Handlungsoptionen für ein kultursensibles Entlassmanagement geben, in dem die Situation und Bedürfnisse der Patienten/innen berücksichtigt werden können. Rückblickend gibt es vielfältige Bedarfe und Bedürfnisse auf Seiten der Patienten/innen und Angehörigen wie auch bei den Mitarbeitenden des Krankenhauses:

- Größtenteils Pflegeerwartungen bei der häuslichen Pflege an die Angehörige seitens der Patienten/innen, jedoch teilweise vor der Entlassung kaum Auseinandersetzung mit den Konsequenzen häuslicher Pflege
- Auf Seiten der Patienten/innen häufig fehlendes Wissen um die Strukturen der deutschen Gesundheitsversorgung und sprachliche Hürden
- Nur zeitlich begrenzte, intensive Betreuung in der Entlassplanung durch die Patientenkoordination möglich
- Fehlende Ansprechpartner/innen für die Patientenkoordination im postationären Bereich für Patienten/innen mit Migrationshintergrund
- Durch die Ehrenamtlichen ausschließlich punktuelle Vermittlungsmöglichkeiten

Aufgrund dieser genannten Punkten sowie den Erfahrungen aus dem gesamten Projektverlauf, liegt unserer Einschätzung nach ein hoher Bedarf der Unterstützung in der ersten Zeit nach der Krankenhausentlassung vor, da die Konfrontation mit der Pflegesituation in der häuslichen Versorgung erst dort umfassend zum Tragen kommt. Gleichzeitig benötigen die Mitarbeitenden des Krankenhauses Anlaufstellen im poststationären Bereich, an die sie sich wenden können, wenn bestimmte Bedarfe bei den Patienten/innen auftreten. Hier reicht scheinbar die Vermittlung der Ehrenamtlichen vor Ort im Krankenhaus nicht aus. Um dies zu gewährleisten empfehlen wir einerseits eine stetige Sensibilisierung und Weiterqualifizierung von Mitarbeitenden in der Pflege im Bereich transkultureller Kompetenz, andererseits bedarf es eines Netzwerkausbaus im Raum Stuttgart im Sinne von stabilen Unterstützungsstrukturen zwischen den bestehenden Institutionen für eine Pflegeüberleitung ohne Versorgungsbrüche. Gleichzeitig ist die Berücksichtigung der Situation der pflegenden Angehörigen unerlässlich.

Bisheriges Konzept von »Gesund und Bunt« durch eine temporäre Begleitung nach der Krankenhausentlassung nachhaltig weiterentwickeln

Infolgedessen schlagen wir für eine nachhaltige Entwicklung eines kultursensiblen Entlassmanagements für Patienten/innen aller Migrantengruppen eine Begleitung und Unterstützung von Patienten/innen und ihren Angehörigen in den ersten Wochen nach der Krankenhausentlassung durch Ehrenamtliche vor, die entsprechend qualifiziert werden. Daneben sollten in Verbindung mit dem bestehenden Regelsystem Unterstützungsstrukturen für die Angehörigen geschaffen werden sowie Anlaufmöglichkeiten für diese, als auch für die Mitarbeitenden der Krankenhäuser.

Gleichwertige Partizipation sowie regelmäßiger Austausch und Reflexion sind Erfolgsfaktoren für ein gelingendes Projekt.

Im Hinblick auf die Projektarbeit ist unserer Meinung nach für eine erfolgreiche Projektdurchführung die Partizipation aller Akteure insb. bei der Konzipierung einzelner Projektbausteine von hoher Bedeutung. Dies gilt auch für die Zusammenarbeit mit den MSOs. Diese sind als gleichwertige Partner/innen anzuerkennen und in den Prozess der Projektentwicklung dementsprechend einzubeziehen. Durch den gegenseitigen Austausch, die Darstellung der eigenen Positionen und das direkte Abwägen von möglichen Herausforderungen können diese so direkt mit der Integration aller Beteiligter gelöst werden und gemeinsam an der Prozessentwicklung gearbeitet werden. Für die Qualifizierung ist es nach den bisherigen Erfahrungen notwendig durch einen regelmäßigen Austausch mit den aktiven Akteuren (Ehrenamtliche und Mitarbeitende des Krankenhauses) die stetige weitere Qualifizierung sowie die Reflexion mit den Ehrenamtlichen und auch den Mitarbeitenden im Blick zu haben. Bei der Ehrenamtsakquise lässt sich feststellen, dass es aktuell ein »verstecktes« Potential gibt, das mittels Ansprache durch möglichst viele Medien (Zeitung, Internet, Radio, direkte Ansprache) erfolgsversprechend sein kann.

Ehrenamtsakquise durch Vielzahl an Medien

Durch die Verknüpfung von Ehrenamt und den bestehenden Strukturen in der Gesundheitsversorgung könnte so eine nachhaltige Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund und ihrer Angehörigen gewährleistet werden. Gleichzeitig kann dadurch eine tiefgreifende Sensibilisierung auf beiden Seiten im Hinblick auf die Konsequenzen häuslicher Pflege gefördert werden.

»Ich finde das supertoll, dass es sowas gibt // ähm // ich find' es sollten mehr so Projekte geben. Nicht nur hier, es gibt ja nicht nur hier das Krankenhaus mit türkischstämmigen Patienten, sondern auch andere. Ja für mich ist es auch nochmal immer wieder auf's Neue eine Erfahrung // ähm // Abwechslung auch mal was anderes von meinem Alltag mal weg, raus [kurzes Auflachen].«

(E. 2017 / Ehrenamtliche/r)

Quellenverzeichnis

Alicke, T. (2013). Gesundheitliche Situation und Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Migration und Soziale Arbeit (4). S. 292–297.

Baumgartner, M., Blem, C., Höckh, A., Schmäschke, H. & Schweiner, D. (2017). Projekt »Gesund und Bunt«. Kultursensible Pflegeüberleitung vom Krankenhaus in die häusliche Umgebung für ältere türkischstämmige Menschen. Unv. Seminararbeit. DHBW Stuttgart.

Bender, T., Matzke, U. & Deimel, D. (9/2013). Vernetztes Versorgungsmanagement. Das Projekt Patientenkoordination im Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart. Bamberg: Mediengruppe Oberfranken.

Brüggemann, R., Osterbrink, J. & Benkenstein, J. (2002). Pflegeüberleitung: die Sicht der Patienten und notwendige Konsequenzen für die Organisation Krankenhaus. Pflege 15 (2). S. 79–85.

Brzoska, P. & Razum, O. (2012). Gleich gesund und gut versorgt? Zur gesundheitlichen Lage und Vesorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. MDKforum. Das Magazin der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (2). S. 5–6.

Deimel, D. (2012). Prozesshafte Umsetzung eines vernetzten Entlassmanagements. In D. Deimel & M.-L. Müller (Hrsg.). Entlassmanagement. Vernetztes Handeln durch Patientenkoordination. Stuttgart: Thieme. S. 79–87

Dignal, M. (2018). Transkulturelle Kompetenz in der Pflege. Der Einsatz von türkischstämmigen Ehrenamtlichen im pflegerischen Entlassmanagement im Projekt »Gesund und Bunt«. Unv. Masterarbeit. Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd.

Domenig, D. (2007). Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In D. Domenig, A. Altorfer & T. Zeltner (Hrsg.). Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber. S. 165–190

Dorn, S., Kreidler, S., Maurer, K., Weber, S. & Zielke, L. (2017). IST-Stand Erhebung des interkulturellen Entlassungsmanagements von türkischstämmigen Patienten im Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart im Rahmen des Projektes »Gesund und Bunt«. Unv. Seminararbeit. DHBW Stuttgart.

Fringer, A., Mayer, H. & Schnepp, W. (2010). Das Ehrenamt bei der Unterstützung von Pflegebedürftigen und ihren Familien: Profil und Motive. Pflege 23 (3). S. 173–180.

Grundböck, A., Rappauer, A., Müller, G. & Stricker, S. (2005). Ausgewählte Ergebnisse einer Evaluationsstudie über ein Wiener Modellprojekt: Entlassungsmanagement durch ambulante Pflegepersonen – Sicht der Patienten und Angehörigen. Pflege 18 (2). S. 121–127.

Halm, D. & Sauer, M. (2007). Bürgerschaftliches Engagement von Türkinnen und Türken in Deutschland. Empirische Studien zum bürgerschaftlichen Engagement. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Huth, S. (2012). Freiwilliges und bürgerschaftliches Engagement von Menschen mit Migrationshintergrund – Barrieren und Türöffner. WISO direkt. S. 1–4.

Huth, S. (2013). Vergleichende Fallstudien zum freiwilligen Engagement von Menschen mit Migrationshintergrund. Frankfurt am Main: INBAS Sozialforschung.

Knipper, M. & Bilgin, Y. (2009). Migration und Gesundheit. Sankt Augustin / Berlin: Konrad-Adenauer-Stiftung.

Kohls, M. (2012). Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Forschungsbericht 12. 1. Auflage. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

Kohls, M. (2015). Migration und Pflege – eine Einführung. Institut für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien (IMIS). Osnabrück: Universität Osnabrück.

Razum, O. & Spallek, J. (2012). Erklärungsmodelle zum Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit im Alter. In H. Baykara-Krumme, A. Motel-Klingebiel & P. Schimany (Hrsg.). Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland. Alter(n) und Gesellschaft, Bd. 22. Wiesbaden: Springer VS. S. 161–180.

Schimany, P., Rühl, S. & Kohls, M. (2012). Ältere Migrantinnen und Migranten. Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven. Forschungsbericht / Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Bd. 18. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

Schopf, C. & Naegele, G. (2005). Alter und Migration. ein Überblick. Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie 38 (6). S. 384–395.

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

Wingenfeld, K. (2011). Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Wingenfeld, K. (2014). Pflegerisches Entlassungsmanagement. In D. Schaeffer & K. Wingenfeld (Hrsg.). Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim und Basel: Juventa-Verlag. S. 683–704.

Vogel, C., Simonson, J. & Tesch-Römer, C. (2017). Freiwilliges Engagement und informelle Unterstützungsleistungen von Personen mit Migrationshintergrund. In J. Simonson, C. Vogel & C. Tesch-Römer (Hrsg.). Freiwilliges Engagement in Deutschland. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. S. 601–634.

Yilmaz-Aslan, Y., Brzoska, P., Berens, E.-M., Salman, R. & Razum, O. (2013). Gesundheitsversorgung älterer Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. Qualitative Befragung von Gesundheitsmediatoren. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46 (4). S. 346–352.

Zeman, P. (2004). Interkulturelle Kompetenz und Pflegequalität. informationsdienst altersfragen 31 (2). S. 2–5.

Anhang

Für weitere Informationen rund um die häusliche Pflege, Ansprechpartner/innen und Begegnungsstätten folgt nun eine Aufstellung relevanter Kontakte. Diese gilt es auf Aktualität und Vollständigkeit regelmäßig zu prüfen.

Bürgerservice »Leben im Alter«

Vertrauliche, kostenlose und neutrale Beratung am Telefon, in den Stadtteilbüros vor Ort oder Zuhause bei Fragen zum Älterwerden, zur Betreuung, Versorgung und Pflege

Interessante Informationen
Stuttgarter Netz für pflegende Angehörige
(www.netz-fuer-pflegende.de)

Fachstelle Pflegestützpunkt
Eberhardstr. 33, 70173 Stuttgart
Tel.: 0711/21 659 - 100 oder 0711/2 1659 - 200

Fachstelle Wohnformen im Alter
Eberhardstr. 33, 70173 Stuttgart
Tel.: 0711/21 659 - 081 oder 0711/2 1659 - 083

Ehrenamtsprojekt Nachbarschaftsbrücke
Eberhardstr. 33, 70173 Stuttgart
Tel.: 0711/21 659 - 099

Stadtteilbüros in Botnang, Bad Cannstatt, Degerloch, Feuerbach, Hedelfingen / Wangen, Mitte / Nord, Möhringen, Mühlhausen / Münster, Ost, Ober- / Untertürkheim, Plieningen-Birkach, Süd, Sillenbuch, Vaihingen, West, Weilimdorf, Zuffenhausen / Rot, Zuffenhausen / Stammheim

Ambulante interkulturelle Pflegedienste

İkra – Ambulanter Pflegedienst
Vor dem Lauch 4, 70567 Stuttgart
Tel.: 0711/9 334 215

Interkultureller Pflegedienst Yasam
Sankt-Pöltener-Str. 64, 70469 Stuttgart-Feuerbach
Tel.: 0711/57 769 333

Multikultureller Pflegedienst Pllana
Leobener Str. 32, 70469 Stuttgart-Feuerbach
Tel.: 0711/50 495 553

Informations- und Unterstützungsdienste

Alzheimer-Gesellschaft Baden-Württemberg e. V.
Friedrichstr. 10, 70174 Stuttgart
Tel.: 0711/24 849 663

Ansprechpartner bei Fragen zu Demenz. Die Alzheimer-Gesellschaft bietet viele Informationsveranstaltungen auch für Angehörige sowie Fortbildungsmöglichkeiten an.

Beratungsstelle des StadtSeniorenRates Stuttgart e. V.
Christophstr. 11, 70178 Stuttgart
Tel.: 0711/6 159 923

Anlaufstelle bei Problemen oder Konflikten in der Pflege und Versorgung. Unterstützung bei eigenständiger Klärung des Anliegens.

KISS – Selbsthilfekontaktstelle Stuttgart
Tübinger Str. 15, 70178 Stuttgart
Tel.: 0711/6 406 117

Die KISS informiert, berät und vermittelt Menschen, die an Selbsthilfegruppen und selbstorganisierten Initiativen interessiert sind.

ProMi – Unterstützung für ältere Menschen mit Migrationshintergrund
Evangelische Gesellschaft (eva)
Büchsenstr. 34, 70174 Stuttgart
Tel.: 0711/2 054 374

Das Projekt »ProMi« unterstützt Menschen mit Migrationshintergrund durch Besuche von Ehrenamtlichen, die dieselbe Sprache sprechen.

MeinPlan Stuttgart – Sicherer Umgang mit dem Medikationsplan
Gesundheitsamt Stuttgart, Strategische Gesundheitsförderung
Tel.: 0711/21 659 424

Pflegeberatung der gesetzlichen Pflegekassen
Anspruch von Pflegebedürftigen auf die individuelle Pflegeberatung durch die Pflegekassen: Unterstützung bei der Auswahl und Inanspruchnahme notwendiger Hilfe- und Pflegeleistungen

Begegnungsstätten

Vorschläge von Orten der Begegnung, des Austauschs und um Neues kennenzulernen. An dieser Stelle werden beispielhaft Angebote verschiedener Träger präsentiert, die jedoch regelmäßig einer aktuellen Überprüfung bedürfen.

Treffpunkt 50 plus
Rotebühlplatz 28, 70173 Stuttgart
Tel.: 0711/35 145 930

Ob Singen, Tanzen, Schreiben, Politik oder Kultur. Viele verschiedene Gruppen bieten die Möglichkeit für Aktivitäten im Alltag

Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V. (eva)
Büchsenstr. 34/36, 70174 Stuttgart
Tel.: 0711/20 540

Die eva bietet ein vielfältiges Programm mit Café, Veranstaltungen, Theater oder Gesprächskreisen.

Caritas Stuttgart e. V. Migrationsdienst
Spreuergasse 47, 70372 Stuttgart
Tel.: 0711/55 059 110

Weißenburgstr. 13, 70180 Stuttgart
Tel.: 0711/6 453 102

In den Migrationszentren finden Menschen aller Nationalitäten kostenlose Beratungshilfen, interkulturelle Begegnungsmöglichkeiten und qualifizierte Bildungsangebote.

DRK-Kreisverband Stuttgart e. V.
Reitzensteinstr. 9, 70190 Stuttgart
Tel.: 0711/28 080

Angebot eines Nachmittagstreffpunkts für türkische Senioren

AWO Migrationsdienst
Olgastr. 63, 70182 Stuttgart
Tel.: 0711/2 106 170

Der Migrationsdienst bietet Beratung, Begleitung, Integrationskurse sowie interkulturelle und gemeinwesenorientierte Angebote an.