



Ein Verbundprojekt von



Hochschule RheinMain
University of Applied Sciences
Wiesbaden Rüsselsheim

Abschlussbericht des SILQUA-FH-Projektes „OPEN- Interkulturelle Öffnung in der Pflegeberatung“

Teilprojekt Koordination (FK13FH008SA4):

Zuwendungsempfänger: **Hochschule RheinMain
University of Applied Sciences
Wiesbaden Rüsselsheim**

Förderzeitraum: **01.10.2014 bis 30.09.2017**

Forschungsteam: **Michael May, Peter Engert, Alexandra Zein**

Teilprojekt 1 (FKZ 13FH008SB4):

Zuwendungsempfänger: **Frankfurt University of Applied Sciences**

Förderzeitraum: **01.10.2014 bis 31.10.2017**

Forschungsteam: **Ulrike Schulze, Sabrina Khamo Vazirabad,
Andre Terjung**

Teilprojekt 2 (FKZ 13FH008SC4):

Zuwendungsempfänger: **Katholische Hochschule Mainz**

Förderzeitraum: **01.10.2014 bis**

Forschungsteam: **Peter Löcherbach, Thomas Hermsen, Jana Wirtz,
Jerusha Klein, Elke Bruck**

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



Inhalt

I.	Kurzbericht	2
1.	Aufgabenstellung.....	2
2.	Voraussetzungen, unter denen das Vorhaben durchgeführt wurde	3
3.	Planung und Ablauf des Vorhabens	3
3.1	Arbeitsschwerpunkt Portaltechniken.....	3
3.2	Arbeitsschwerpunkt: Pflegeberatung.....	6
3.3	Arbeitsschwerpunkt: Vernetzung.....	7
3.4	Arbeitsschwerpunkt: Qualifizierungsmodule	10
4.	Wissenschaftlicher und technischer Stand, an den angeknüpft wurde.....	11
5.	Zusammenarbeit mit anderen Stellen.....	17
II.	Eingehende Darstellung	18
1.	Verwendung der Zuwendung: Erzielte Ergebnisse im Einzelnen, mit Gegenüberstellung der vorgegebenen Ziele	18
1.1	Portaltechniken	18
1.2	Pflegeberatung	24
1.3	Vernetzung	27
1.4	Qualifizierungsmodule	33
2.	Wichtigste Positionen des zahlenmäßigen Nachweises.....	39
3.	Notwendigkeit und Angemessenheit der geleisteten Arbeit.....	39
4.	Voraussichtlicher Nutzen / Verwertbarkeit.....	40
5.	Fortschritt auf dem Gebiet des Vorhabens bei anderen Stellen.....	43
6.	Erfolgte und geplante Veröffentlichungen.....	45
	Literaturverzeichnis.....	47

I. Kurzbericht

1. Aufgabenstellung

Im Projekt zur interkulturellen Öffnung der Pflegeberatung des Forschungsverbundes der Hochschule RheinMain, der Frankfurt University of Applied Sciences und der Katholischen Hochschule Mainz sowie des Hessischen Institutes für Pflegeforschung OPEN, ging es nicht allein darum, forschungsba- siert älteren Menschen mit Migrationshintergrund, die bisher von der Beratung zur Pflegeversiche- rung kaum erreicht wurden, Zugänge zu dieser zu eröffnen. Vielmehr sollten gemeinsam mit ausge- wählten Pflegestützpunkten als WPK-Partner verallgemeinerbare Beratungs- und Case-Management- Ansätze entwickelt werden, die den differenzierten Lebenslagen und Lebensweisen dieser Zielgruppe gerecht werden und im Hinblick darauf informelle und institutionalisierte professionelle Sorgearran- gements miteinander zu vermitteln suchen. Im Fokus standen nicht nur allgemeine „Lösungen zur Bewältigung von Belastungssituationen bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit im Alternsprozess“ (Thematische Bereiche der Förderlinie SILQUA-FH 2014 mit exemplarischen Themenfeldern). Viel- mehr sollte auf diese Weise einerseits zu einer „Vermeidung sozialer Isolation“ (ebd.) bei „Pflegebe- dürftigkeit“ (ebd.) beigetragen werden und zugleich eine „Stärkung und Unterstützung der Angehöri- gen und des ehrenamtlichen Engagements vor allem bei der Versorgung Alterserkrankter und zur Entlastung der pflegenden Angehörigen“ (ebd.) erfolgen.

In migrantischen Milieus, die von entsprechenden sozialstaatlichen Unterstützungsangeboten bisher so gut wie kaum erreicht werden, stellen solche „soziale[n] Innovationen zur Entlastung von Men- schen mit doppelten Versorgungsaufgaben im Hinblick auf eigene Kinder und pflegebedürftige alte Familienangehörige“ (ebd.) eine besondere Aufgabe dar. Als in den „thematischen Bereichen“ wie auch noch mal in der Bekanntmachung von 2014 besonders herausgehobenen Themenbereiche wurde damit in OPEN sowohl „die pflegerische Versorgung“, wie auch die „integrierte Hilfs- und Un- terstützungsplanung“ aufgegriffen – Letzteres vor allem als „Entwicklung und Erprobung von Konzep- ten, Modellen und Methoden zur Vernetzung und Unterstützung von Pflegekräften [auf der Basis des Handlungsansatzes Case Management], die [...] im familiären Kontext arbeiten“ (ebd.), um so eine „ethisch und ökonomisch verantwortbare, sektorenübergreifende und vernetzte Gesundheits- und Pflegeversorgung“ (ebd.) für die diesbezüglich besonders stark benachteiligte Gruppe der älteren Zugewanderten zu gewährleisten.

Die praxisbegleitende Untersuchung der mit den WPK-Partnern in dieser Weise entwickelten „neue[n] Ansätze des Case- und Pflegemanagements“ (ebd.) wurde dabei einerseits als eine Art for- scherisch gestützte Supervision angelegt, welche die beteiligten Professionellen aus den Pflegestütz- punkten aktiv in die Forschung mit einbindet. Einen „Transfer über Köpfe“ (SILQUA-FH Bekanntma- chung 2014) erfolgte in OPEN darüber hinaus auch über einen wissenschaftlichen Beirat, in dem rele- vante Fachverbände und die zuständigen Ministerien von Hessen und Rheinland-Pfalz vertreten wa- ren. Die zugleich auf Verallgemeinerbarkeit angelegten Forschungsergebnisse wurden von diesem kontinuierlich im Hinblick auf Transferaspekte reflektiert. Zugleich wurden diese auch in bereits im Projektverlauf exemplarisch zu erprobende Qualifizierungsmodule der Fort- und Weiterbildung mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management und MainCareer umge- setzt. Damit hat OPEN auch den SILQUA-Themenbereich „Qualifizierungs- und Unterstützungsange- bote für Betreuende“ (ebd.) explizit aufgegriffen.

2. Voraussetzungen, unter denen das Vorhaben durchgeführt wurde

In Kenntnis der unterschiedlichen Situationen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen hat der Gesetzgeber in § 7a SGB XI einen gesetzlichen Anspruch auf Pflegeberatung explizit vorgesehen. Als ortsnahe Anlaufstellen sollen sogenannte Pflegestützpunkte Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörige beraten, unterstützen und bei der Organisation der Pflege behilflich sein (z. B. Vermittlung von Pflegediensten, Haushaltshilfen und Einkaufsservice). Dazu arbeiten unter ihrem Dach Personal der Pflege- und Krankenkassen, der Altenhilfe und der Sozialhilfeträger zusammen, um den Rat und Hilfesuchenden Betroffenen die einschlägigen Sozialleistungen zu erläutern und zu vermitteln sowie deren Inanspruchnahme zu koordinieren und zu begleiten.

Die gesetzlichen Vorgaben für die Pflegeberatung ergeben sich insbesondere aus dem SGB XI und dem SGB V. Aber auch weitere gesetzliche Grundlagen, wie das SGB IX und XII sind markante Orientierungspunkte. Zudem ergibt sich aus den §§ 7 a und c SGB XI eine konkrete Definition der Aufgabe von Pflegeberatung:

„Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere,

- 1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sowie, wenn die nach Satz 1 anspruchsberechtigte Person zustimmt, die Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 systematisch zu erfassen und zu analysieren,*
- 2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,*
- 3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,*
- 4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen,*
- 5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren sowie*
- 6. über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen zu informieren.“*

(§ 7a SGB XI (1) S. 3)

Die Organisationsformen und Qualifizierungsniveaus der von Pflegestützpunkten geleisteten Beratung zur Pflegeversicherung und zu einem entsprechenden Case Management weisen länderspezifisch deutliche Unterschiede auf. In OPEN fungierten als Kooperationspartner Pflegestützpunkte aus Rheinland-Pfalz (Mainz, Landkreis Mainz/Bingen, Ludwigshafen, Linz am Rhein), deren Entwicklungsstand im Bundesgebiet als sehr fortgeschritten gilt, sowie aus Hessen (Rheingau-Taunus-Kreis, Main-Kinzig-Kreis, Kreis Darmstadt/Dieburg, Stadt und Landkreis Gießen), dessen Stand im Vergleich dazu als noch ausbaufähig gilt. Zudem wurde die Landeshauptstadt Wiesbaden als WPK-Partner ausgewählt, in der die Pflegeberatung für ältere Menschen nicht durch den Pflegestützpunkt, sondern die dezentralen, städtischen Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter durchgeführt wird.

3. Planung und Ablauf des Vorhabens

3.1 Arbeitsschwerpunkt Portaltechniken

Der Begriff „Portaltechniken“, der die erste Phase von OPEN charakterisiert, schließt an Früchtel/Budde/Cyprian (2013) an, für die „die Wortwahl ‚Portale‘ statt ‚Zugang‘ [...] Programm“ (ebd.:

142) ist, das beansprucht, „unter einer veränderten Perspektive über die Form nachzudenken, in der [...] Organisationen gegenüber ihren Adressaten auftreten“ (ebd.). Ziel von OPEN war es, gemeinsam mit seinen WPK-Partnern diesen Begriff und das mit ihm sozialräumlich verbundene Programm – sowohl für die Außen- wie die Innenseite der Organisation – auf Pflegestützpunkte zu beziehen. „Die Außenseite hat die Funktion, niedrigschwellige und nicht stigmatisierende Erreichbarkeit im Stadtteil herzustellen [...]. Die Innenseite des Portals weist darauf hin, wie die Dienstleistung abläuft, nämlich als gemeinsame Aufgabe von Betroffenen und Fachkräften, in der die Erfahrungen, das Vorwissen, die Erwartungen, die Stärken und die Ressourcen der Adressaten als wesentlich für Problemlösungen gesehen werden“ (ebd.).

Da es zu Letzterem bezüglich Pflege und der verschiedenen Gruppen älterer Zugewanderter bisher so gut wie überhaupt keine empirisch solide rekonstruierten Untersuchungsbefunde gab (s.u.: 4.), hat OPEN methodisch – wie auch forschungspragmatisch – das AMIQUUS-Konzept einer komparatistisch-rekonstruktiven Auswertung von Zukunftswerkstätten zu diesem Thema mit Fokusgruppen älterer Zugewanderter, in denen die verschiedenen Ethnien, Religionen, Lebenslagen und Lebensweisen eines bestimmten Quartiers jeweils repräsentiert sind (vgl. May/Alisch 2013), aufgegriffen.

Die Audiomitschnitte dieser Zukunftswerkstätten wurden einerseits inhaltsanalytisch ausgewertet im Anschluss an das Konzept *topischer Textexegese* von Jürgen Ritsert (1972). Dieses beansprucht die Unterscheidung von qualitativen und quantitativen Ansätzen der Inhaltsanalyse dahingehend aufzuheben, dass die *statistische Semantik* rein quantitativer Ansätze, welche jedoch – wie er überzeugend zeigt – „Hermeneutik nicht tilgen“ (ebd.: 95) zu vermag, durch eine *reflektionstheoretische* Ausrichtung überwunden wird. Andererseits wird jedoch in dem Maße auf Quantifizierungen zurückgegriffen, „wie es um zusammenfassende Aussagen über mannigfaltiges Textmaterial geht“ (ebd.).

Die Kodes der *topischen Textexegese* wurden dann weiterhin auch zur Auswahl von Passagen genutzt, die wir für eine komparatistische Auswertung herangezogen haben, um ähnlich wie im AMIQUUS-Projekt (vgl. May/Alisch 2013: Kap. 5.1) zu einer Bildung von *Idealtypen* zu kommen, sowohl bezüglich der sich für die verschiedenen Gruppen älterer Zugewanderter sich vermutlich unterschiedlich stellenden Probleme bei der Pflege(-beratung) sowie ihren spezifischen Vorstellungen bedürfnisgerechter Pflegeberatung – einschließlich entsprechenden Portalen von Pflegestützpunkten – sowie Pflegearrangements. Methodisch orientiert haben wir uns dabei an einem Verfahren, das in der Max Weber Rezeption als *genetische Rekonstruktion* bezeichnet wird (vgl. Gerhardt 1986: 36 ff.; Seyfarth 1979: 156). Um zu verdeutlichen, dass eine *reflektionstheoretische* Ausrichtung unserer Forschung mit einem Ansatz *genetischer Rekonstruktion*, wie ihn Ralf Bohnsack (2010: Kap. 8.3) im Anschluss an Karl Mannheim (1980: 87) als *kausal-genetisch* gekennzeichnet hat, unvereinbar ist (vgl. Ritsert 1978: 87), haben wir diesen im Anschluss an Mannheim und Bohnsack als *soziogenetisch* spezifiziert.

Allerdings sind wir dabei nicht strikt den von Bohnsack (2007: Kap. 5 u. 6) im Rahmen der *Dokumentarischen Methode* methodisch diffizil ausgearbeiteten Schritten der Rekonstruktion eines *Orientierungsrahmens* im Zuge einer *reflektierenden Interpretation*, dessen Abstraktion und Spezifizierung im Zuge einer *sinngenetischen Typenbildung*, an die dann erst die *soziogenetische Typenbildung* und *soziogenetische Interpretation* anschließt, gefolgt. Vielmehr haben wir uns methodisch stärker an der Tradition der Weberrezeption orientiert, auf die sich letztlich auch Bohnsack (ebd.: 232 Anm. 6) bezieht, um über Kontrastierung auf komparatistische Weise durch Zuspitzung im Hinblick auf die Konsequenz und Widerspruchsfreiheit zur Bildung von *Idealtypen* entsprechender *Orientierungsrahmen* zu kommen. Zur Herausarbeitung der *Soziogenese* der in dieser Weise idealtypisch rekonstruierten

Orientierungsrahmen haben wir dann vor allem auf Ritserts Ansatz der *Konstruktion von Verweisungszusammenhängen* zurückgegriffen.

Wenn Ritsert beansprucht mit diesem die „Dialektik von Moment und Totalität [...], wie sie in der Hegelschen Logik diskutiert wird“ (1978: 51) im Hinblick auf eine kritische empirische Forschungspraxis dialektisch aufzuheben, so scheint uns dies auch bezüglich der Weberschen Tradition *genetischer Rekonstruktion* möglich. So kennt doch Ritserts Ansatz „verschiedene Regeln der Zusammenhangsanalyse als verbindlich“ (ebd.) an, die allerdings von ihm klar expliziert werden. Obwohl Ritsert den Begriff der *Konstruktion* wählt, orientieren diese sich nicht weniger am empirischen Material, wie Bohnsacks *soziogenetische Re-Konstruktion*. In deren Rahmen wird über das In-Beziehung-Setzen bzw. Abgrenzen dieser nach dem Prinzip „maximaler und minimaler Kontrastierung“ (Gerhard 1986: 69) gewonnen „Idealtypen“ zu anderen Formen der Typenbildung – bspw. Ethnizität; Geschlechtlichkeit; Religion; Art der Bildung – eine Generalisierung vorgenommen, die als umso *valider* gelten darf, „je klarer am jeweiligen Fall auch andere Typiken aufgewiesen werden können, je umfassender der Fall innerhalb einer ganzen *Typologie* verortet werden kann“ (Bohnsack 2010: 143).

In dieser Weise haben wir auch in OPEN eine Generalisierung vorzunehmen versucht. Durch Bezug auf den Ritsertschen Ansatz der *Konstruktion von Verweisungszusammenhängen*, welcher in seinem methodologischen Prinzip auf die gesellschaftliche *Basis* von bestimmten Produktionsweisen und Produktionsverhältnissen sowie deren Reproduktion fokussiert ist, haben wir dabei die Gefahr *soziogenetischer* Fehlinterpretationen – z. B. in Form von Ethnisierungen – zu vermeiden versucht.

Parallel zu den Zukunftswerkstätten mit den Fokusgruppen aus den unterschiedlichen Untersuchungsquartieren in Hessen und Rheinland-Pfalz – und ehe die dort entwickelten Ideen gemeinsam mit den WPK-Partnern unter wissenschaftlicher Begleitung von OPEN umzusetzen versucht wurden – wurden schon mit den als WPK-Partnern fungierenden Pflegestützpunkten „Portaltechniken“ erprobt, die sich in anderen Projekten als erfolgreich erwiesen haben. So wurden Flyer in verschiedenen Sprachen zur Arbeit von Pflegestützpunkten erstellt, die in von älteren Zugewanderten frequentierten Arztpraxen an diese als Einladung zur Nutzung weitergegeben werden. Ebenso erprobt wurden im Anschluss an positive Erfahrungen im Rahmen eines von AMIQUUS entwickelten Teilprojektes sowie im SILQUA-Projekt „Neue Informations- und Vermittlungswege für ältere Menschen im Stadtteil (ÖFFNA)“ auch die Ansprache und Verteilung von Flyern durch von Zugewanderten stark frequentierte migrantische Kleinläden, Kaffees und Friseurläden sowie der Einbezug von Integrationslots*innen in Verbindung mit Informationsveranstaltungen zur Pflegeversicherung und dem Angebot der Pflegestützpunkte in migrantischen Organisationen, sowie Kultur- und Moscheevereinen. Die Evaluation dieser, wie weiterer durch die Fokusgruppen entwickelter Portaltechniken erfolgte quantitativ.

Um genauere Anhaltspunkte zu den örtlichen Rahmenbedingungen und damit verwobenen Lebenssituationen bzw. -wirklichkeiten in den Untersuchungsquartieren zu erhalten und entsprechend auch die Untersuchungsbefunde besser einordnen zu können, wurden begleitend Sozialraumanalysen (s. Riege/Schubert 2005; Mardorf 2006) durchgeführt. Der Fokus lag dabei auf basalen Vergleichbarkeitsindikatoren für die Untersuchungsquartiere in Anlehnung an die in der AMIQUUS-Untersuchung (vgl. May/Alisch 2013: 65 ff.) herangezogenen, wie unter anderem Siedlungsstruktur und -dichte, Sozialstruktur, ökonomische Situation, Arbeitslosigkeit sowie das Vorhandensein spezifischer Infrastrukturangebote. Die Gegenüberstellung der Daten erfolgte dabei primär auf deskriptiver Ebene. Eine methodologisch überaus anspruchsvolle Ermittlung von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen in

den Sozialräumen wurde nicht angestrebt, weil im Rahmen des vorliegenden Designs auch gar nicht realisierbar bzw. mit der Gefahr „ökologischer Fehlschlüsse“ verbunden.

3.2 Arbeitsschwerpunkt: Pflegeberatung

Eine zweite Phase von OPEN verfolgte das Ziel, nachdem ältere Zugewanderte über solche Portal-techniken das Beratungsangebot der WPK-Pflegestützpunkte stärker in Anspruch nehmen, dieses im Rahmen einer Art „formativen Evaluation“ (vgl. May 2010) sukzessive im Hinblick auf die spezifischen Eigenheiten der verschiedenen migrantischen Nutzungsformen zu optimieren. Aufgegriffen wurden dabei die positiven Erfahrungen aus dem in der AWiFF-Linie des BMBF geförderten Forschungsprojektes „Die Rolle von Fachberatung im System der Entwicklung von Qualität in der frühen Bildung“ der Hochschule RheinMain. Dort wurden Beratungsgespräche und dazu im Anschluss geführte Telefoninterviews mit Beratenden und Beratenen auf der Basis von „Grounded Theory“ u.a. im Hinblick auf Formen wechselseitiger Abstimmung und Koproduktion sowie diesbezüglich auftretender Probleme im Zusammenhang mit weiteren allgemeinen Paradoxien (vgl. Schütze 2000) und Dilemmata (vgl. May 2008) professioneller Beratung sowie unterschiedlichen Qualitätsansprüchen analysiert. Dabei wurden die im Fachberatungsprojekt diesbezüglich entwickelten „Achsen-“ (vgl. Strauss/Corbin 2010: 7; Schröer/Schulze 2010: 284) sowie „Kern-“ bzw. „Schlüsselkategorien“ (Glaser/Strauss 2008: 77; Schröer/Schulze 2010: 284) ebenso wie die im Rahmen von AMIQUUS spezifisch im Hinblick auf den inter- bzw. transkulturellen Kontext analysierten Critical Incidents (May/Alisch 2013: Kap.7) als Kodierungen zur Analyse der Pflegeberatungen herangezogen bzw. transformiert. Sie wurden um spezifisch auf den Beratungsgegenstand Pflege(-versicherung) bezogene Analysekategorien ergänzt, die einerseits über ein diesbezüglich zunächst „offenes Kodieren“ und andererseits Deduktionen aus den §§ 7a & 92c SGB XI entwickelt wurden.

Der formative Charakter der Evaluation ergab sich daraus, dass die Beratenden der WPK-Pflegestützpunkte den Forschenden von ihnen aufgezeichnete Beratungen zur Verfügung stellten, die als schwierig erachtet wurden oder in denen sie im Projektverlauf neu entwickelte Beratungsansätze erprobt haben. Ebenso wie die in Anschluss mit Beratenden und Beratenen getrennt geführten Telefoninterviews, in denen diese die Beratung und deren „outcome“ aus ihrer je eigenen Perspektive evaluierten, wurden auch die nur mit beiderseitiger Einwilligung aufgezeichneten Beratungsgespräche einheitlich pseudonymisiert, damit Einwilligungen auch später noch zurückgenommen werden konnten. Zeitnah erfolgte durch das Forschungsteam eine Rückmeldung der Analyse der entsprechenden Beratung und den darauf bezogenen Telefoninterviews an die Beratenden. Im gemeinsamen Rückkopplungsgespräch wurden dann Lösungsmöglichkeiten für die aufgetretenen Probleme – die vom Forschungsteam bezüglich zukünftiger Analysen auch in entsprechende „axiale Kodierungen“ umgesetzt wurden (!) – bzw. Optimierungsmöglichkeiten des neu Erprobten entwickelt. Auf diese Weise stellten die Analyse der Beratung sowie Bewertung des Beratungsprozesses und dessen Ergebnisse durch Beratene und Beratende, wie sie in den Telefoninterviews erhoben wurden, gleichermaßen die Grundlage der formativen Evaluation dar.

Vor dem Hintergrund, dass sich in den kontrovers geführten wissenschaftlichen Debatten, „wie etwa ‚Qualität‘ und ‚Effizienz‘ begrifflich-kategorial verfügbar gemacht werden“ (Schaarschuch/Oelerich 2005: 14), sich mehr und mehr die Erkenntnis durchgesetzt hat, „dass die Bestimmung eines ‚absoluten‘ Qualitätsbegriffs aufgrund der Akteursgebundenheit der Kriterien nicht möglich ist“ (ebd.), lag diesem Vorgehen – „in Abgrenzung zu substantialistischen Qualitätsbestimmungen“ (Beckmann/Richter 2005: 136) – ein „relationaler“ Begriff von Qualität „als Aushandlungsprozess“ (ebd.) zugrunde. Mit ihm korrespondiert ein Begriff von Effektivität – und darüber vermittelt auch Effizienz

– als möglichst störungsarmer Koproduktion. Welche Lösungs- bzw. Optimierungsansätze im Rahmen der formativen Evaluation zur Umsetzung kamen, lag dabei ganz allein in der Entscheidung der WPK-Partner.

Dass in der Analyse nicht auf das verlaufsanalytische Verfahren der Konversationsanalyse, das auf die sequenzielle Rekonstruktion der in sprachlichen Interaktionen erfolgenden lokalen Produktion von sozialer Ordnung und Bedeutung im Sinne einer Vollzugswirklichkeit zielt (vgl. Deppermann 2008), oder die durchaus auch institutioneller Organisationsformen sprachlichen Handelns fokussierende Tiefenhermeneutik der Diskursanalyse (vgl. Keller 2011) zurückgegriffen wurde, begründet sich einerseits aus der höheren Effizienz des Kodierungsparadigmas der Grounded Theory im Hinblick auf das Ziel des Praxisforschungsverbundes, für spezifische Konstellationen inter- bzw. transkultureller Beratung verallgemeinerbare Techniken zu entwickeln, als zentraler Bestandteil entsprechender, von OPEN entwickelter Qualifizierungsmodule (s.u. 3.4).

Des Weiteren werden Typisierungen in der Konversationsanalyse für gewöhnlich abgelehnt, da dieses Verfahren die Einzigartigkeit eines Interaktionsprozesses zu fokussieren beansprucht. Demgegenüber wurden in OPEN analog zum Arbeitspaket Portaltechniken und wie im Fachberatungsprojekt die Kodierungen der Beratungsanalysen zugleich herangezogen, um auf komparatistische Weise bestimmte Modi der Pflegeberatung idealtypisch zu rekonstruieren. Diese sollten dann in Beziehung gesetzt werden zur Ausbildung und zur beruflichen Stellung der Beratenden. Des Weiteren sollten die Passungsverhältnisse dieser Modi von Pflegeberatung zu den verschiedenen Nutzungsorientierungen älterer Zugewanderter analysiert werden, wie sie aus dem Datenmaterial der Zukunftswerkstätten ebenfalls idealtypisch auf komparatistische Weise soziogenetisch rekonstruiert wurden, um auch diese Erkenntnisse dann für die Entwicklung der Qualifizierungsmodule fruchtbar zu machen.

3.3 Arbeitsschwerpunkt: Vernetzung

In Weiterführung des Konzeptes „Kooperativer Pflegeberatung“ von Hüper/Heilige (2012) wurden in OPEN gemeinsam mit den WPK-Partnern neue Ansätze eines Schnittstellen- / Case und Care Managements entwickelt und erprobt, die auch informelle und familiäre Pflegearrangements mit einbeziehen und dabei die von Regina Becker (2008) entwickelten Konturen von Angehörigenberatung fortzuentwickeln trachteten. Inhaltlicher Bezugspunkt bildete dabei die von Wendt (2012) konzipierte Sorgeberatung (Care Counselling), die als ein Spezifikum im Case Management gilt und die es so von Beratungen in Pädagogik, Sozialer Arbeit und Pflege abgrenzt. In einem Forschungsprojekt zur Patientenbegleitung konnte nachgewiesen werden, dass Passung (das Ausbalancieren) von Bedürfnissen der Klienten*innen und Versorgungsbedarf ein zentraler Wirkmechanismus für ein effektives Case Management auf der Fallebene ist (Löcherbach et al. 2010: 193). Diese fallbezogene Arbeit wurde in OPEN in eine fallübergreifende, regionale Kooperation für das Gelingen von Versorgungsarrangements (Mennemann 2006; Reis et al. 2010) einzubetten versucht. Aufzugreifen galt es dabei Mennemanns Systematik zum Aufbau solcher Netzwerke (Vorabklärung, Zielfindung, Analyse, Netzwerkprogramme, Evaluation) sowie Reis' Unterscheidung von Informations-, milieubildenden, Projekt- und Produktionsnetzwerken (Reis et al. 2010).

Damit sich die in der Region vorhandenen Organisationen und Einrichtungen, die im Schnittpunkt Migration und Pflege tätig sind, systematischer als bisher vernetzen, ist strukturell ein Mehrebenenkonzept (Lokale Vernetzung, Regionale Vernetzung, bis hin zu einem landesweiten Kompetenznetzwerk) sinnvoll. Dies bedeutet, dass sich professionelle Fachkräfte aus dem ambulanten und stationären Pflegesektor mit den Fachkräften der Pflegeberatung, mit Vertreter*innen von Zugewanderten-

organisationen, der (Zugewanderten-)Selbsthilfe, Angehörigen und den ehrenamtlich Tätigen austauschen, Felder der konkreten Zusammenarbeit ausloten und die Zusammenarbeit in den vereinbarten Bereichen engagiert umsetzen. Dabei ist anzuerkennen, dass sich Zugewandertenorganisationen vielfältig für die ihnen zugehörigen Gruppen engagieren und oft mehr leisten, als es in der Öffentlichkeit wahrgenommen wird (vgl. Alisch/May 2013). Ebenso relevant ist, dass die Vielfalt von Zugewandertenorganisationen auch deren Unterschiede (im Verständnis, in den Zielen und Vorgehensweisen) offenbart. Dies bedeutet, dass ein komplexer Interaktionsprozess zur inhaltlichen Abstimmung gewährleistet sein muss (vgl. May/Alisch 2013: Kap. 7). Die Organisation der Vernetzung vor Ort ist dann durch Pflegestützpunkte (auf der örtlichen Ebene) und Kooperationsgemeinschaften (auf regionaler Ebene) zu unterstützen, um bestehende Netzwerkstrukturen für den Aufbau von Integrationsnetzwerken zu nutzen. Vermieden werden sollte in OPEN der Aufbau von zusätzlichen parallelen Versorgungsstrukturen.

Ergebnisse zur regionalen Netzwerkkoordination aus anderen fachlichen Bezügen der sozialen Dienstleistungsproduktion, z. B. des Gesundheitssektors zeigen, dass Abstimmungsprozesse mit den unterschiedlichen Akteuren (z. B. Ärzten) sehr aufwendig sind, aber durch entsprechende fallbezogene Instrumente (z. B. Logbuch, erprobt im SILQUA Forschungsprojekt Effektivität und Effizienz des Case Managements in der ambulanten, sektorübergreifenden Basisversorgung Demenzkranker, Hermsen et al. 2013; Löcherbach/Hermsen 2013) oder Anreizsysteme (Forschungsprojekt mit der Bosch BKK zur Patientenbegleitung, Löcherbach/Hermsen et. a. 2010) gestützt werden können.

Der Benefit einer Zusammenarbeit im Netzwerk ist erst zeitverzögert spürbar. So wurde z. B. im Rahmen durchgeführter quantitativer und qualitativer Erhebungen der Netzwerkpartner deutlich, dass sich insbesondere Ärzte durch die Patientenbegleitung entlastet fühlen und dies umso stärker, je intensiver sie mit der Patientenbegleitung konkret kooperiert haben (ebd.: 189). Konzeptionelle Fragen der Initiierung von Netzwerken, die Auswahl der Netzwerkpartner und die vertragliche Gestaltung der Kooperation sind zu klären, damit sie dem Ziel der Optimierung von Vernetzung dienlich sind. Hier zeigt sich, wie voraussetzungs voll die Einbindung von Netzwerkpartnern ist: Auf welcher Basis und mit welchem Benefit lassen sich die Partner überhaupt einbinden? Welche Anreize gibt es für eine Vernetzung?

Diese aus den oben genannten Projekten ermittelten Befunde wurden in OPEN zu übertragen versucht: Laut Gesetz (§7c SGB XI) sollen Pflegestützpunkte nicht nur umfangreich Auskunft erteilen sowie die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen beraten, sondern alle Unterstützungsangebote koordinieren und vernetzen und dabei auf vorhandene Strukturen und Netzwerke zurückgreifen. Die Pflegestützpunkte haben insbesondere auch die Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote als Aufgabe wahrzunehmen und dabei vorhandene Beratungsstrukturen einzubeziehen. Ziel ist „nach Möglichkeit Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einzubinden“ und „interessierten kirchlichen sowie sonstigen religiösen und gesellschaftlichen Trägern und Organisationen die Beteiligung an den Pflegestützpunkten [zu] ermöglichen“ (§7c SGB XI). Gerade diese weiteren Aufgaben wurden in der Gesetzesnovelle 2009 besonders betont: Organisation von Veranstaltungen, Öffentlichkeitsarbeit, Projektarbeit und die Zusammenarbeit im Netzwerk sind damit wesentliche Pfeiler zum Aufbau einer bedarfsdeckenden (Pflege-) Versorgungsstruktur.

In der darauf bezogenen Evaluationsforschung zu Netzwerken haben wir in OPEN eine *fallbezogene* und eine *regional-vernetzungsbezogene* Ebene unterschieden: Bei der *fallbezogenen* Evaluation haben wir – ähnlich wie schon in der formativen Evaluation der Pflegeberatung – auf einen „relationalen“ Begriff von Qualität „als Aushandlungsprozess“ (Beckmann/Richter 2005, 136) zurückgegriffen, mit dem ein Begriff von Effektivität – und darüber vermittelt auch Effizienz – als möglichst störungsarmer Koproduktion korrespondiert. „Der Aushandlungsbegriff verweist dabei systematisch auf die unterschiedlichen Akteure mit ihren jeweiligen Interessen und Machtpotenzialen bei der Durchsetzung ihres Verständnisses von Qualität“ (ebd.). Methodisch haben wir vor diesem Hintergrund einerseits an unter dem Begriff einer *deliberative democratic evaluation* (vgl. House/Howe 1998) firmierende Ansätze angeknüpft, die auf demokratische Verfahrensprinzipien und den gleichberechtigten Einbezug aller am Programm beteiligter Interessensgruppen über den gesamten Evaluationsprozess hinweg setzen. Ein weiterer Bezugspunkt war das von Robert Stake (1995) in „Erweiterung des Evaluationsparadigmas“ (Beywl 2006: 103) entwickelte Modell einer *responsiven Evaluation*, wie es von Wolfgang Beywl (vgl. 1988) dann auch in die bundesrepublikanische Evaluationsdiskussion eingebracht wurde. Diesem geht es zentral um die Explikation „impliziten Erfahrungswissens“ (tacit knowledge). Über die Rekonstruktion der Standortgebundenheit bestimmter Einschätzungen bezüglich der Qualität und Wirkung entsprechender Maßnahmen können darüber auch differenzierte Nutzungs- bzw. Verarbeitungsmuster seitens der Betroffenen in den Blick genommen werden, um so die Wirkungsweise von Programmen und Maßnahmen nicht nur wissenschaftliche zu beleuchten, sondern auch deren „lokale Praxis“ zu verbessern (vgl. May 2008a; 2010; 2011).

Im Case Management werden im Rahmen eines dialogischen Prozesses auf der Einzelfallebene systematisch Maßnahmen geplant und initiiert, Verbindungen zwischen Hilfesuchenden und informellen bzw. formellen Hilferessourcen geschaffen sowie die Klient*innen unterstützt und bei der Inanspruchnahme begleitet (Wendt/Löcherbach 2017). Neben einem strukturbildenden Case Management-System auf Organisationsebene sind leistungsfähige und effiziente Netzwerkstrukturen eine unverzichtbare Voraussetzung für ein effektives Case Management (vgl. Arnold/Hermesen et al. 2011). Diesbezüglich haben wir in OPEN insbesondere das Zusammenwirken und die Organisation der lokalen Netzwerkinfrastruktur in den Blick genommen, im Rahmen derer die formellen und informellen Hilfemöglichkeiten im Sozialraum und die Akteure in ihnen verbunden sind. Untersucht haben wir, wie koordinierte Hilfen aus dem Netzwerk vermittelt werden, wobei neben den Fragen nach den für die jeweiligen individuellen Bedarfe notwendigen und sinnvollen Versorgungsleistungen (z. B. Entlassung und Unterstützung durch einen ambulanten Dienst), unter anderem auch die Kontakthanbahnung zu Anlaufstellen im Stadtteil oder die finanzielle Klärung im Hinblick auf die Kostenübernahme fokussiert wurden. Letztlich geht es um komplexe Probleme, bei denen nicht erwartet werden kann, dass eine allein handelnde Profession oder Organisation sie löst. Konkretes individuelles Fallverstehen und verallgemeinernde Fallrekonstruktion verbinden die Handlungsebene (Beratungsarbeit) mit der Strukturebene (Leistungsangebote und Produktionsnetzwerke) und führen zur Erweiterung der methodischen Kompetenz und Expertise. Die Wertschöpfungskette verlangt eine horizontale (und nicht, wie bisher, eine vertikale, nach Versorgungssäulen ausgerichtete) Leistungserbringung der handelnden Akteure. Die Netzwerkebene – als infrastrukturelle Ebene der Versorgungsebene vorgealtet – beschäftigt sich mit der Umsetzung von Fall- und Versorgungsmanagement in einer überschaubaren Versorgungsregion.

Daran anknüpfend haben wir auf der regional-vernetzungsbezogenen Ebene der Evaluation in den Untersuchungsquartieren eingehende Netzwerkanalysen durchgeführt. Die Analyse von sozialen Netzwerken gilt, aufgrund der Bedeutsamkeit von „Embeddedness“ (Eingebundenheit in Netz-

werkstrukturen) für die individuellen und gruppen- bzw. institutionsspezifischen Handlungsmöglichkeiten (vgl. Granovetter 1985), in den Sozialwissenschaften als ein viel versprechendes statistisches Instrumentarium, das sich im deutschsprachigen Forschungsraum aber noch nicht als Standardverfahren etabliert hat. Als Beispiel für eine erfolgreiche Anwendung kann bspw. das SILQUA-Vorhaben „Computergestütztes Case Management in der Kinder- und Jugendhilfe“ angeführt werden (s. Arnold et al. 2011).

Das Untersuchungsdesign einer Netzwerkanalyse kann auf die Erfassung von Daten in Gesamtnetzwerken oder aber auf „ego-zentrierte“ Netzwerke ausgerichtet sein. Letzteres ist die am weitesten verbreitete Vorgehensweise, da sie am ökonomischsten realisiert werden kann. Bei einem „ego-zentrierten Netzwerk“ werden einzelne fokale Akteure („Ego“) – im Falle von OPEN ein bestimmter Pflegestützpunkt repräsentiert durch eine Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter – anhand eines sog. Namensgenerators nach ihren Netzwerkpartnern (den sog. „Alteri“) und deren Charakteristika befragt. Dabei wird auch auf die Beziehungen zwischen den Alteri eingegangen. Gegenstand der in OPEN auf die Software VennMaker gestützten Netzwerkanalyse waren ganz unterschiedliche Beziehungsformen, die sich in Art (z. B. transaktionale, kommunikative, instrumentelle, emotionale), Richtung (inkl. Reziprozität) sowie Qualität (z. B. Intensität, Wertigkeit oder Nützlichkeit) voneinander abgrenzen. Von besonderer Relevanz waren die Dimensionen Informationsflüsse (kommunikative Ebene) sowie soziale Unterstützung (instrumentelle Ebene).

Aufgrund des Aufwands oder mangelnder „Greifbarkeit“ werden die Angaben aber häufig nicht durch Befragung der Netzwerkpartner selbst validiert. Es ist unmittelbar evident, dass hier aufgrund von lückenhaftem Wissen oder subjektiven Mutmaßungen der Egos über die Alteri ein gewisser Grad an Unschärfe unvermeidlich ist. Vor diesem Hintergrund wurde in OPEN mittels einer Online-Befragung das Gesamtnetzwerk zumindest auf der Ebene „professioneller“ Netzwerke (damit sind wenigstens ansatzweise formalisierte und „institutionalisierte“ Strukturen gemeint) in die Erhebung einzubeziehen versucht.

Im Rahmen der Auswertung der erhobenen Daten wurde auf die zentralen netzwerkanalytischen Maßzahlen Bezug genommen. Neben der Netzwerkgröße (Anzahl der Alteri) und der Netzwerkdichte (Zahl realisierter Beziehungen im Verhältnis zu den möglichen), war hier insbesondere noch die sog. Multiplexität von Interesse, die beschreibt, in welchem Ausmaß die Interaktionspartner in vielfältigen bzw. voneinander funktional abgegrenzten Beziehungskontexten eine Rolle spielen. Eine hohe Multiplexität verweist entsprechend auf eine starke Eingebundenheit. Im Hinblick auf Informationsflüsse wurden auch Zentralitätsmaße (z. B. „Betweenness“) in den Blick genommen, anhand derer abgeschätzt werden kann, ob ggf. einzelne Akteur*innen zentrale „Knotenpunkte“ im Netzwerk besetzen und exklusiv wesentliche Mittlerfunktionen zwischen einzelnen Akteur*innen ausüben.

Diese Daten dienen in OPEN dazu, den Ursachen für Versorgungsbrüche auf die Spur zu kommen, um damit auch Impulse für die Entwicklung von Schnittstellen zum Case Management zu gewinnen, zu dessen vordringlichen Aufgabe es gehört, entsprechend funktionale und leistungsfähige Netzwerke überhaupt erst zu schaffen.

3.4 Arbeitsschwerpunkt: Qualifizierungsmodule

Ziel von OPEN war es nicht nur, mit ausgewählten Pflegestützpunkten als WPK-Partner verallgemeinerbare Beratungs- und Case Management-Ansätze zu entwickeln, die den differenzierten Lebenslagen und Lebensweisen von Personen mit Migrationshintergrund gerecht werden. Um überregional wirksam zu werden, sollten die diesbezüglich gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnisse auch in

Qualifizierungsbausteine umgesetzt werden. Im Hinblick auf Nachhaltigkeit bedeutete dies, die zu entwickelnden Qualifikationseinheiten (Units) oder Module vor dem Hintergrund der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes für die Qualifikation der Pflegeberater*innen (§ 3 Qualitätsanforderungen, 2008) zu konzipieren. So galt es auch hier an Bestehendes anzuknüpfen um ein Angebot zu entwickeln, das anschlussfähig ist an etablierte Curricula wie der Qualifizierungsbund PSP – RLP eines entwickelt hat, das in den GKV-Richtlinien niedergeschrieben steht und für das Land Rheinland-Pfalz verbindlich ist. Die Perspektive der Zuwanderung jedoch ist in den Modulen dieser wie auch weiterer Bildungsangebote zur Beratung nach § 7a SGB XI nicht genügend abgebildet (vgl. auch WBS ehemals KLETT Verlag - Wirtschafts- und Bildungsservice/ TÜV-Rheinland/ DBfK). Pädagogisch/didaktisch sollte dabei an Konzepte des „entdeckenden“ (Beck et al. 1991) und „erkenntnisorientierten“ (Landwehr 1997) Lernens angeknüpft werden. Angestrebt wurde eine – bildungstheoretisch auf die kritisch-konstruktive Didaktik (Klafki) zurückzuführende – pflegfachdidaktische Erweiterung um die Arbeit mit „Narrativen“ (Wittneben 2003), verstanden als persönliche Erzählungen von Situationen aus der Berufspraxis. Dabei geht Wittneben insbesondere davon aus, dass gerade jene Handlungen, die als nicht gelungen oder erfolglos bewertet werden, ein großes Bildungspotential enthalten (ebd.; Krebs 2009). Vor dem Hintergrund, dass Zugewanderte in gleicher Weise unter Berater*innen wie Klient*innen zu vermuten sind, sollte darüber hinaus auch didaktisches Wissen im Sinne des „multiculturell classroom“ (Kämmerer-Rütten/Schulze 2011) genutzt werden.

Für den Zeitraum der Erprobung und Evaluation der Qualifizierungsmodule konnte im Zuge der Antragsstellung das Projekt „MainCareer“ an der Frankfurt University of Applied Sciences als Kooperationspartner gewonnen werden – verbunden zugleich auch mit der Option, ein entsprechend dauerhaftes Qualifizierungsangebot zu implementieren. „MainCareer“ hat zum Ziel, im Zuge einer „Verankerung von Weiterbildung an Hochschulen“ (Hanft 2011, Vortragsmitschrift) „Hochschulzugangsmöglichkeiten durch Bildungsbrücken für heterogene Zielgruppen zu entwickeln und somit die Durchlässigkeit zwischen Beruf und Hochschule“ (ebd.) zu erhöhen.

4. Wissenschaftlicher und technischer Stand, an den angeknüpft wurde

Im Rahmen des Bundesmodellprojektes „Werkstatt Pflegestützpunkte“ wurden bei 16 ausgewählten Pilot-Pflegestützpunkten – neben handlungsforscherischen regelmäßigen Besuchen sowie regionalen und bundesweiten Werkstattgesprächen – sowohl eine Kundenbefragung, als auch eine fallstudienartige Auswertung der Dokumentationssysteme durchgeführt (KDA 2010; Micheli-Auli 2011; Micheli-Auli/Tebest 2009). Die Ergebnisse zeigen, dass die Beratungs- und Begleitungsleistungen der bereits tätigen professionellen Dienstleister (in der Regel ambulante Pflegedienste und Beratungsinstitutionen) aus Sicht der Pflegebedürftigen bzw. ihres sozialen Umfelds nicht ausreichen und Pflegestützpunkte diese Lücke schließen können. Dies bezieht sich auf die präventive Türöffnerfunktion im Hinblick darauf, dass in 9,7% der Fälle die Pilot-Pflegestützpunkte aufgesucht wurden, um Unterstützung bei der Antragstellung zu erhalten. Dies bezieht sich aber auch auf die besondere Steuerungsfunktion bei Notfällen, die zu 7% Beratungsanlass der Pilot-Pflegestützpunkte waren, in denen ansonsten in der Regel übereilte Entscheidungen für eine stationäre Pflege getroffen werden (müssen). Hervorgehoben werden in der Studie die zahlreichen Vernetzungen mit anderen Beratungsstellen, Leistungserbringern, dem Bürgerschaftlichen Engagement und der Selbsthilfe sowie den Stellen der Leistungsgenehmigung, die in Form eines entsprechenden Care Management einen wesentlichen Arbeitsschwerpunkt der Pilotpflegestützpunkte darstellten und erst die hohe Bandbreite an Beratung und Begleitung ermöglichten. Vor diesem Hintergrund wird eine flächendeckende Einführung von Pflegestützpunkten in Deutschland als wesentlicher Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrange-

ments gefordert in Verbindung mit der Einführung eines Qualitätssicherungssystems als zentrale Maßnahmen zu deren Weiterentwicklung.

Nach dem Willen des Gesetzgebers fand zwei Jahre nach dem Inkrafttreten der Novellierung des SGB XI im Pflegeweiterentwicklungsgesetz gemäß § 7a Abs. 7 Satz 1 eine bundesweite Evaluation statt, die durch ein Anbieterkonsortium von TNS Infratest Sozialforschung München (Ulrich Schneekloth), Hans-Weinberger-Akademie der AWO e.V. (Mona Frommelt) und dem Freiburger Institut für angewandte Sozialforschung AGP (Thomas Klie: Gesamtkoordination) durchgeführt wurde. Bei dieser Evaluationsstudie handelt es sich um den ersten bundesweiten Überblick über die Strukturen der Pflegeberatung in den 16 Bundesländern auf der Basis von Expert*inneninterviews mit Vertreter*innen der Pflegekassen und einer schriftlichen Kurzbefragung aller 161 Pflegekassen. Zudem wurde unter Rückgriff auf die Stichprobe von insgesamt 1164 Privathaushalten, die als antragstellende oder im Leistungsbezug stehende von TNS Infratest Sozialforschung bereits im Rahmen der Studie „Wirkungen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes“ im Auftrag des BMG Mitte des Jahres 2010 telefonisch befragt worden waren, – ergänzt um entsprechende Screening-Fragen weiterer Pflegebedürftiger bzw. Antragsteller*innen oder Leistungsbezieher*innen im Rahmen von kontinuierlichen Mehrthemenbefragungen – eine repräsentative Befragung von Nutzenden und Nichtnutzenden der Pflegeberatung zu ihren Erfahrungen mit Pflegeberatung durchgeführt und ausgewertet. Schließlich wurde die Organisation von sieben Beratungsangeboten bei den Pflegekassen und fünf in einem Pflegestützpunkt analysiert und daraus 10 auf unterschiedliche Bundesländer und Kontexte bezogene „good practice“-Beispiele ausgewählt, die anhand der Auswertung einer Zufallsstichprobe von je 30 Beratungsfällen im Detail untersucht wurden.

Zwar wird in dieser Studie im Kapitel „2.3.5.4 Beratung für besondere Zielgruppen“ (Klie u.a. 2011) darauf verwiesen, dass „die Zahl der Pflegebedürftigen mit Migrationsgeschichte [zu]nimmt“ (ebd.: 43). Zugewanderte werden jedoch sodann sofort unspezifisch unter „den besonderen Unterstützungsbedarf spezieller Zielgruppen“ (ebd.) subsumiert. Ebenso pauschal wird erwähnt, dass „einzelne Kassen eine besondere Sensitivität gegenüber bisher vernachlässigten Beratungsbedarfen, wie etwa von Menschen mit Migrationsgeschichte“ (ebd.: 62), zeigten. Konkret wird diesbezüglich jedoch nur darauf verwiesen, dass die Pflegekasse By „einen Dolmetscher-Pool für Beratungsfälle mit Migrationshintergrund“ (ebd.: 195) vorhalte. Weiter wird länderspezifisch erwähnt, dass Berlin – da „insbesondere Personen mit Migrationsgeschichte [...] die Beratungen offenbar sehr selten in Anspruch“ (ebd.: 84) nehmen – „an Standards zur kultursensiblen Beratung“ (ebd.: 84) arbeite und auch in Schleswig-Holstein „Personen mit Migrationshintergrund und Pflegebedarf“ (ebd.: 128) besonders in den Blick genommen werden sollen. Bezüglich Hamburg wird auf nicht in die Pflegestützpunkte einbezogene Beratungsstellen für Zugewanderte (vgl. ebd.: 93) verwiesen – was sich vermutlich auf das vom Paritätischen Wohlfahrtsverband Hamburg e. V. gestartete Modellprojekt „Pflegeberatung für Migranten in Hamburg“ bezieht, das älteren Zugewanderten über eine muttersprachliche Beratung in Deutsch, Türkisch und Russisch den Zugang zu Pflegeangeboten erleichtern soll – und dass „die Pflegeberatung im Pflegestützpunkt HH [...] im Bereich der Leistungserbringer beispielsweise [auf] Pflegedienste, die sich auf bestimmte Gruppen von Migranten spezialisiert haben“ (ebd.: 212), zurückgreifen könne.

In der (Rang-)Regressionsanalyse bezüglich der Merkmale, welche einen eigenständigen und statistisch signifikanten Einfluss darauf haben, ob die Beratung als hilfreich bewertet wurde (was bei insgesamt 64% der Befragten der Fall war), wird in dieser Studie zwar Alter, Geschlecht und Pflegebedarf (Pflegestufe, vorhandener starker geistiger Abbau als Kennzeichen für eine Demenz), sowie die

Versorgungssituation (bei privaten Hauptpflegepersonen differenziert nach dem Geschlecht), die Art der in Anspruch genommenen Leistungen der Pflegeversicherung sowie die Anlage der Beratung (Art, Intensität nach Inhalt und Verbindlichkeit, Charakter, Zeitraum), nicht aber Migrationsaspekte berücksichtigt. Während sich bei den Variablen Pflegebedarf, sowie Alter und Geschlecht des Pflegebedürftigen, wie auch Geschlecht des/der pflegenden Angehörigen, für sich genommen kein Einfluss zeigte, erwiesen sich Breite und Intensität der Beratung als wichtigste Einflussfaktoren. Dies dürfte bei Zugewanderten kaum anders sein. Dass auch beim Bezug von Geldleistungen die Beratung als weniger hilfreich bewertet wurde, betrifft diese im besonderen Maße, sind doch Zugewanderte in dieser Hilfeform deutlich überrepräsentiert (s.u. BMG 2011).

Insgesamt zeigt die Studie, dass „eine umfassende und individuelle Beratung [...] den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen in höherem Maße entspricht als eine allgemeine Beratung und dass sie einen wesentlichen Beitrag zur Unterstützung des häuslichen Pflegearrangements leisten kann“ (ebd.: 271f.). „Die Ergebnisse der Pflegekassenbefragung sowie die Fallstudien machen allerdings ebenfalls deutlich, dass sich die im Rahmen der Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI durchgeführten Leistungen momentan überwiegend auf eine einmalige Information und Beratung zum Leistungsrecht im Zusammenhang mit Fragen der Pflegebedürftigkeit beschränken“ (ebd.: 281). Dass bei den Pflege- bzw. Krankenkassen 36% und bei den Sonstigen 39% der Beratungen „eher oder gar nicht zur Verbesserung der Pflegesituation beigetragen haben“ (ebd.: 272), kann nicht befriedigen. Die mit insgesamt 74% als deutlich hilfreicher eingeschätzte Beratung von ambulanten Diensten und Wohlfahrtsverbänden wird bei ersteren mit deren engeren Bezug zur häuslichen Pflegesituation und bei Wohlfahrtsverbänden mit deren niedrigschwelligen Betreuungs- und Unterstützungsangeboten begründet.

Neben dieser bundesweiten Studie finden sich eine ganze Reihe von Publikationen, die die Darstellung und Evaluation trägerspezifischer Konzepte im Zuge der Einführung der Beratung nach § 7a zum Gegenstand haben, wie etwa bei der DAK Gesundheit (Pajovic 2012), der AOK Baden-Württemberg (Török/Kapitzki-Nagler 2012) oder der COMPASS – Pflegeberatung für privat Versicherte und deren Angehörige (Suhr/Roccor/Calero/Beikirch 2009). Zudem werden auch die unterschiedlichen Wege der Länder zur Einrichtung von Pflegestützpunkten (Klie 2008) und die dabei auftretenden Strukturprobleme bspw. für Hessen (Hämel/Roher 2011) oder NRW (Klie 2009) in den Blick genommen. In Bremen, das sich nicht am Bundesmodellprojekt „Werkstatt Pflegestützpunkte“ beteiligt hatte, wurde vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen (Rothgang/Bauknecht/Bohns 2012) eine Evaluation der Pflegestützpunkte durchgeführt, ebenso in Hamburg durch die dortige Universität (Döhner/Köpke 2011). In drei Modellregionen Niedersachsens wurde in dem durch das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld wissenschaftlich begleiteten Modellprojekt „Case und Care Management im Rahmen trägerneutraler Pflegeberatung“ sogar über das herkömmliche Informations- und Beratungsangebot hinausreichende zielgruppenspezifische Unterstützungsangebote entwickelt und evaluiert (Wingenfeld/Kleina 2009). Methodisch stützen sich diese Evaluationen auf die Analyse von Dokumentationen, teils leitfadengestützte, teils standardisierte Expert*inneninterviews mit den Fachkräften der Pflegestützpunkte sowie den Nutzenden, Gesprächsrunden mit Vertreter*innen aller Beteiligtegruppen, standardisierte Verlaufsdocumentation durch das Case und Care Management in Verbindung mit vertiefenden Fallanalysen sowie schriftliche Befragungen bei den (potenziellen) Nutzenden der Pflegestützpunkte. Dabei kommt die Zielgruppe der älteren Zugewanderten jedoch kaum in den Blick, bzw. wird durch die gewählten Instrumente nicht hinreichend erreicht.

Dass darüber hinaus gesicherte quantitative Daten zur Pflegebedürftigkeit älterer, nach Deutschland Zugewanderter kaum verfügbar sind, liegt zum einen daran, dass die Erhebung der Staatsangehörigkeit bzw. des Migrationshintergrundes in der amtlichen Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes nach § 109 SGB XI nicht vorgesehen ist. Da sie für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK ebenfalls unerheblich ist, wird sie auch hier nicht erhoben. Nicht allein als *Pflegebedürftige*, sondern auch als *Pflegefachpersonen* werden Menschen mit Migrationshintergrund in den Daten der Pflegeberichterstattung nicht ausgewiesen (vgl. Habermann et al. 2009; Habermann/Schenk 2010). Lediglich mittels Daten des Mikrozensus können Aussagen zum Bezug von Pflegegeld bzw. -sachleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung abgeleitet werden, die zumindest das Niveau der ambulanten Pflegebedürftigkeit abbilden (Kohls 2010; 2012). Auf der Datenbasis des Mikrozensus 2005 hat Kohls in logistischen Regressionsanalysen Determinanten der Pflegebedürftigkeit bei Personen mit und ohne Migrationshintergrund ermittelt. Demnach weisen bei der Gruppe mit Migrationshintergrund die Personen mit Hilfsarbeitertätigkeiten sowie mit physisch besonders anspruchsvollen Tätigkeiten deutlich höhere und statistisch signifikante Pflegerisiken auf als Personen in sonstigen Berufstätigkeiten (Kohls 2012: 84). Dass bei Personen mit Migrationshintergrund keine signifikanten Unterschiede des Pflegerisikos nach dem Ausbildungsstand auftreten, während sie bei Personen ohne Migrationshintergrund besonders hoch und statistisch signifikant sind (vgl. ebd.), lässt sich auf der Basis der Untersuchungsergebnisse des SILQUA-Projektes AMIQUUS erklären. Die Mehrzahl älterer Zugewanderter hat trotz hoher Bildungsabschlüsse in ihren Herkunftsländern in Deutschland körperlich schwere Arbeit verrichten müssen, weil ihre Abschlüsse nicht anerkannt wurden bzw. sie keine dem Ausbildungsstand angemessene Anstellung fanden (vgl. May/Alisch 2013).

Aufgrund fehlender quantitativer Erkenntnisse zu pflegebedürftigen Personen mit Migrationshintergrund wurden im Rahmen der bereits erwähnten, von TNS Infratest Sozialforschung im Auftrag des BMG durchgeführten repräsentativen Studie zum Pflegeweiterentwicklungsgesetz explizit Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund in Privathaushalten, bei ambulanten Pflegediensten und in vollstationären Pflegeeinrichtungen befragt (vgl. BMG 2011). Unter Zugrundelegung der Erkenntnisse aus dieser repräsentativen Studie hatte sich für 2009 eine Gesamtzahl pflegebedürftiger Personen mit Migrationshintergrund von etwa 192.000 ergeben. Dies entspricht einem Anteil an allen Pflegebedürftigen von 8,2%, was sich nahezu mit dem Anteil Zugewanderter an der Gesamtbevölkerung über 65 Jahren deckt. Allerdings dürfte der schon im letzten Jahrzehnt überdurchschnittlich gestiegene Anteil von pflegebedürftigen Zugewanderten auch zukünftig noch „überproportional ansteigen, weil die Bevölkerung mit Migrationshintergrund derzeit noch eine wesentlich jüngere Altersstruktur als die Population ohne Migrationshintergrund aufweist“ (Kohls 2012: 93).

Der BMG-Studie zu Folge nehmen 79% der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund in Privathaushalten ausschließlich Pflegegeldleistungen in Anspruch. Der damit korrespondierende, ausgeprägte Wunsch, innerhalb der Familie gepflegt zu werden, wie er sich nicht nur in dieser Studie zeigte, entspricht jedoch ebenso wie andere pflegebezogenen Idealvorstellungen, weitgehend denen von Menschen ohne Migrationshintergrund (vgl. RKI 2008). Interessant ist in diesem Zusammenhang der Befund von AMIQUUS (vgl. May/ Alisch 2013), dass im Hinblick auf die Bereitschaft sich stationär versorgen zu lassen, kaum ein Unterschied besteht, ob es sich dabei um eine kulturspezifische (= 32%) oder nicht explizit kultursensibel ausgerichtete (= 30%) handelt. Allerdings variiert diese Bereitschaft sehr stark mit dem Bildungsgrad und dem Modernisierungsgrad des Milieus.

Mit dem Wunsch, innerhalb der eigenen Familie gepflegt zu werden, korrespondiert auch eine überdurchschnittlich hohe Pflegebereitschaft der Angehörigen, insbesondere der Frauen (vgl. BMG 2011;

Glodny et al. 2009; 2010). Dies sind meistens Ehefrauen, können aber auch Töchter oder Schwiegertöchter sein. Dass pflegebedürftige Zugewanderte Geldleistungen der Pflegeversicherung den Vorzug vor Sachleistungen geben und auf familiäre Unterstützung setzen, wird häufig mit der schlechteren Einkommenssituation von Zugewanderten im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund in Verbindung gebracht (vgl. auch Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 2005; Kohls 2012). Allerdings überwiegen nach Befunden des AMIQUS-Projektes (vgl. Alisch/May 2013) auch die unentgeltlich geleisteten Unterstützungsleistungen bei der Pflege von Kranken in der Familie deutlich die allgemeinen Quoten. So liegt die von AMIQUS bei älteren Zugewanderten ermittelte Quote bezüglich Unterstützungsleistungen durch Freunde und Bekannte bei der Sorge um Kranke in der Familie mit durchschnittlich 53% mehr als doppelt so hoch, wie der im Rahmen des DEAS (vgl. BMFSFJ 2012: 31) ermittelte allgemeine Durchschnittswert. In einem der AMIQUS-Untersuchungsquartiere, mit zwei großen ethnischen Communities, lag der Wert sogar bei 83%!

Interessant ist, dass in diesem Quartier mit 71% auch der höchste Unterstützungsbedarf im Rahmen des AMIQUS-Vergleiches angemeldet wurde. Dies deckt sich mit Befunden, wonach Angehörige die Pflege oft nicht in ausreichendem Maße leisten können (vgl. Schenk 2008; Ulusoy/Grässel 2010). Die im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund *unterdurchschnittliche* Nutzung von ambulanten Pflegediensten und anderen Angeboten des öffentlichen Gesundheitswesens (vgl. Knipper/Bilgin 2009, RKI 2008) wird einerseits fehlenden Sprachkenntnissen sowie kulturellen und familiären Barrieren, wie auch unzureichender Information über Versicherungsansprüche, Finanzierungsfragen und das Versorgungsangebot sowie geringem Vertrauen gegenüber öffentlichen Einrichtungen seitens der Zugewanderten zugeschrieben (vgl. Kohls 2012), aber auch deren erhöhtem Schamgefühl sowie einem kulturell unterschiedlichen Krankheitsverständnis (vgl. RKI 2008; Beauftragte 2010). Andererseits werden auf der Angebotsseite mangelnde Informationsmöglichkeiten über die Vielzahl von Verordnungen und Regelungen zur pflegerischen Versorgung sowie nicht mit den kulturellen und sozialen Wertvorstellungen, Lebensstilen und Bedürfnissen der verschiedenen Gruppen von Zugewanderten übereinstimmende, ethnozentrische Leistungskonturierungen und oft fehlende interkulturelle Kompetenz des Personals bemängelt (vgl. Schenk 2007; Beauftragte 2010; BMG 2011; Kohls 2012), den bei der pflegerischen Versorgung von Zugewanderten spezifischen Herausforderungen (vgl. Brzoska/Razum 2009, 2011, BMG 2011) angemessen zu begegnen. Diese können schon bei der Begutachtung (vgl. Brzoska/Razum 2009; 2011; Glodny et al. 2009) auftreten.

Im Zuge einer allseits zu beobachtenden Manualisierung wurde von der Hochschule Mannheim (Schäufele, www.zqp.de) für besonders komplexe Beratungssituationen mit dem auch als anwendungsfreundliche Software programmierten ZQP Pflegeberatungsinventar (PBI) ein, den gesetzlichen Vorgaben des SGB XI § 7a entsprechendes, multidimensionales Assessment-Instrument für die Pflegeberatung mit hilfe- und pflegebedürftigen Menschen selbst (Version „Selbstauskunft“) bzw. – davon nur in der Ansprache unterschieden – ihren Angehörigen (Version „Fremdauskunft“) entwickelt. Dieses erstreckt sich von den entsprechenden Sozialleistungen über gesundheitsfördernde, präventive, kurative und rehabilitative Angebote bis hin zu weiteren medizinischen, pflegerischen und sozialen Hilfen.

Parallel und in Abstimmung mit den Beratungen eines Beirates des Bundesgesundheitsministeriums, in dem der Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI überprüft und Empfehlungen zu dessen Neufassung formuliert werden, hat das Institut für Pflegewissenschaft -IPW- an der Universität Bielefeld in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (MDK WL) ein neues Begutachtungsverfahren entwickelt. Im Unterschied zur derzeit geltenden Begutachtung

fungiert in dem neuen Begutachtungsassessment zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (NBA) nicht die aufzuwendende Zeit für die Durchführung einzelner Verrichtungen als Maßstab des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit, sondern der Grad der Selbstständigkeit – operationalisiert anhand der Indikatoren: Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheits-/ therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte.

Demgegenüber haben Christa Hüper und Barbara Hellige (2012: Kap. 5) am Beispiel zweier Evaluationsstudien zu offeneren Konzepten der Pflegeberatung zeigen können, dass solche allgemeinen und eher technisch-sachlichen Aspekte weniger wichtig waren als die Klärung und Deutung der individuellen Lebenssituation. Darüber hinaus haben die Autorinnen in einer machtanalytischen Studie (ebd.: Kap. 3) überzeugend herausgearbeitet, dass Nutzende auf solches zweckrationale, instrumentelle Wissen und Handeln oft mit Eigensinn (bzw. einer zweckrationalen Betrachtung als eigensinnig erscheinenden Bewältigungsmustern) reagieren, da dieses für ihre eigene Lebenskomplexität zu kurz greift. Vor dem Hintergrund der AMIQUUS-Studie ist dies gerade auch bei älteren Zugewanderten höchst wahrscheinlich (vgl. Alisch/May 2010).

Hüper/Heiliges Vorschlag, die verschiedenen Wissenstypen in einem hermeneutischen Fallverstehen zu vereinigen, haben sie zu einem Modell kooperativer Pflegeberatung ausgearbeitet, das die Konzepte der Krankheitsverlaufskurve von Corbin & Strauss und der Salutogenese von Antonovsky mit dem integrativen Beratungsmodell von Sander zu vermitteln sucht. An dieses haben die im Rahmen von OPEN entwickelten, neuen Ansätze von Pflegeberatung ebenso anzuknüpfen versucht, wie an die von Regina Becker (2008) als Konsequenz ihrer diskursanalytischen Dissertation zur Beratung von pflegenden Angehörigen entwickelten „Konturen einer feministischen Angehörigenberatung“. Als zugleich macht- und differenzsensible in einem umfassenden Sinne zu lesende sind diese ebenfalls eher fallbezogen hermeneutisch ausgerichtet. Sie stehen damit der abstrakt pflegewissenschaftlich abgeleiteten und von daher gleichermaßen kontextlosen, wie instrumentalistischen „best-practice-Beratung von informell Pflegenden“ entgegen, wie sie bspw. von Allwicher (2010) propagiert wird.

In kritischer Auseinandersetzung mit zwei wissenschaftlichen Evaluationsstudien zum Qualitätsmanagement in der Pflegeberatung verdeutlichen Hüper/Hellige (2012: Kap 2) darüber hinaus, dass mit der hohen Definitionsmacht von Medizin und Ökonomie im Gesundheitswesen sich auch eine Deutungsmacht über Daten und Wissen verbindet. Nur schwer oder gar nicht quantifizier- und messbare Aspekte der Koproduktion in der Pflegeberatung und dem daraus entwickelten Case bzw. Care Management von Pflegearrangements kommen dabei als Beratungsqualität erst gar nicht in den Blick. Diese Kritik betrifft auch die als interkulturelle Vergleichsstudie zur Sozialpolitik einzuordnende Dissertation von Michael Mattern (2011) zu „Strukturen, Funktionen und kultur-historische Entwicklung der psychosozialen Beratungsstellen mit dem Angebot gebührenfreier Lebensberatung in Deutschland und in den USA“. So versucht er über den direkten Vergleich etlicher struktureller Einzelaspekte von (auch Pflege-) Beratung am Beispiel von Bremen und Columbus, Ohio in den USA, die Effektivität des jeweiligen Systems zu bewerten und im Sinne eines Benchmarking die Stärken der jeweiligen Systeme zu vergleichen.

Vermittelt trifft die Kritik von Hüper/Hellige auch den spezifischer auf die interkulturelle Pflegeberatung ausgerichteten Beitrag von Stefan Schmidt (2009) auf der Basis eines kurzen Überblicks über die Versorgungssituation älterer hilfe- und pflegebedürftiger Zugewanderter in Deutschland und der Entwicklungen im Zuge des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes. Zwar gründen die Empfehlungen zur

Pflegeberatung von russischsprachigen Zugewanderten aus der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS) von Olga Mayer und Irina Becker (2011) auf einer von ihnen durchgeführten Befragung zu „Zugangsmöglichkeiten und Elemente einer gelungenen Pflegeberatung“ mit russischsprachigen Migrant*innen und Mitarbeiter*innen des Pflegestützpunktes „Berliner Freiheit“ in Bremen. Sie wurden jedoch in klassischer Manier von den beiden Autorinnen aus ihren Befunden „abgeleitet“ und nicht mit den Beteiligten ausgehandelt.

Sicher hat Kohls Recht, wenn er für die Weiterentwicklung eines entsprechenden Versorgungsangebots weitere Studien für nötig erachtet, „die den quantitativen und qualitativen Pflegebedarf im Zeitverlauf dokumentieren sowie eine systematische und zielgerichtete Analyse der erhobenen Daten erlauben“ (2012: 91). Dies ist von OPEN durchaus aufgegriffen worden. Allerdings war OPEN darüber hinaus bestrebt, vermittels eines partizipativ angelegten Prozesses formativer Evaluation die Beteiligten in alle Phasen der Praxisforschung aktiv mit einzubinden. Nur so schien eine Umsetzbarkeit der von Kohls zur „interkulturellen Öffnung“ der Pflege als weiter notwendig erachteten Ziele möglich, wie sie ganz ähnlich auch in aus dem „Arbeitskreises Charta für eine kultursensible Altenpflege“ hervorgegangen Publikationen (vgl. Baric-Büdel et al. 2009; Glodny et al. 2009) als Forderungen erhoben wurden. Hierzu zählen u. a. der „Abbau von Zugangsbarrieren, die Erhöhung des Bekanntheitsgrades von Einrichtungen, die Förderung der interkulturellen Kompetenz der Mitarbeiter, die Schaffung bedarfsgerechter Dienste und Angebote“ (Kohls 2012: 91). Auch den von Kohls darüber hinaus konstatierten Optimierungsbedarf hinsichtlich der Kooperation und Vernetzung mit zumeist von Migrationssozialdiensten und anderen interkulturell orientierten Einrichtungen unterbreiteten Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige (vgl. ebd.) sollte auf diese Weise in OPEN in exemplarischer Weise angegangen werden.

5. Zusammenarbeit mit anderen Stellen

Als WPK-Partner fungierten in OPEN die Pflegestützpunkte Mainz, Landkreis Mainz/Bingen, Ludwigshafen, Linz am Rhein, Rheingau-Taunus-Kreis, Main-Kinzig-Kreis, Kreis Darmstadt/Dieburg, Stadt und Landkreis Gießen sowie aus Wiesbaden die Beratungsstellen für selbständiges Wohnen im Alter. Eingebunden in den wissenschaftlichen Beirat und im Hinblick auf die Dissemination der Ergebnisse war die Abteilung „Integration“ – damals noch des Hessischen Ministeriums der Justiz, für Integration und Europa, später dann des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration –, das Referat Pflege des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz, der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe, die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management sowie das Centrum für Angewandte Wirkungsforschung in der IKJ ProQualitas GmbH und MainCare-er.

II. Eingehende Darstellung

1. Verwendung der Zuwendung: Erzielte Ergebnisse im Einzelnen, mit Gegenüberstellung der vorgegebenen Ziele

Die eingehende Darstellung der im Praxisforschungsverbund OPEN erzielten Ergebnisse orientiert sich an den eng miteinander verzahnten vier Arbeitsschwerpunkten der Vorhabenbeschreibung. Zwar gab es in der Zusammenarbeit der drei beteiligten Hochschulen Federführungen bei den einzelnen Arbeitsschwerpunkten. Geforscht wurde jedoch Hochschulübergreifend. Zudem wurden alle Forschungsansätze stets mit den WPK-Partner*innen eng rückgekoppelt und die erzielten Ergebnisse intensiv mit diesen diskutiert und reflektiert – vor allem im Hinblick auf die praktischen Konsequenzen. Letztere wurden stets von den WPK-Partner*innen selbst entschieden und umgesetzt – praxisforschend von OPEN durch die skizzierten Ansätze formativer Evaluation begleitet.

Federführend in der Rekonstruktion der Nutzungsorientierungen auf der Basis des Datenmaterials der Zukunftswerkstätten sowie bei den Beratungsanalysen war die Hochschule RheinMain, bei der quantitativen Auswertung der Portaltechniken sowie bei den Netzwerkanalysen die Katholische Hochschule Mainz und bei den Qualifizierungsmodulen die Frankfurt University of Applied Sciences.

1.1 Portaltechniken

1.1.1 Überwindung von Nutzungsbarrieren

Als wirksamste Portaltechnik erwies sich die Überreichung von muttersprachlichen Flyern in einfacher Sprache zum Angebot von Pflegestützpunkten durch migrantische Arzthelfer*innen. Ähnlich erfolgreich zeigten sich entsprechende Informationen durch in den meisten Modellregionen von OPEN existierende Integrationslots*innen, da diese sehr stark in ihren jeweiligen ethnischen Communities verwurzelt und von daher bekannt sind. Diesbezüglich konnte in OPEN erreicht werden, dass in Wiesbaden die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter die Kosten für Integrationslots*innen übernehmen und diese nicht erst nach einem Erstbesuch der Zugewanderten von den Fachkräften beantragt werden müssen, was die Zugänge deutlich erleichtert hat.

In den SILQUA-Projekten AMIQUUS (May/Alisch 2013) und „ÖFFNA: Neue Informations- und Vermittlungswege für ältere Menschen im Stadtteil“ erwiesen sich migrantische Friseursalons, Lebensmittel-läden (für Frauen) und Cafés (für Männer) als zentrale Orte der Information und des Austausches für Zugewanderte. Wenig erfolgreich waren allerdings Versuche in OPEN, darüber in gleicher Weise wie durch migrantische Arzthelfer*innen mit Hilfe der Überreichung von muttersprachlichen Flyern in einfacher Sprache über das Angebot von Pflegestützpunkten zu informieren. Nicht nur, dass viele in solchen Geschäften Tätige dies ablehnten. Der Bedarf an einer Unterstützung bei der häuslichen Pflege ist an diesen Orten kein Thema. Für die Mehrzahl der Zugewanderten scheint eine Unterstützung bei der häuslichen Pflege grundsätzlich tabu zu sein. So zeigten sich in der wissenschaftlichen Begleitung des Case Management von Pflegestützpunkten durch OPEN Fälle, in denen – entgegen aller Rede von kultursensibler Pflege – die Angehörigen Wert darauf legten, dass sie Unterstützung von einem Pflegedienst bekommen, in dem niemand aus der eigenen ethnischen Community tätig ist, und dass auch kein Auto, das als Fahrzeug des Pflegedienstes erkennbar ist, vor der Wohnung parkt, damit niemand aus dieser Community merkt, dass die Familie Unterstützung bei der häuslichen Pflege eines Angehörigen bekommt. Aus gleichem Grund haben andere auf eine Unterbringung eines pflegebedürftigen Angehörigen in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege außerhalb des Wohnortes bestanden.

Vor diesem Hintergrund wurde von OPEN auch versucht, dies gemeinsam mit den WPK-Partnern in entsprechenden Informationsveranstaltungen bei Kultur- und Moscheevereinen zu thematisieren. Besonders erfolgreich waren Veranstaltungen in einem internationalen Frauenzentrum, in dem sich auch Gruppen älterer Frauen aus verschiedenen Kulturkreisen regelmäßig treffen. Es gelang dabei in hohem Maße diese Frauen als Multiplikatorinnen zu gewinnen, dass sie entsprechende Flyer in ihrer Muttersprache an potenziell Betroffene weitergeben und zu einer Nutzung der Pflegeberatung ermutigen.

1.1.2 Zur Durchführung und Auswertung der Zukunftswerkstätten

Ein weiteres zentrales Element im Arbeitsschwerpunkt *Portaltechniken* war die Durchführung von Zukunftswerkstätten in den Modellregionen. In Wiesbaden wurden sogar zwei Werkstätten durchgeführt, davon eine reine Frauenzukunftswerkstatt in Kooperation mit dem Internationalen Frauenzentrum. Leider konnten nicht alle dort von den Betroffenen entwickelten Vorschläge gemeinsam mit den WPK-Partnern umgesetzt werden, weil diese nicht die erforderlichen Ressourcen dazu akquirieren konnten. Dies betrifft besonders die Idee eines Info-Busses für ländliche Regionen und die Idee einer Telefonberatung in Muttersprache.

In der Auswertung des über die Audioaufzeichnungen der Zukunftswerkstätten gewonnenen Datenmaterials war ursprünglich geplant, ähnlich wie zuvor im AMIQUUS-Projekt (vgl. May/Alisch 2013: 94ff.; 98ff.) auf komparatistische Weise sowohl eine Typologie gesundheits- und pflegebezogener Probleme, wie auch getrennt davon eine Typologie diesbezüglicher Interessen zu rekonstruieren. Vermutlich ist die im Vergleich zum AMIQUUS-Projekt sehr viel engere inhaltliche Fokussierung der Zukunftswerkstätten von OPEN der Grund dafür, dass bei der komparatistischen Auswertung des darüber gewonnenen Datenmaterials sich Probleme (= Nutzungshemmnisse sozialer Dienstleistungsproduktion im Bereich Pflege und Gesundheit) und Interessen (= Ansprüche an eine entsprechend nutzungsfreundliche Ausgestaltung solcher Angebote) als gleichsam zwei Seiten der jeweils selben Medaille erwiesen (zur Operationalisierung des Interessenbegriffes vgl. Ritsert 1977: 174 f.; zum Verhältnis von Interesse und Problem Prondczynsky 1980: Kap. III. sowie May 2011a: Kap. 2.2).

Dies zeigte sich schon bei der Durchführung der Werkstätten dahingehend, dass sich nicht nur sehr häufig die gleichen Themen über die drei Phasen der Kritik-, Utopie- und Konkretisierungsphase der Zukunftswerkstätten hindurchtrugen, sondern es auch in der Moderation schwierig war, die Intention der jeweiligen Phase zur Geltung zu bringen, weil die von den Beteiligten zur Sprache gebrachten einzelnen Themen immer wieder zwischen Problematisierungen und der Thematisierung von Nutzungshemmnissen einerseits sowie Wünschen bzw. Nutzungsansprüchen andererseits hin und her oszillierten.

Entsprechend konnten Codes, wie sie im Rahmen der inhaltsanalytischen Auswertung der Audiodateien der Zukunftswerkstätten im Anschluss an Ritserts (1972) Ansatz *topischer Textexegese* aus diesem Material gewonnen wurden, nicht nur gleichermaßen auf alle drei mit den Phasen der Zukunftswerkstatt korrespondierende Dimensionen bzw. Kategorien von *Problemen*, *Interessen* und *Ressourcen* bezogen werden. Es entstand in der Kodierung solcher als Problemschilderungen oder sich darin zugleich artikulierender Wünsche (oder auch umgekehrt) nicht klar differenzierbaren Gesprächspassagen zudem häufig die Schwierigkeit, ob sie nur unter der mit der jeweiligen Phase der Zukunftswerkstatt korrespondierenden Oberkategorie (z. B. *Problem*) oder auch anderen (z. B. *Interesse*) zu erfolgen hat. Vor diesem Hintergrund beschränken sich die Häufigkeitsangaben zu den in

den Zukunftswerkstätten thematisieren Nutzungshemmnisse im Folgenden auch nur auf eher relationale Aussagen.

Da sich mittlerweile die Nutzungsforschung, wie sie maßgeblich von Schaarschuch und Oelerich (2005) auf der Basis einer ausgearbeiteten Theorie sozialer Dienstleistungsproduktion vorangetrieben wird, auch im Hinblick auf Fragen der Nichtnutzung (Herzog/Kunhenn/May/Oelerich/Schaarschuch/Streck 2018) geweitet hat, soll Schaarschuchs (1996) analytisches Modell mit seinen verschiedenen Ebenen – von den gesellschaftlichen Bedingungen der Erbringung sozialer Dienstleistungen, über deren Erbringungskontext, bis hin zum Erbringungsverhältnis – herangezogen werden, um die verschiedenen in OPEN ermittelten Nutzungshemmnisse der Pflegeberatung systematisch in summarischer Form darzustellen.

1.1.3 Zu den Ergebnissen der systematischen Rekonstruktion in den Zukunftswerkstätten thematisierter Nutzungshemmnisse

Auf der Ebene der gesellschaftlichen Bedingungen der Erbringung personenbezogener Dienstleistungen im Bereich Pflege bringt zunächst einmal objektiv die Stratifizierung von Anspruchsberechtigungen Zugewanderter, je nach Aufenthalts- und Wohnstatus, entsprechende Nutzungsausschlüsse mit sich. So wurden am zweithäufigsten im Rahmen der Zukunftswerkstätten Nutzungshemmnisse thematisiert, wie sie sich aus versagten, mangelnden oder aber auch nicht bekannten Anspruchsberechtigungen in Bezug auf Leistungen des bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitssystems ergeben. Etwa halb so häufig wurden mangelnde Leistungen der Krankenkassen oder Schwierigkeiten bei deren persönlicher Nutzbarmachung problematisiert.

Der ebenfalls in den Zukunftswerkstätten sehr stark thematisierte Ressourcenmangel verweist sowohl auf solche skizzierten Nutzungshemmnisse und -ausschlüsse auf der Ebene der gesellschaftlichen Bedingungen, betrifft aber auch schon die Ebene des Erbringungskontextes. Zwar ist prinzipiell eine Nutzung der Institution Pflegestützpunkt als kostenfreie soziale Dienstleistung allen möglich. Allein jedoch wo ein Pflegestützpunkt konkret räumlich angesiedelt ist, wie er mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar ist, wie er zugänglich ist, kann Nutzungshemmnisse mit sich bringen. Und obwohl Pflegestützpunkte als Teil des öffentlichen Gesundheitssystems aufgefördert sind, unabhängig von der Trägerschaft Pflegebedürftige und ihre Angehörige neutral zu beraten und zu begleiten, kann die jeweilige Trägerschaft – in dem Maße wie sie in Kollision mit religiösen und weltanschaulichen Orientierungen der Zugewanderten gerät – zu einem Nutzungshemmnis werden.

Bezüglich der Dimension Organisation entstehen für viele Zugewanderte Nutzungshemmnisse, wenn eine Pflegeberatung nur auf der Basis einer vorhergehenden Terminvereinbarung möglich ist und es keine diesbezügliche offene Sprechzeit gibt. Ein weiterer einschränkender Faktor ist, in welcher Weise Lotsen- und Übersetzungsdienste angeboten werden und wie diese finanziert werden. Wenn z. B. die Bezahlung eines Lotsendienstes nur durch den Pflegestützpunkt selbst beantragt werden kann, schränkt dies die Nutzung für Zugewanderte mit Sprachschwierigkeiten und damit verbundenen Unsicherheiten gegenüber Institutionen deutlich ein. Dies betrifft dann noch einmal in besonderem Maße die Art und Weise, wie Pflegestützpunkte neben ihrer Komm-Struktur auch eine Geh-Struktur in Form von Hausbesuchen organisieren.

Auch Fehlbehandlungen und Fehldiagnosen als die in den Zukunftswerkstätten am häufigsten thematisierten Probleme, verweisen zumindest teilweise auf Problematiken der Institutionalisierung und Organisation im Gesundheitswesen. Das von der Häufigkeit mit nur geringem Abstand folgende und genauso häufig wie versagte, mangelnde oder aber auch nicht bekannte Anspruchsberechtigungen in

Bezug auf Leistungen des bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitssystems thematisierte Nutzungshemmnis, war das der „Missachtung“. Ebenso wie bezüglich des in die gleiche Richtung gehenden, aber deutlich schärfer akzentuierten und deshalb auch nur halb so häufig thematisierten Aspektes der „Diskriminierung“, wurden daraus sich ergebende Nutzungsbarrieren vor allem auf der Ebene des Erbringungsverhältnisses thematisiert, weil sie dort direkt erfahren werden. Weitaus seltener wurden Formen der institutionellen Diskriminierung (Gomolla 2007) problematisiert, welche Nutzungshemmnisse vor allem auf der Ebene des Erbringungskontextes in das Blickfeld rücken.

Deutlich weniger thematisiert wurden Nutzungshemmnisse, wie sie sich aus der in der Literatur sehr stark in den Vordergrund gerückten sprachlichen Verständigungsproblematik ergeben. Interessanterweise wurde dabei die ärztliche Fachsprache mehr als doppelt so häufig als Nutzungshemmnis erlebt, wie allgemeine Verständigungsschwierigkeiten aufgrund ihrer unzureichenden Deutschkenntnisse. Letzteres betrifft nicht nur das Erbringungsverhältnis, sondern – wie bezüglich Lotsen- und Übersetzungsdienste schon angesprochen – auch Nutzungshemmnisse, die auf der Ebene der Organisation des Erbringungskontextes anzusiedeln sind. Wird diese allgemeine Sprachproblematik ins Verhältnis zu Nutzungshemmnissen gesetzt, die sich aus Missachtungserfahrungen ergeben, so wurden letztere in den Zukunftswerkstätten sieben Mal so häufig thematisiert.

Ebenso wurden auch aus mangelnder Kultur- und Religionssensibilität sich ergebende Nutzungshemmnisse deutlich häufiger thematisiert als die aus Sprachschwierigkeiten resultierenden. Und auch diese Dimension von Nutzungshemmnissen aufgrund mangelnder Kultur- und Religionssensibilität betrifft nicht allein das Erbringungsverhältnis, sondern tangiert auch die Ebene des Erbringungskontextes, könnten diese doch durch spezielle Angebote überwunden werden.

Bei dieser summarischen Bilanzierung der in den Zukunftswerkstätten thematisierten Nutzungshemmnissen deutet sich schon an, dass viele dieser Nutzungshemmnisse nicht unabhängig von Nutzungswünschen zu betrachten sind. In der *komparatistischen* Auswertung des über die Zukunftswerkstätten gewonnenen Datenmaterials zeigten sich aber nicht nur ebenfalls solche Parallelen zwischen von den Teilnehmenden artikulierten *Problemen* und *Interessen*. Darüber hinaus wurden auch starke Analogien deutlich, wie die in solchen Problemschilderungen oder Wunschvorstellungen aufscheinenden Ansprüche von ihnen zugleich auf den Modus bezogen wurden, in denen sie in Fragen von Gesundheit und Pflege sowohl angesprochen wie informiert und beraten als auch versorgt werden wollen. Da diese Ansprüche an einen solchen Modus zugleich noch in hohem Maße mit mehr oder weniger explizit artikulierten Vorstellungen von Gesundheit korrespondierten, ließ sich in Anlehnung an Bohnsack (2007: 230) abduktiv auf einem hinter all diesem stehenden und deren *Homologie* ausmachenden, gemeinsamen *Orientierungsrahmen* schließen, der sich in all diesen entsprechenden Äußerungen *dokumentiert*.

1.1.4 Zur Rekonstruktion idealtypischer Nutzungsorientierungen aus dem Datenmaterial der Zukunftswerkstätten

Aus dem Datenmaterial der Zukunftswerkstätten ließen sich zwei sich grundlegend unterscheidende *Nutzungsorientierungen* bezüglich personenbezogener sozialer Dienstleistungen im Bereich Gesundheit und Pflege durch Zuspitzung im Hinblick auf die Konsequenz und Widerspruchsfreiheit *idealtypisch* rekonstruieren. Der eine diesbezügliche *Orientierungsrahmen*, in Folge als A-Typus gekennzeichnete, lässt sich mit den Begriffen *persönlich – emotional – ganzheitlich – verlässlich*, der B-Typus mit den Begriffen *professionell – sachlich – spezialisiert – verbindlich* umreißen.

Am weitesten in der untersuchten Gruppe älterer Zugewanderter verbreitet war der *Orientierungsrahmen A*, der sich vor allem bei denjenigen findet, die noch stark durch den Erfahrungszusammenhang landwirtschaftlicher und handwerklicher, wenn nicht gar subsistenzwirtschaftlicher Produktionsweisen geprägt sind. Sie wollen *persönlich* angesprochen und beraten werden. Ihre Informationen beziehen sie vorwiegend aus dem Kreis der Freunde und Bekannten aus der eigenen Community und Nachbarschaft. Entsprechend erwarten sie eine Erstinformation über professionelle personenbezogene Dienstleistungen über die Sozialgefüge, in denen sie sich bewegen. Auch von Professionellen erwarten sie nicht nur eine *persönliche* Ansprache, sondern darüber hinaus eine Beratung und Behandlung, die sie individuell als Person adressiert, und von der sie sich so auch *emotional* abgeholt und angenommen fühlen.

Die Reproduktions- und Handlungslogik des *Typus A* lässt sich mit Timm Kunstreich als eine von *Verlässlichkeit* kennzeichnen. Charakterisiert ist diese durch persönliches Vertrauen, das „nie an eine Institution gebunden“ (2012: 90) ist, sondern „in Beziehungen [entsteht], die keine ‚Eintrittskarten‘ verlangen und keine instrumentellen Zwecke verfolgen, die Begegnung im Sinne von Martin Bubers sind: [...] sinnliche Begegnung zweier Subjekte“ (ebd.). *Verlässlichkeit* zielt dabei auf „die mehr oder weniger bedingungslose bzw. parteiliche Mobilisierbarkeit von ‚guten Diensten‘ zur Bewältigung von Lebenskatastrophen, in Not- und Ausschließungssituationen“ (Bareis/Cremer-Schäfer 2013: 167) und damit auch auf „die nur begrenzt ‚gegenseitig‘ zu organisierende Arbeit der Betreuung und Versorgung“ (ebd.: 166) – im Kontext von OPEN besonders im Falle von Pflegebedürftigkeit. D. h. dass *Verlässlichkeit* zwar auf Wechselseitigkeit angelegt ist, aber die ‚guten Dienste‘ nicht streng gegengerechnet werden.

Da sich diese Gruppe von einer Vielzahl personenbezogener Dienstleistungen nicht nur durch bürokratische Hemmnisse und Sprachbarrieren ausgeschlossen sieht, sondern auch durch mangelnde, auf ihre Lebenssituation und Lebensweisen zugeschnittene Zugänge bzw. Portale, geht es um die „Nutzbarmachung“ (Bareis 2012) solcher Angebote der „etablierten sozialstaatlichen Wohlfahrt (Bearbeitung der administrativen Anforderungen und Blockierungen: Anträge, [...] Versicherungsbürokratien etc.)“ (Bareis/Cremer-Schäfer 2013: 166f.). Um dabei „Waren und [...] bürokratieförmig bzw. expertokratisch angebotene[] soziale [] Dienstleistungen in Ressourcen mit ‚Gebrauchswerten‘ für das Betreiben eines eigenen Lebens“ (ebd.) zu verwandeln, bedarf diese Gruppe weiterer durch *Verlässlichkeit* geregelter ‚guter Dienste‘ aus dem unmittelbaren persönlichen Lebensumfeld.

Sehr viel kompatibler mit „bürokratieförmig bzw. expertokratisch angebotenen sozialen Dienstleistungen“ (ebd.) erweist sich der *Orientierungsrahmen B*. Verbreitet findet er sich bei denjenigen, die schon durch einen Erfahrungszusammenhang individueller Reproduktion geprägt wurden, den Martin Kohli (2003) als „Institutionalisierung des Lebenslaufs“ beschrieben hat. Aber auch bei Menschen, deren Sozialisation einem „Paradigma des Lebenslaufs als Entfaltung des idealen, inneren Selbst und dessen Suche nach der wahren Bestimmung“ (Cohen 1986: 84) folgte, finden sich solche Orientierungen – wenngleich häufig mit ungewöhnlichen Überlappungen zu Aspekten des zuvor geschilderten *Orientierungsrahmen A*, die dann allerdings vor dem Hintergrund ihrer Sozialisation anders akzentuiert werden (vgl. May 2018).

Im Unterschied zum dargestellten *Orientierungsrahmen A* legt dieser zweite *Idealtypus B* – sowohl in seiner Kritik, wie auch in seinen Vorstellungen von einer entsprechenden „best practise“ – Maßstäbe an personenbezogene soziale Dienstleistungen an, die sehr stark einem durch Expertise gekennzeichneten *Professionalitätsmodell* folgen. Von daher werden auch – jeweils spezifisch für die Infor-

mation, Beratung sowie die ärztlich-medizinische und pflegerische Versorgung – eigene, mit der jeweiligen *Professionalität* einhergehende *Spezialisierungen* angemahnt. Zwar wird auch hier eine verständliche Ansprache erwartet. Allerdings steht deren *sachlicher* Gehalt im Vordergrund.

Was die Institutionalisierungsformen betrifft, so orientiert sich die Kritik an den bestehenden Formen personenbezogener sozialer Dienstleistungen – ebenso wie diesbezügliche Wunschvorstellungen – sehr stark an den wohlfahrtsstaatlichen Idealen unserer Demokratie, die Thomas Marshall (1992) mit seinem Konzept von *Citizenship*, als Einräumung gleicher ziviler, politischer und sozialer Rechte in charakteristischer Weise umrissen hat. Vor diesem Hintergrund wurden von denjenigen, die diesen *Orientierungsrahmen B* teilen, in den Zukunftswerkstätten auch diverse Formen institutioneller Diskriminierung von Zugewanderten, zum Teil auch Formen von Rassismus problematisiert.

Im *Idealtypus A* stehen demnach – der Terminologie Max Webers folgend – „persönliche [] Pietätspflichten und konkrete [] persönliche [] Würdigung des Einzelfalles gerade »unter Ansehen der Person«“ (1988: 546) in primär emotional ausgerichteten Beziehungsverhältnissen im Vordergrund. Demgegenüber liegt dem *Orientierungsrahmen B* idealtypisch ein Gerechtigkeitsideal zugrunde, dem zu Folge wohlfahrtsstaatliche Dienstleistungen „sachlich, »ohne Ansehen der Person«“ (ebd.) – d. h. auch unabhängig von Religion, Hautfarbe und Herkunft – „»sine ira et studio«, ohne Haß und daher ohne Liebe“ (ebd., S. 545): eben *professionell* – *sachlich* – *spezialisiert* zu erbringen sind.

Vor diesem Hintergrund beriefen sich dann einige des *Nutzungsorientierungstypus B* auch auf das bundesdeutsche allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG). Zugleich orientierten sie sich in ihrer Kritik, wie auch ihren Vorstellungen von einer hohen Qualität sozialer Dienstleistungen an einer Handlungslogik der *Verbindlichkeit*, wie sie sich einerseits in entsprechenden rechtlichen Grundlagen und in klaren administrativen Regelungen ihrer wohlfahrtsstaatlicher Ausgestaltung manifestiert, deren „Gewährung oder Verweigerung [...] grundsätzlich der Verwaltungsgerichtsbarkeit“ (Kunstreich 2012: 87f.) unterliegt, die aber auch in expliziten vertraglichen Vereinbarungen Gestalt gewinnt. Andere gingen in ihrer Kritik von Nutzungsbarrieren darüber hinaus, in dem sie sich auf die allgemeine Erklärung der Menschenrechte stützten oder sogar die unterschiedliche Gewährung und Ablehnung sozialstaatlicher Leistungen abhängig vom Aufenthaltsstatus der Zugewanderten oder deren Versicherungsansprüchen deutlich kritisierten und so zumindest implizit die Ideale von *Citizenship* gegen die bundesdeutsche Rechts- und Verwaltungspraxis reklamierten.

Interessanterweise ließen sich keinerlei sich durchtragende ethnische Differenzierungen in den Nutzungsorientierungen feststellen. Und wenngleich es in den Zukunftswerkstätten vielfältige Äußerungen dahingehend gab, dass z. B. Frauen nicht möchten, dass ihre pflegebedürftigen Männer von jungen Frauen versorgt werden, ließ sich auch keine sich durchtragende Geschlechtsspezifik in den Nutzungsorientierungen finden. In ihrer Soziogenese ließen sich die beiden idealtypisch rekonstruierten *Orientierungsrahmen* allein vor dem Hintergrund bestimmter *Reproduktionskodes* erklären (May 2018), deren Bedeutung vor dem Hintergrund der britischen, auf Edward P. Thompson (1979) und Phil Cohen (1986) zurückgehenden Theorie so auch für die „Sozialisations- und Bildungsgeschichte“ (Bohnsack 2007: 232) der in OPEN interessierenden Gruppe der Zugewanderten nachgezeichnet werden konnte.

Zeigen ließ sich auch, wie solche *Reproduktionskodes* nicht nur geschlechtsspezifische, sondern auch religionsspezifische Vorstellungen einer angemessenen pflegerischen Versorgung überformen. Während die Religion bei den noch sehr stark vom subsistenzwirtschaftlichen geprägten Erfahrungszusammenhang des *Erbes der Fertigkeiten* geprägten Zugewanderten gravierenden Einfluss auf die

Organisation ihres Alltagslebens und damit auch die Bereiche Gesundheit, Hygiene und Pflege ausübt – weshalb statt von *Kultursensibilität* sogar eher von *Religionssensibilität* zu reden wäre –, ist sie bei den von anderen Reproduktionskodes Geprägten – wenn überhaupt – auf einen speziellen Bereich der Spiritualität begrenzt und erwies sich von daher für die in OPEN relevanten Fragen von Gesundheit und Pflege als weitgehend unbedeutend.

1.2 Pflegeberatung

Im Rahmen des Arbeitsschwerpunktes Pflegeberatung konnten 22 komplette, im Kontext der mit OPEN kooperierenden Pflegestützpunkte durchgeführte Beratungszyklen – mit entsprechend aufgezeichneten Beratungsgesprächen, anschließenden Telefoninterviews mit Beratenen und Beratenden, Rückkopplung der Analysen an die Beratenden und eventuellen Nachsteuerungen seitens der Beratenden – untersucht werden. Im Vordergrund standen dabei zunächst einmal insbesondere Formen wechselseitiger Abstimmung und Koproduktion sowie diesbezüglich auftretende Probleme im Zusammenhang mit weiteren allgemeinen Paradoxien (vgl. Schütze 2000) und Dilemmata (vgl. May 2008: 59ff) professioneller Beratung sowie unterschiedliche Qualitätsansprüche.

1.2.1 Dilemmata der Pflegeberatung

Gemäß der Vorhabenbeschreibung wurden zunächst allen diesen uns zur Verfügung gestellten Audioaufzeichnungen mit Hilfe von MAXQDA Codes zugeordnet. Zurückgegriffen wurde dabei auf Kodierungen, wie sie in Auseinandersetzung mit den von Fritz Schütze (2000) rekonstruierten Paradoxien professionellen Handelns, den sie ergänzenden Antinomien Werner Helspers (2002) sowie den im Rahmen des AMIQUUS-Projektes rekonstruierten Critical Incidents (May/Alisch 2013: 117ff.) und den im Fachberatungsprojekt rekonstruierten Modi professioneller Beratung (May/Remsperger/Weidmann 2014) sowie Abstimmungsprozessen in Interaktionen (Remsperger 2011; May 2016) herausgearbeitet wurden, ergänzt durch aus den §§ 7a & c SGB XI deduzierten und offenen Kodierungen.

In der Gesamtauswertung konnte dabei als Grunddilemma der Pflegeberatung die Spannung zwischen einerseits der Notwendigkeit, auf die Individualität und Einzigartigkeit der Lebensverhältnisse der Beratenen eine passgenaue Antwort zu finden, und auf der anderen Seite diese zugleich unter im SGB geregelte Anspruchsberechtigungen zu subsumieren, rekonstruiert werden. Von diesem Grunddilemma leiten sich weitere ab, wie z. B. das auch von Schütze hervorgehobene der Berücksichtigung oder Ausblendung biographischer Hintergründe.

Ein weiteres bedeutendes Dilemma ergibt sich für die Pflegeberatung durch die Scham der Beratenen – vor allem im Hinblick auf Probleme der Verständigung und des Verstehens im Beratungsprozess. Diese muss erkannt werden, ohne dass es gesicherte Indikatoren dafür gäbe, was die Gefahr von Fehlinterpretationen birgt. Zudem erfordert sie einen professionellen Umgang, wobei deren direkte Thematisierung sie eher verstärkt, als dass sie darüber aufzulösen wäre.

Als Grunddilemma des Case Management von Pflegestützpunkten konnte schließlich die Spannung zwischen einer Förderung der Selbstständigkeit der Beratenen im Hinblick auf die (Re-)Produktion eines passgenauen Pflegearrangements und einer stellvertretenden Übernahme diesbezüglich zu bewältigender administrativer und organisationsbezogener Aufgaben herausgearbeitet werden.

Für all diese verallgemeinerbaren Dilemmata gibt es unter den gegenwärtigen gesellschaftlichen und rechtlichen Bedingungen sowie dem Erbringungskontext personenbezogener sozialer Dienstleistungen von Pflegestützpunkten keine Patentlösungen. Gerade deshalb erfordern diese Dilemmata im Hinblick auf eine situativ angemessene Handhabung höchste Professionalität. Entsprechend wurden

sie auch gemeinsam mit den WPK-Partnern intensiv im Hinblick auf unterschiedlichste Möglichkeiten des situativgerechten Umganges erörtert.

1.2.2 Idealtypische Modi von Pflegeberatung

Ausgehend von dem Grunddilemma der Pflegeberatung und auf der Grundlage entsprechender dichotomer Kodierungen von modi operandi – wie nah/distanziert, human/technisch, emotional/sachlich, spontan/routiniert, offen/strukturiert, an Singularität des Falles/Modell orientiert, generalistisch/spezialisiert, holistisch/symptomorientiert, abwartend-gewährend/interventionistisch – haben wir dann auch verschiedene Modi von Pflegeberatung idealtypisch rekonstruiert. Dazu wurden die entsprechend kodierten Passagen aus den Beratungsgesprächen transkribiert und auf dieser Datenbasis nach dem Prinzip „maximaler und minimaler Kontrastierung“ (Gerhard 1986: 69) sowie durch Zuspitzung im Hinblick auf die Konsequenz und Widerspruchsfreiheit *idealtypisch* fünf Modi von Pflegeberatung rekonstruiert. Deren Wirksamkeit galt es dann in einem zweiten Schritt auch fallspezifisch zu überprüfen. Um den Grad der Homologie der von uns idealtypisch rekonstruierten Modi von Pflegeberatung zu überprüfen, haben wir dann noch gezielt anhand der entsprechenden Kodierungen von modi operandi nach Brüchen/Wechseln zwischen diesen innerhalb einer Beratungssequenz gesucht, um deren Hintergründe zu analysieren. Zudem haben wir nach Bezügen zur Qualifizierung und beruflichen Stellung der jeweils nach einem solchen Modus Beratenden gesucht. Und schließlich haben wir auf der Grundlage von Beratungspassagen, die wir aufgrund entsprechender Kodierungen von wechselseitigen Prozessen der (Nicht-)Abstimmung ausgewählt haben, die Passungsverhältnisse dieser *Beratungstypen* zu den aus dem Material der Zukunftswerkstätten idealtypisch rekonstruierten *Nutzungsorientierungen* von Zugewanderten untersucht (May/Zein 2018).

Vor allem bei aus dem Bereich der Versicherung kommenden Fachkräften verbreitet fanden wir einen Beratungstypus, den wir als *SGB-orientiert* gekennzeichnet haben. Dieser trachtet das Grunddilemma der Pflegeberatung grundsätzlich zugunsten der gesetzlichen Vorgaben und formalen Strukturen aufzulösen. Er orientiert sich während eines Beratungsgesprächs an formalen Abläufen, wie einem Pflegegutachten oder einem Antrag. In den Beratungsaufzeichnungen wird deutlich, dass dieser Typus einen Fragenkatalog abarbeitet, der sich in der Regel aus einem solchen formalen Ablauf ergibt. Entsprechend trachtet dieser Typus die individuellen Fragen aus der Lebenswelt der Ratsuchenden in Leistungsansprüche der Sozialgesetzgebung zu übersetzen. Emotionsgeladene Gesprächsinhalte finden keine Resonanz und werden in der Beratung übergangen. Auch ist der *SGB-orientierte* Beratungstyp nicht darauf ausgerichtet, eine Beziehung zu Ratsuchenden aufzubauen, sondern legt den Beratungsfokus auf umfassende Information und Darstellung der Leistungsansprüche aus der gesetzlichen Pflegeversicherung. Dazu können Ratsuchende mit einer *Nutzungsorientierung* vom *Typus A* keinen Anschluss herstellen und reagieren mit einem innerlichen Ausstieg aus der Beratung. Eine Passung, im Sinne eines gemeinsamen Arbeitsbündnisses, kann bei einer *Nutzungsorientierung* des *Typus B* zustande kommen, ist aber beim *Nutzungstypus A* höchst unwahrscheinlich, da dessen Bedürfnisse, als ganze Person auch auf einer emotionalen Ebene wahrgenommen zu werden, nicht beantwortet werden.

Das Grunddilemma der Pflegeberatung in die genau gegenteilige Richtung aufzulösen versucht ein zumeist aus der Sozialen Arbeit kommender Beratungstypus, den wir als *am Fall orientiert* bezeichnet haben. In seiner Art und Weise der Beratung zeigt dieser sich eher zurückhaltend und überlässt die Strukturierung und Themensetzung eher den Ratsuchenden, weil er sich stärker auf die psychosoziale Begleitung und Unterstützung der Ratsuchenden nah an deren Lebenswelt stützt. So erarbeitet der *fallorientierte* Beratungstypus nicht nur fragend die Lebenswelt der Ratsuchenden, sondern versucht

in der Beratung zunächst stärker durch emotionale Unterstützung und Begleitung zu entlasten als durch sachliche Leistungsangebote, die eher hintenangestellt werden. Damit korrespondiert er sehr stark mit einer *Nutzungsorientierung* des *Typus A*, vernachlässigt aber die Sachorientierung, welche primäres Anliegen des *Nutzungstypus B* ist.

Ähnlich orientiert und ebenfalls bei Fachkräften stark verbreitet, die aus der Sozialen Arbeit kommen und eine beraterische Zusatzausbildung absolviert haben, ist ein dritter Beratungstypus. Dieser von uns als *tiefenexplorierend* gekennzeichnete Typus nimmt insbesondere eine fragende Haltung ein zur Abklärung der häuslichen und familiären Situation. Über ein Ansprechen von Gefühlen und Wahrnehmungen arbeitet er an einem Beziehungsaufbau. Auf der in dieser Weise doppelt bereiteten Grundlage, versucht er dann gemeinsam ein der häuslichen und familiären Situation angemessenes Pflegearrangement co-produktiv zu entwickeln. Allerdings kann dies bei Ratsuchenden des *Nutzungstypus B* auch misslingen, da die zunächst stärker fragende und weniger informierende Haltung leicht als aufdringlich erfahren wird. Ebenso können Reflexionsanregungen dieses Beratungstyps von ihm eher einer Therapie, als einem Beratungsgespräch zugeordnet werden und erfahren dann Ablehnung. Sehr viel eher kann ein Passungsverhältnis zwischen diesem *Beratungstypus* und dem *Nutzungstypus A* entstehen – vor allem wenn auf der Basis dessen einfühlsamer Abstimmungsversuche die Ratsuchenden sich emotional aufgehoben fühlen.

Einen vierten *Beratungstypus*, der besonders stark bei studierten Fachkräften aus Public Health, Pflege, aber zum Teil auch Sozialer Arbeit verbreitet ist, haben wir als *stellvertretend-deutend* gekennzeichnet. Dieser ist in seiner Orientierung zwar nicht so stark auf die Leistungen der Sozialgesetzgebungen fokussiert. Vielmehr ist seine Haltung von Fachlichkeit und Distanziertheit geprägt und nutzt Aussagen der Ratsuchenden über ihre Lebenswelt zur Anamnese, um darauf aufbauend eine stellvertretende Deutung abzuleiten, die fachlich fundiert ist und den Ratsuchenden bei der Problemerkennung und -bearbeitung unterstützen soll. Für diesen *Beratungstypus* ist die Beratung selbst immer auch schon eine „professionelle Intervention“ in Form einer stellvertretenden Deutung vor dem Hintergrund seines Fachwissens bezüglich Diagnostik und entsprechender Sorge- und Pflegearrangements, zu denen er die Ratsuchenden selbst nicht in der Lage sieht. Nehmen Ratsuchende diese Problem- bzw. Lösungsdeutung nicht an, so versucht dieser Beratungstypus ihn/sie fachlich von dieser zu überzeugen. Selbst wenn der *Nutzungstypus A* die stellvertretende Deutung annehmen kann, was in unserem Sample höchst selten vorkam, ergibt sich trotzdem kein Passungsverhältnis aufgrund der distanzierten Haltung, des fragmentarischen Interesses und der eher direktiven Art der Beratung. Demgegenüber kann ein solches zum *Nutzungstypus B* dann gelingen, wenn Ratsuchende der entsprechenden Fachkraft eine entsprechende Professionalität zuschreiben.

Ein letzter, von uns als *sorgend-vormundschaftlich* gekennzeichnete Beratungstyp, sucht nach Verbindungen zwischen sich und den Ratsuchenden und zeigt in der Beratung durchgehend Betroffenheit und emotionale Reaktionen. Darüber versucht dieser Typus ein „Wir-Gefühl“ zu erzeugen. Dennoch versucht er eher direktiv und bestimmend vorzugeben, welche Handlungsschritte aus seiner/ihrer Sicht erforderlich sind, und begründet dies eher persönlich und emotional. Dies kann bei Ratsuchenden mit der *Nutzungsorientierung A* durchaus greifen. Demgegenüber entspricht dieser eher einem „Peer-Counselling“ – als Beratung unter Betroffenen – gleichende Beratungsmodus nicht den Ansprüchen an *Professionalität*, die der *Nutzungstyp B* von einer Pflegeberatung oder einem Case Management des Pflegestützpunktes erwartet.

In seinem Dissertationsvorhaben wird Andre Terjung die in dieser Weise in OPEN geleistete idealtypische Rekonstruktion von Typen der Pflegeberatung auf der Basis der dokumentarischen Methode im Hinblick auf die soziogenetische Rekonstruktion der dahinter liegenden „Orientierungsrahmen“ vertiefen und diese auch in Beziehung zu dem jeweils typischen Muster des Umgangs mit den in OPEN herausgearbeiteten Dilemmata der Pflegeberatung und eines mit ihr verbundenen Case Managements setzen. Damit will er auch die professionstheoretische Diskussion in der Sozialen Arbeit bereichern.

Auch der sich in OPEN als besonders gravierend im Hinblick auf ge- oder misslingende Arbeitsbündnisse in der Pflegeberatung oder schon deren Inanspruchnahme zeigende Aspekt von Scham, wird in einer Dissertation der wissenschaftlichen Mitarbeiterin Sabrina Khamo Vazirabad noch einmal eingehender untersucht werden.

1.3 Vernetzung

Neben der Analyse von Beratungssequenzen zwischen Adressat*innen und Professionellen im konkreten Interaktionszusammenhang wirken sich auch die persönlichen Beziehungsnetzwerke im Sozialraum (Stichwort Sozialkapital) als auch das institutionelle Setting des Helfersystems selbst (institutionelles Angebot, Standortfaktoren, Strukturqualität, Vernetzungsdichte) prägend auf Zugänge zu sozialen Dienstleistungen, das Nutzerverhalten sowie die Wirkungen von Hilfen aus.

Im Rahmen von OPEN wurde vor diesem Hintergrund und in Anlehnung an Schubert zwischen natürlichen/privaten und professionellen Netzwerken unterschieden (Schubert 2008, 37ff.; Straus 1990, 498). In den *natürlichen bzw. privaten Beziehungsnetzen* werden „überwiegend soziale Ressourcen in persönlichen Beziehungskreisen gebündelt [...]. Im Zentrum steht das *primäre Beziehungssystem*, das nicht organisiert ist und einen informellen Charakter aufweist. Zu nennen sind die Familie, der Freundeskreis und vertraute Kollegencliquen, bei denen die Funktionen Vermittlung von Gefühlen, Aufbau von Vertrauen und Mobilisierung von Hilfe und Unterstützung eine Rolle spielen“ (Schubert/Veil 2013). Diese primären Beziehungsnetzwerke weisen eine relativ hohe zeitliche Stabilität auf und sind von starken persönlich emotionalen Bindungen geprägt. Nachbarschaftsnetzwerke und Zugehörigkeiten zu Initiativen und Vereinen zählen zum sekundären Beziehungssystem und weisen demgegenüber deutlich schwächere Bindungen auf. Zugleich erschließen diese schwachen Bindungen allerdings möglicherweise einen vielfältigeren Zugang zu sozialen Ressourcen im sozialen Umfeld (weak ties nach Granovetter 1978).

Den primären und sekundären Beziehungsnetzen stehen die institutionalisierten *professionellen Netzwerke* im Bereich der sozialen Dienstleistungsproduktion gegenüber, in denen überwiegend institutionelle Ressourcen zur Hilfestellung, zur Bildung von Koalitionen und zur Koordination von Aktivitäten gebündelt werden. Es handelt sich um Kooperationen von Organisationen, die überwiegend durch rollengeprägte Beziehungen von Fachkräften aufrechterhalten werden (Schubert 2014).

Während professionelle Netzwerke einen sozialen Raum kennzeichnen, in dem z. B. gesundheitsrelevante Dienstleistungen für eine(n) Einzelne(n) erbracht werden, kann der soziale Raum, in dem der bzw. die Klient*in lebt und seine Probleme bewältigt, als Klient*innennetzwerk bezeichnet (vgl. Oostrick/Stenberg 2000: 255) werden. Klient*innennetzwerke (mit ihren familiären und freundschaftlichen Beziehungen) haben wesentlichen Einfluss auf die Inanspruchnahme von professionellen Diensten. Professionelle Netzwerke können und sollen die Wiederherstellung oder den Aufbau von Klient*innennetzwerken unterstützen.

Um einen Einblick in die Netzwerke im Hinblick auf Unterstützungspotentiale im Sozialraum im Kontext von Pflegebedürftigkeit zu gewinnen, wurde in einem ersten Schritt in Anlehnung an die aus der Netzwerkforschung bekannten Namensgeneratoren ein Sozialraumgenerator eingesetzt. Im Kern ist dieser auf „die Identifikation von zentralen Kommunikationsgelegenheiten“ (Schubert/Veil 2014) ausgelegt, die sich zur Weitergabe von Informationen eignen. Mithilfe dieses Instruments, das auf den spezifischen Gegenstandsbereich Pflegeberatung angepasst wurde, konnten Aussagen zum Kenntnisstand vorhandener Einrichtungen und Dienste, zum Zugang und zur Nutzung von Diensten und zum Übergang von (Alltags-)Kontakten in (professionelle) Beratungsleistungen und sonstigen Dienstleistungen in den jeweiligen Modellregionen erhoben werden. Darüber hinaus erlaubt das Instrument Rückschlüsse auf die in Frage kommenden Portaltechniken.

Aus methodischen, sprachlichen und forschungspragmatischen Gründen konnten allerdings bei der Evaluation von sozialraumbezogenen Netzwerken die konkreten, personenbezogenen Netzwerke im Bereich der engen sozialen Nahbeziehungen von Migranten (Familie, Verwandtschaft) im Einzelfall nicht erhoben werden. Die informellen Netzwerke, d. h. die Kontaktnetze zu Nachbarschaften, Vereinen und Organisationen wurden ebenfalls nicht fallspezifisch erhoben.

Im Rahmen der Auswertungen wurde modellregionübergreifend deutlich, dass Pflegeberatungsstellen sowohl bei Personen mit und ohne Migrationshintergrund relativ unbekannt sind. Analog zur deutschen Bevölkerung wird der familiären Versorgung durch Angehörige ohne Inanspruchnahme von staatlichen Leistungen der Vorzug gegeben. Angehörige empfinden eine starke moralische Verpflichtung zur persönlichen Versorgung engster Familienmitglieder. Im Bedarfsfall, also dann, wenn eine (familiäre) Überforderungssituation droht oder bereits eingetreten ist, erfolgt die Informationsvermittlung erfolgreich über themen- und akteur*innenbezogene Passungen, z. B. durch Arztpraxen und Apotheken sowie Vereine jeglicher Art. Diese Institutionen eignen sich als Brücken zur Überwindung von strukturellen Löchern zwischen den primären/sekundären Netzwerken und den professionell institutionalisierten Netzwerken. Arztpraxen, Apotheken, aber auch die dem jeweiligen Kulturkreis angepasste Informationsflyer und Zeitungsartikel in den jeweiligen Muttersprachen wirken als Türöffner zur Informationsbeschaffung.

Die Ergebnisse aus OPEN stützen die Befunde von Schubert im Kontext der Inanspruchnahme personenbezogener sozialer Dienstleistungen. Schubert geht in seinen sozialraumbasierten Studien davon aus, dass der Übergang von den natürlichen zu den professionellen Netzwerken von strukturellen Löchern geprägt ist (Schubert et al. 2014). Er bringt hiermit zum Ausdruck, dass Menschen dazu tendieren, im Rahmen der Ausgestaltung ihrer sozialen Strukturen der Kommunikation spezifische Gruppen- und Clusterzusammenhänge zu bilden, die bezogen auf ihr unmittelbares Lebensumfeld durch besondere Personenbezogenheit, Vertraulichkeit, soziale Nähe sowie kommunikative und regelmäßige Kontaktdichte geprägt sind (Familie, Nachbarschaft, Wohnquartier, Arbeitsplatz). In gewisser Weise bilden diese kommunikativen Strukturen einen eigenständigen Bereich sozialer Interaktion ab, der sich von anderen Bereichen unterscheidet. Vereinfacht ausgedrückt handelt es sich um ein eigenständiges (Klient*innen-)Netzwerk, das sich auf der Basis ganz bestimmter Regeln und Rituale stabilisiert und reproduziert. Werden die Akteur*innen durch bestimmte Ereignisse gezwungen diese gewohnten und vertrauten Gruppen- und Clusterzusammenhänge des Netzwerkes zu verlassen und in neue Netzwerkstrukturen einzutreten, so werden diese mit strukturellen Löchern (structural holes) konfrontiert.

Im Kontext von OPEN hat dies zur Folge, dass sich das strukturelle Loch zwischen älteren Menschen, die dem mit den Begriffen *persönlich – emotional – ganzheitlich – verlässlich* charakterisierten Orientierungsrahmen des A-Typus zuzuordnen sind, und der Netzwerkwelt der Professionellen mit ihren eigenständigen Institutionen, Gesetzmäßigkeiten des Verhaltens, Kommunizierens, Handelns und Helfens im Kontext von Pflege kaum zu überwinden war. Nach Schubert wäre es naiv zu glauben, dass sich dieses strukturelle Loch mittels oben genannter Aktivitäten aufheben lässt. Strukturelle Löcher können nicht aufgehoben oder abgeschafft werden, aber es lassen sich Brücken bauen, um die unverbundenen Beziehungsräume miteinander in Kontakt zu bringen.

Im konkreten Fall der Pflegeberatung bedarf es daher ganz spezieller Vermittlungsaktivitäten, die auf der einen Seite die beiden Räume miteinander verknüpfen (diverse Portaltechniken z. B. Integrationslots*innen als network brokers) und auf der anderen Seite aber auch sicherstellen, dass die Akteur*innen lernen, zwischen beiden Welten, den primären Netzwerken der Klient*innen als auch den professionellen Netzwerken, möglichst eigenständig zu pendeln und diese Netzwerke als Teile ihrer erweiterten Lebenswelt anzunehmen. Durch die Überwindung der strukturellen Löcher werden die eigenständigen Kommunikationsmuster und Cluster zwischen den Klient*innen- (primären) und professionellen (tertiären) Netzwerken zwar nicht neuartig miteinander auf einer Metaebene vernetzt, aber die Portaltechniken erschließen einen Informationsaustausch, der dann jeweils sowohl innerhalb des primären/sekundären als auch innerhalb des professionellen Netzwerkes fallspezifisch weiter verfolgt werden kann. Schubert spricht in diesem Zusammenhang von einer „Wiederverkopplung der Lebenswelten und infrastrukturellen Systemwelten“ (Schubert/Veil 2013).

In einem zweiten Schritt wurden in OPEN die Vernetzungsstrukturen der Pflegeberatungsstellen selbst in den jeweiligen Modellregionen erhoben. In diesem Kontext ist nochmals an den gesetzlichen Auftrag der Pflegeberatungsstellen zu erinnern. Die flächendeckende Implementierung von Pflegestützpunkten zielt auf eine Verbesserung der pflegerischen Versorgung von hilfebedürftigen Menschen sowie deren Angehörige insbesondere im Bereich der häuslichen Pflege ab. Damit Pflege und Betreuung häuslich bzw. wohnortnah arrangiert werden können, müssen – so der gesetzliche Auftrag – regionale und kommunale Versorgungsstrukturen vernetzt werden, was nach §7c SGB XI in den Zuständigkeitsbereich der Pflegestützpunkte fällt. Damit haben Pflegestützpunkte neben nutzerbezogenen Aufgaben, wie Beratung und Begleitung, auch systembezogene Aufgaben zu erfüllen, wie z. B. pflegerische sowie soziale Versorgungs- und Betreuungsangebote zu vernetzen und eine integrierte Versorgung sicherzustellen (Schaeffer/Kuhlmey 2008).

Auf der Ebene der Pflegestützpunkte wurden daher in OPEN Netzwerkanalysen mittels leitfadengestützter Interviews mit Pflegeberater*innen durchgeführt, die die Versorgungsmöglichkeiten auf Ebene der lokalen Kooperationsstrukturen erfassten. Hierbei reicht das Aktivitätsspektrum in der Pflegeberatung konkret von den unmittelbar im Haushalt betroffenen Familienangehörigen, über deren Freunde und Bekannte, Hausärzte bis zu den ebenfalls beteiligten ehrenamtlichen und sonstigen Beratungsstellen, öffentlichen Behörden, Kranken- und Pflegekassen, Pflegediensten, Krankenhäusern und sonstigen Akteur*innen, die Unterstützungsleistungen anbieten. Erfasst wurden Aussagen zum Kenntnisstand vorhandener Einrichtungen und Dienste, zum Zugang, zur Nutzung und zur Unterstützung dieser Organisationen, der Anzahl der Netzwerke und Netzwerkbeziehungen und der Qualität dieser Netzwerke.

Konkret lassen sich hierbei zwei unterschiedliche Aktivitätsebenen der Vernetzung unterscheiden:

1. *Fallspezifische Leistungserstellung (primär, operativ)*: Hierbei handelt es um die Herstellung von Dienstleistungen (oder Produkten), deren Distribution an die Adressat*innen sowie die Begleitung der Adressat*innen entfallen.
2. *Fallunspezifische Leistungskoordination (sekundär, strategisch)*: Diese Aktivitäten sollen sicherstellen, dass operative Tätigkeiten effizienter und effektiver gestaltet werden, bspw. durch Abstimmung der Angebote und Aktivitäten. Sekundäraufgaben haben eine vorrangig strategisch koordinierende Bedeutung (Schubert 2008: 22 ff.; 34).

Auf der Ebene der *fallspezifischen Leistungserstellung* (primär, operativ) zeigte sich im Rahmen der Auswertungen erwartungsgemäß, dass die Vernetzungsdichte im Schwerpunktbereich *Akutversorgung/Gesundheits- und pflegerische Versorgung*, wie z. B. in der Zusammenarbeit mit Pflegediensten, Pflege- und Altenheimen, Tagespflege, Hausnotrufe, Hausärzt*innen, Psychiatrische Ambulanzen, Apotheken, Sanitätshäuser, Sozialdienste der Krankenhäuser, sozialpsychiatrische Dienste mit annähernd 50 Prozent aller Vernetzungskontakte überwiegt. Es folgen mit ca. 27 Prozent aller Kontakte *ergänzende Versorgungsnetzwerke/psychosoziale und Wohnraum bezogene Versorgung*, wie z. B. Betreutes Wohnen, Hilfen zur Haushaltsführung, Menüservice, (Physio-, Ergo-, Logo-) Therapeut*innen, Familien/Senior*innen-Treffs, Kirchengemeinden, Hospize, Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Vereine, Sozialverbände, Verbraucherzentralen. Mit annähernd 15 Prozent folgen Netzwerke zur *institutionellen Sicherung der Versorgung*. Im Vordergrund steht hier die rechtliche und sozialrechtliche Vernetzung im Kontext der Kranken- und Pflegeversicherung, der Zusammenarbeit mit Sozialämtern und Betreuungsbehörden, Kreis-, Stadt-, Landesverwaltungen, Gerichten, gesetzlichen Betreuer*innen sowie Gutachter*innen der Medizinischen Dienste der Krankenkassen.

Die hier genannten Schwerpunkte der Netzwerkarbeit basieren zu über 50 Prozent auf konkreten formalisierten Vereinbarungen, Regelungen und Verfahrensstandards zwischen den beteiligten Organisationen. Zugleich wurde aber auch deutlich, dass die Strukturqualität, also die personelle und finanzielle Ausstattung zur Pflege dieser Netzwerke, zwischen den Modellregionen erheblich variiert und stark von kommunalpolitischen und trägerspezifischen Rahmenbedingungen bestimmt wird.

In einem weiteren Schritt wurden die Netzwerkstrukturen im Kontext der *fallunspezifischen* Leistungskoordination in den Blick genommen. Modellregionübergreifend lassen sich hier drei Typen von Netzwerken (vgl. Reis et al. 2010) unterscheiden:

- 45 Prozent der fallübergreifenden Netzwerkbeziehungen dienen der *Informationsbeschaffung bzw. des Informationsaustausches* (Informationsnetzwerke). Im Vordergrund stehen das jeweilige Kennenlernen der Versorgungs- und Angebotsstrukturen, der Austausch zu bestimmten Themen, die Kontaktpflege auf Sachbearbeiter*innen- und Leitungsebene sowie die Herstellung von Transparenz hinsichtlich der eigenen Angebote, Aktivitäten und Alltagsprobleme.
- Die zweite Kategorie zählt zu den *milieubildenden Netzwerken*, die jeweils nur ca. 8 Prozent aller Netzwerkbeziehungen ausmachen. Im Vordergrund stehen hier z. B. das *Erkennen von Versorgungslücken* sowie die *Wahrnehmung gemeinsamer Interessen* gegenüber Dritten.
- Ca. 42 Prozent der institutionellen Netzwerke dienen der *Verbesserung der Zusammenarbeit und Abstimmung der Hilfsangebote*, der Schließung von Versorgungslücken sowie der gemeinsamen Durchführung von Projektvorhaben, Aktionstagen und sonstigen Veranstaltungen. Diese Netzwerkbeziehungen haben wir als *Projekt- und Produktionsnetzwerke* bezeichnet.

Zusammenfassend wird im Kontext der Vernetzungsstrukturen von Pflegeberatungsstellen modellregionübergreifend deutlich, dass es nur wenige migrationsspezifische oder auf das Thema Migration und Pflege ausgerichtete Kooperationen gibt. Vernetzungen auf institutioneller Ebene basieren auf wenig formalisierten Regelungen oder festen Verträgen. Die Kooperationen werden zwar als bedeutsam und für die tägliche Arbeit und besonders hilfreich bewertet, die Netzwerkpflege erfolgt allerdings stark personenbezogen und ist abhängig vom jeweiligen Engagement der Akteur*innen und den diese fördernden oder hemmenden institutionellen Rahmenbedingungen (Personalschlüssel, Lage im Sozialraum, kommunale Zuständigkeitsregelungen, Qualität der Ausbildung und Fortbildung). Auf der Ebene der einzelnen Modellregionen konnte im Rahmen der Auswertungen in Form von modellregionspezifischen Netzwerkkarten ein umfassendes Bild der jeweiligen Netzwerke und Kooperationspartner*innen der Pflegestützpunkte erstellt werden. Die Auswertung der Einzelbefunde erfolgte in Rückkopplung mit den jeweiligen WPK-Partner*innen.

Für den Untersuchungszusammenhang in besonderer Weise relevant sind drittens sogenannten Integrationsnetzwerke. Integrationsnetzwerke beruhen auf der Annahme, dass viele Leistungen, die von Migrant*innen benötigt werden, nicht auf den Bereich der Pflege beschränkt sind, sondern der Verzahnung verschiedener institutioneller Akteur*innen im Kontext von Pflege und Migration bedürfen. Dies bedeutet, dass Zugangsbarrieren sowie die Qualität und Nachhaltigkeit der Hilfen auch durch Faktoren beeinflusst werden, die vom Grad und der Qualität intermediärer Vernetzungsstrukturen der Dienstleistungsanbieter*innen im Überschneidungsbereich von Migration und Pflege abhängen. Konkret geht es um die Frage, welche Formen der Vernetzung z. B. zwischen professionellen Fachkräften aus dem ambulanten und stationären Pflegebereich mit den Fachkräften der Pflegeberatung, mit Vertreter*innen von Migrant*innenorganisationen, der (Migrant*innen-)Selbsthilfe, Angehörigen und ehrenamtlich Tätigen etc. bestehen und welche Formen konkreter Zusammenarbeit realisiert werden.

Im Rahmen dieser dritten, onlinebasierten Erhebung wurden modellregionübergreifend Strukturen bereits vorhandener Netzwerke zu den Themen Pflege und Migration erfasst. Dazu war es erforderlich, Aussagen der Akteur*innen im Feld Pflege und Migration zur Zusammenarbeit sowie zur Funktion und Steuerung von Diensten zu erheben. Während bei der Analyse der Netzwerke der Pflegestützpunkte der Fokus auf der Sichtweise der jeweiligen Pflegeberater*innen lag, erfolgte nun auf einer Metaebene eine Bestandsaufnahme über institutionelle Vernetzungsbeziehungen im Überschneidungsbereich zwischen Pflege und Migration. Hierbei geht es in Anlehnung an Schubert um die generelle Erfassung von Vernetzungsinfrastrukturen *sowohl* auf der Ebene der stark organisierten größeren natürlichen Netzwerke mit Interessenbezug (Parteien, Verbände), *als auch* um institutionelle Kooperationen auf der Ebene von Hilfenetzen, übergeordneten Diensten, Gremien und Einrichtungen.

Im Rahmen der standardisierten und onlinebasierten Befragung wurde bei der Auswahl der institutionellen Akteur*innen u. a. auf Nennungen der PSP-Mitarbeiter*innen zurückgegriffen. Der methodische Schwerpunkt der Auswahl basierte jedoch auf umfangreichen Sozialraumanalysen in den jeweiligen Modellregionen sowie ergänzenden Internetrecherchen. Insgesamt konnten auf diese Weise modellregionübergreifend fast 700 potentiell in Frage kommende (institutionelle) Akteur*innen ermittelt werden. Hiervon waren im Bereich Migration und/oder Pflege 246 Institutionen aktiv, von denen 63 bereit waren Auskünfte, unter Beachtung aller datenschutzrechtlichen Vorschriften, zur Verfügung zu stellen. Schwerpunktmäßig wurden allgemeine Angebotsstrukturen, die Ausrichtung der Angebote für ältere Migrant*innen, die Häufigkeit der Kontakte (fallspezifisch/fallunspezifisch)

sowie die subjektiv empfundene Qualität der Netzwerkkooperationen erfasst. Zusammenfassend wurde deutlich, dass zwar Netzwerke sowohl im Bereich Pflege als auch Migration ausgemacht werden konnten, gleichzeitig gab es allerdings kaum Vernetzungen zwischen diesen Systemnetzwerken.

Verknüpft man nun die Befunde im Kontext der Analyse primärer Netzwerke im Sozialraum, der institutionell professionell erhobenen Netzwerke im Kontext der Pflegeberatung sowie der intermediären Netzwerke im Überschneidungsbereich von Migration und Pflege, so lässt sich Folgendes feststellen: Auf der individuellen Fallebene zeigt sich, dass strukturelle Lücken zwischen den primären und institutionellen Netzwerken bestehen, die die Inanspruchnahme von Beratung erschweren. Im Kontext der individuellen Lebenslage besteht hier das erste strukturelle Loch zwischen den existierenden natürlichen Netzwerken (persönlichen Beziehungen in Klient*innennetzwerken) und den professionellen Netzwerken (Beratungs- und Hilfesystem), was die Übergänge ins Versorgungssystem erschwert oder verhindert. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Zumeist ergeben sie sich aus den in Kap. 1.1.3 analysierten Zugangsbarrieren.

Auf der regionalen Strukturebene kann ein zweites strukturelles Loch identifiziert werden, das aufgrund unverbundener Beziehungen zwischen relevanten professionellen Netzwerken besteht. So können zwar jeweils professionelle Netzwerke im Bereich Pflege als auch Migration ausgemacht werden, aber es gibt so gut wie keine Vernetzungen zwischen diesen Systemnetzwerken. Sie existieren nahezu unverbunden nebeneinander.

Das führt zur Hypothese, wonach die Inanspruchnahme von Pflegeberatung durch Migrant*innen gering bleibt und der Status Quo der Versorgung ohne zusätzliche Intervention fortwährend reproduziert wird: Nur wenige Migrant*innen suchen die Pflegeberatung auf; es gibt, so wird gefolgert, offensichtlich kaum eine Nachfrage; migrationsspezifische Kooperationen werden daher folglich kaum vorgehalten bzw. eingegangen, da die Notwendigkeit fehlt. Ein verdeckter Bedarf bleibt unerkannt. Folgerung: Erst, wenn durch neue Zugangswege (Portale) die strukturellen Lücken zwischen natürlichen und professionellen Netzwerken geschlossen bzw. überbrückt werden, steigt die Nachfrage nach Pflegeberatung von Migranten*innen. Dann sind mehr migrationsspezifische Kooperationen von Pflegenetzwerk(en) und Migrationsnetzwerk(en) zu erwarten, d. h. es kann zur Überbrückung der strukturellen Lücken auf der professionellen Netzwerkebene kommen.

Abschließend sei noch darauf hingewiesen, dass eigentlich ergänzend geplant war, in OPEN auch die im Case Management auftauchenden Schwierigkeiten der Kooperation zwischen Professionellen auf der einen Seite und den informellen Netzwerken, in denen Zugewanderte jeweils ihre häusliche Pflege zu organisieren versuchen, intensiver zu untersuchen. Die datenschutzrechtlichen Hürden und das Misstrauen, fremden Forschenden einen Einblick in die Privatheit zu gewähren, waren zentrale Gründe, dass es erst in der Endphase von OPEN gelang, Vertrauensverhältnisse zu migrantischen Nutzenden der personenbezogenen sozialen Dienstleistungen von Pflegestützpunkten so zu stärken, dass ergiebige Datenmaterial für entsprechende Analysen entstand. Allerdings konnte dieses Material im Rahmen des Förderungszeitraumes nicht mehr hinreichend differenziert untersucht werden. Die wissenschaftliche Mitarbeiterin Alexandra Zein wird diese Daten in ihrem Dissertationsprojekt sowohl unter dem Aspekt, wie Bedürfnisse der Pflegenden und Pflegebedürftigen von diesen selbst und Fachkräften interpretiert werden, als auch, damit verknüpft, Veränderungen in den *Machtbalancen* – gestützt auf Elias' Konzept – analysieren.

Da es aus diesem Grund in OPEN auch nicht hinreichend gelungen ist, die informellen Netzwerke von Zugewanderten und deren Veränderungen im Falle einer Pflegebedürftigkeit eines Mitgliedes sowie

eines diesbezüglichen Unterstützungsbedarfes durch Fachkräfte zu untersuchen, wird dies der wissenschaftliche Mitarbeiter Peter Engert in seinem Dissertationsvorhaben weiterverfolgen. Da dazu auch neue Methoden der Datenerhebung notwendig erscheinen, wurde für sein Vorhaben ein Antrag auf Förderung aus Zentralmitteln der Hochschule RheinMain gestellt und mittlerweile bewilligt, um damit auch die Grundlage für die Beantragung eines weiteren größeren Drittmittelprojektes zu schaffen.

1.4 Qualifizierungsmodule

Dieser Arbeitsschritt bildete als didaktisch-methodischer Transfer eine Brücke zur nachhaltigen Sicherung und künftigen Umsetzung der Erkenntnisse aus dem Projekt OPEN – und zwar sowohl in Ergänzung bestehender, als auch als neu konzipierte Bildungsangebote. Dabei können die Qualifizierungsbausteine in unterschiedliche Bildungskontexte der Aus-, Fort- und Weiterbildung für Fach- wie auch Hochschulen einfließen und bestehende Curricula anschließen. Zielgruppen stellen sowohl Pflegeberater*innen in Ausbildung und Praxis dar, als auch Studierende der Studiengänge Pflege und Soziale Arbeit. Die im Projekt durchgeführten Arbeitstreffen mit den Praxispartner*innen, die Kontakte mit Menschen mit Migrationshintergrund aber auch die Kongresse sowie andere Netzwerkveranstaltungen, konnten bereits in einer frühen Phase des Projektes genutzt werden, um den Bedarf an Qualifizierung in unterschiedlichen Settings zu diskutieren und abzubilden. So trat beispielsweise bei der Analyse der Portaltechniken auch die Gruppe der ehrenamtlichen Pflegeberater*innen in den Fokus, die zunächst nicht als Zielgruppe identifiziert war.

Kontinuierlich und dem Projektansatz folgend wurden die Forschungsergebnisse in den WPK Treffen (Wissenschaft-Praxis-Kooperations-Treffen) formativ evaluiert und priorisiert. Bezüglich der Entwicklung von Bildungsbausteinen gelang es in diesem Rahmen, einen von allen Beteiligten akzeptierten zeitlichen Umfang zu ermitteln sowie die Relevanzen für die einzelnen Zielgruppen herauszustellen.

Didaktisch-methodisch orientierte sich unsere Vorgehensweise ebenfalls an der Logik des Projektes: So erfolgte die Modulentwicklung streng entlang des Erkenntnisprozesses, indem die Modulinhalte aus den Ergebnissen der einzelnen Projektphasen abgeleitet wurden. Ihre Entwicklung orientiert sich an der konstruktivistischen Didaktik nach Reich (2012).

Damit begründet sich der pädagogisch-didaktische Transfer auf Konstruktion und Rekonstruktion, d.h. er stellt die empirischen Erkenntnisse in den Mittelpunkt seiner Entwicklung. Die Entscheidung, sich konzeptionell an die konstruktivistische Didaktik anzulehnen, lässt sich mit Reich begründen, der „mit der Illusion des Realismus auf(räumt; Anm. d. V.), die Welt – so wie sie ‘ist’ - abbilden zu können“ (2012: 127), sondern davon ausgeht, dass Beobachter äußere Welt nicht einfach und „ohne konstruktives Hinzutun“ (ebd.) abbilden, demnach stets mit eigenen Beobachtungen und Deutungen verflechten und in je eigenem Sinne interpretieren. Und so wird vor diesem Hintergrund erkennbar, dass alle Wissenschaften in Re|De|Konstruktionen versuchen, viable Aussagen zu gewinnen, die keineswegs eindeutig *einer* Realität ‘da draußen’ im Sinne einer klaren Abbildung zugeordnet werden können.

Davon ausgehend also, dass Handelnde ihre Sinn-| Lebenswelten konstruieren und Forschung dieses Handeln versucht zu rekonstruieren (Kontrastierungen vonehmen, Paradoxien aufzeigen, Relevanzstrukturen darstellen), werden dem Lehr-| Lernangebot diese Rekonstruktionen unterlegt, mit dem Ziel einer Reflexion und ggf. Dekonstruktion der eigenen Handlungspraxis. So folgt das Qualifizie-

rungsmodul – inkl. seiner Units – der Idee einer Arbeit mit Rekonstruktionen sozialer Sinnwelten sowie möglichen Dekonstruktionen durch die Teilnehmenden.

Dabei wurden Units entwickelt, die sich formal am sog. „Bologna-Prozess“ orientieren und einzeln, aber auch als Einheit angeboten werden können. Das bedeutet, anzustrebende Lernergebnisse – formuliert als „Kompetenzen“ und aus dem Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) abgeleitet – geben den Units ihre standardisierte Rahmung (Struktur) (Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den DQR 2013). Darüber hinaus wurden die Modulhandbücher der Bachelor- und Masterstudiengängen ‚Pflege‘ und ‚Soziale Arbeit‘ auf themenrelevante Inhalte überprüft und diese in einer Synopse systematisiert. Basierend hierauf und in Anlehnung an die Empfehlungen des Projektes ‚MainCareer Offene Hochschule‘ (BMBF, Förderlinie »Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen«, 2011-2017) konnte ein **Modul ‚Kompetenzen für eine diversitätssensible Pflegeberatung‘** skizziert werden. Im Rahmen des WPK-Treffens am 14. März 2017 sind diese gemeinsam diskutiert und letztendlich einer formativen Evaluation zugeführt worden. Das so erarbeitete Qualifizierungsmodul basiert auf vier Units: **Diversität, Portaltechniken, Erweiterung von Beratungsexpertise und Netzwerkarbeit.**

Unit 1: Diversität

Die Unit Diversität zielt darauf ab, grundsätzliche Begrifflichkeiten und Phänomene der Kultursensitivität in den Blick zu nehmen. Diese sind vor allem: Diversität, Idealtypen von Ratsuchenden, Gleichheit und Differenz, Stigmatisierung.

Neben der Abbildung des aktuellen Erkenntnisstandes (State of the Art) sind hier die didaktisch, methodisch aufbereiteten Projektergebnisse zu diskutieren. Als vorbereitende Grundlage für dieses Modul kann auch der im Projektverlauf veröffentlichte Lernbrief genutzt werden. Wie schon erwähnt, lehnte sich der pädagogische Transfer an die konstruktivistische Didaktik nach Reich (2012) an und erfolgte vor dem Hintergrund des Konzeptes „multikulturell classroom“ (Kämmerer-Rütten/Schulze 2011). Im Projekt konnten die vorgestellten Idealtypen „persönlich – emotional – ganzheitlich – verlässlich“ (A-Typus) sowie „professionell – sachlich – spezialisiert – verbindlich“ (B-Typus) identifiziert werden. Insbesondere die Erwartungen sowie Bedarfe des A-Typus an die Pflegeberatung konnten bei der Unit-Entwicklung in ein Konzept überführt werden. Dieses war vor allem möglich, da bei dieser Gruppe eine professionell-sachliche Beratung nicht im Vordergrund steht, sondern vor allem eine persönliche wie ganzheitliche – also diversitätssensible – Interaktion gefordert ist. Das generierte Konzept der „familial akzeptierten Pflege“ kann von Pflegefachpersonen als „ein Werkzeug“ genutzt werden, um ihre diversitätssensible Expertise zu erweitern. Das Konzept besteht aus den Komponenten ‚**Rollenerweiterung**‘, ‚**Erwartungserwartungen**‘ und dem ‚**Nähe-Distanz Paradoxieverständnis**‘. In ersterem sollen die Beratenden durch die Rekonstruktion des A-Typus, anhand von Sequenzen des Datenmaterials, die Anforderung an eine familiäre Rollenerweiterung identifizieren und ihre verschiedenen Perspektiven entfalten. Diese könnten Kategorien wie ‚**Regularien**‘ (traditionell und moralische Regeln), ‚**Beziehungsebene**‘ (Zeit für Gemeinschaft) oder ‚**Kompetenz**‘ (Muttersprache oder traditionelle Medizin) sein, je nachdem wie die Beratenden die Daten interpretieren.

In der Komponente ‚**Erwartungserwartungen**‘ gilt es, sich mit der systemtheoretischen Formel „Ich tue nicht, was Du möchtest, wenn du nicht tust, was ich möchte“ (Luhmann 1984: 531) zu beschäftigen. Auch wenn die Komplexität der Interaktionspraxis sich nicht derart reduzieren lässt, wird doch die notwendige Kompetenz von professionellen Pflegeberatenden deutlich, Wechselwirkungen reflektieren zu können. Wenn sie ihre eigenen Erwartungserwartungen als individuelle Konstruktionen entlarven bzw. davon abgrenzend die Erwartungen der Klient*innen mit Migrationshintergrund ver-

stehen und erwidern, ist davon auszugehen, dass Distanz abgebaut wird und Akzeptanz gegenüber Unterstützungsangeboten entsteht. In Anlehnung an Luhmanns Konzept der „Erwartungserwartungen“ sollen sich demgemäß die Leistungserbringer die eigenen Vorstellungen von den Erwartungen der Pflegebedürftigen bewusst machen. Zum anderen hat der persönlich – emotional – ganzheitlich – verlässliche A-Typus“ gegenüber den Pflegefachpersonen familiäre Erwartungen, deren ethnische, kulturelle, milieuspezifische sowie persönliche Ausprägungen sich als zu komplex darstellen, als dass sie sich hinsichtlich der Pflegeaus- wie -fortbildung in ihrer Vollkommenheit didaktisch übersetzen lassen.

Die Teilnehmenden führen in dieser Unit ein Lehrforschungsprojekt durch, welches didaktisch-methodisch an die Konzepte des „entdeckenden“ (Beck et al. 1991) und „erkenntnisorientierten“ (Landwehr 1997) Lernens anschließt und in seinem Kern dem von Huber et al. (2009) beschriebenen Forschenden Lernen folgt: „Forschendes Lernen zeichnet sich von anderen Lernformen dadurch aus, dass die Lernenden den Prozess eines Forschungsvorhabens [...] – von der Entwicklung der Fragen und Hypothesen, über die Wahl und Ausführung der Methoden, bis zur Prüfung und Darstellung der Ergebnisse – in selbstständiger Arbeit oder in aktiver Mitarbeit in einem übergreifenden Projekt (mit)gestalten, erfahren und reflektieren“ (ebd.: 11). Die Lehrforschungsprojekte in den OPEN-Qualifizierungseinheiten verfolgen zum einen das Ziel, durch selbstständiges Forschen eine Wissensvermehrung zu erreichen und zum anderen, die reflexive Haltung der Lernenden zu stärken. So zum Beispiel, indem die Erwartungen der Beratenden über Erwartungen der Ratsuchenden (die Erwartungserwartungen) von den tatsächlichen Erwartungen der Ratsuchenden – methodisch geleitet – von den Lernenden erhoben und verglichen werden. Dieses Vorgehen wurde beispielsweise im Bachelorstudiengang ‚Pflege‘ im Modul 12, zum Thema „Diversität in der Pflege“, anhand der zentralen Fragestellung: „Welche Erwartungen haben Menschen mit Migrationshintergrund an professionelle Pflegepersonen?“ erprobt.

Das Wissen darum, dass der Idealtypus A eine professionell familiäre Rollenerweiterung benötigt, um ein professionelles Sorgearrangement zu akzeptieren, welches in jeder Pflegesituation ggf. modifiziert werden muss, ist nach dem hier vorgestellten Konzept zentraler Aspekt für eine diversitätssensible Pflegeberatung. Dieses orientiert sich sowohl an Fach- als auch an Erfahrungswissen. Allerdings gilt es zudem, wie die letzte Komponente **‚Paradoxieverständnis (Nähe-Distanz)‘** des Konzeptes zeigt, ebenso zu verdeutlichen, dass eine vom A-Typus erwartete Rolle nicht in jeder Beratungssituation von professionellen Handelnden erfüllt werden muss. Dem Wunsch einer Pflegedürftigen ohne Angehörige, in der Pflegefachkraft eine längst verlorene Tochter zu finden, kann beispielsweise nicht entsprochen werden (Kategorie der geforderten Rollenerweiterung: Beziehungsebene). Ebenso ist es im Berufsalltag nicht möglich, bei jedem Besuch einen angebotenen Kaffee mitzutrinken (Kategorie der geforderten Rollenerweiterung: Regularien). Auch kann in der Regel die Sprache nicht erlernt werden oder eine umfassende Integration in die jeweiligen kulturellen Gebräuche erfolgen (Kategorie der geforderten Rollenerweiterung: Kompetenz). In Anlehnung an Schützes (2000), aus dem Feld der Erziehungsberatung generierten, Paradoxien des professionellen Handelns, wurden in OPEN Dilemmata der Pflegeberatung rekonstruiert. Diese werden in der Unit 3 einen Schwerpunkt bilden. Im Konzept „familial akzeptierte Pflege“ ist ausschließlich das Spannungsverhältnis Nähe-Distanz relevant.

Um den Zugang zu dem geforderten familialen Sorgearrangement des A-Typus zu ermöglichen, wurde hier eine didaktische Übersetzung gefunden, die ermöglicht, eigene Erwartungserwartungen sowie die Rollenerweiterung als ein Spannungsfeld in Anlehnung an Schützes Paradoxien zu reflektie-

ren. So lässt sich kulturspezifisches Wissen mittels einer fortlaufend 'entdeckenden' Haltung in die Praxis transferieren.

Unit 2: Zugänge und Portaltechniken

Das Lernziel dieser Unit ist es, haupt- oder ehrenamtliche pflegeberatende Personen identifizieren zu können, die eine Schlüsselfunktion in einzelnen regionalen Quartieren oder diversitätsspezifischen Gruppen darstellen sowie Strategien zu entwickeln, um diese anzusprechen und als Vermittler einzubeziehen. Von Bedeutung wird es sein, zunächst den Teilnehmer*innen diese Schlüsselfunktion, als Portaltechnik zum persönlich, emotional, ganzheitlichen Nutzertypen, näher zu bringen und sie somit für ihre Beratungspraxis nutzbar zu machen.

Methodisch am Material des Projektes OPEN orientiert, gilt es, anhand von prägnanten Kernaussagen aus den Interviews von Menschen mit Migrationshintergrund, diese Schlüsselpersonen, auch „Leitwolf“ genannt, vorzustellen. Für eine gute Beratungspraxis scheint es wichtig, dass die Mitarbeiter*innen der Beratungsstelle den Wert von Schlüsselpersonen erkennen, um Synergien nutzen zu können. In diesem Schritt werden, aufbauend auf den Erkenntnissen aus der Beratungs- und Pflegeforschung, die zentralen Merkmale dieser Schlüsselpersonen nicht nur vorgestellt, sondern auch im Kontext ihres Lebensumfeldes oder ihrer Tätigkeit diskutiert. Methodisch-didaktisch wird hier mit „Narrativen“ (Wittneben 2003), also persönlichen Erzählungen von Situationen aus der Berufspraxis, gearbeitet. Im nächsten Schritt werden die (Sozial-) Strukturen der Zielgruppe mit Migrationshintergrund mit den Teilnehmer*innen gemeinsam erarbeitet, um abschließend in Gruppen Lösungen und Strategien zur Identifikation, Akquise und Integration von Schlüsselpersonen zu entwickeln.

Darüber hinaus wurde in OPEN ein Informationstableau für Medizinische Fachangestellte entwickelt und formativ evaluiert, welches als Portaltechnik dazu dient, Ratsuchende zu Pflegestützpunkten ihrer Regionen zu führen. Nach diesem Vorbild können in den Bildungsveranstaltungen anhand der Methodik der Zukunftswerkstatt regionsspezifische Lösungen erarbeitet werden.

Unit 3: Erweiterung von Beratungsexpertise

Das Ziel dieser Unit ist es, die Teilnehmer*innen mit interkulturellen Herausforderungen zu konfrontieren, Diversitätssensibilität zu vertiefen und sich mit der eigenen Beratungspraxis reflexiv auseinander zu setzen. Dabei wird vor allem die Fallebene in den Blick genommen, um vor dem Hintergrund des Case Management Gedankens, sinnvolle Strategien zu entwickeln, welche die Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen jeglicher kulturellen Identität beantworten können.

Unsicherheit in der Beratungstätigkeit, Kompetenzüberschreitung oder ein Ausblenden einzelner Hilfebedarfe von den Ratsuchenden kann aus einer Unzulänglichkeit, das eigene Agieren und die Grenzen der eigenen Beratungstätigkeit nicht klar reflektieren zu können, erfolgen. Unklarheiten im Aufgabenprofil dieses Berufsstandes, die zum Teil gesetzlichen Vorgaben geschuldet sind (Röber/Hämel 2011), können des Weiteren Unstimmigkeiten und gegenseitige Stigmatisierungen unter Kolleg*innen begünstigen, insbesondere wenn die Beratungspraxis in den einzelnen Bundesländern stark divergiert. Diese Unit zielt darauf ab, die eigenen Handlungen unter Berücksichtigung der in OPEN rekonstruierten Dilemmata von Pflegeberatung sowie Beratungstypen vertiefend zu verstehen, zu reflektieren und hierauf aufbauend, die eigene Beratungspraxis mit dem Fokus auf die Diversität der Beratenden sowie des eigenen Teams weiterzuentwickeln. Weiterhin gilt es, die Grenzen eigener Kompetenzen situativ zu erkennen und situationsspezifisch zu modifizieren sowie im Team divergierende Haltungen zur Beratungspraxis anzuerkennen, auch um Synergien zu erreichen.

Das Paradoxieverständnis, das in dieser Unit vermittelt werden soll, beruht auf dem von Schütze beschriebenen Phänomen der 'Paradoxie des professionellen Handelns' (Schütze 2000). Schütze definiert professionelle Paradoxien als „unaufhebbare Schwierigkeiten bzw. Dilemmata des Handelns in professionellen Arbeitsbereichen, [...] die auf diesem Handeln innewohnenden widerstrebenden sachlogischen Anforderungen beruhen“ (Schütze 2015). Die in OPEN aus der Pflegeberatungspraxis rekonstruierten Dilemmata, beschreiben jeweils zwei, sich gegenüber und im Widerspruch zueinanderstehende, aber für sich anerkannte Konzepte bzw. legitime Grundsätze der Beratung. Beispielsweise müssen Beratende situativ einschätzen, in welchem Maße sie durch Anleitung Autonomie – wie beispielsweise im eigenständigen Umgang mit den Behörden – fördern sollten oder wann eine Übernahme der Tätigkeit, zur Entlastung oder schnelleren Umsetzung der Anforderung, indiziert ist.

Dieses beraterische reflektierte professionelle Handeln in diesem Spannungsfeld gilt es hier zu vertiefen. Dies bedeutet auch, das Spannungsfeld zunächst zu erkennen um dann im Sinne der Bedürfnisse der Klient*innen situationsspezifisch eine Entscheidung auszuhandeln.

Anhand von Rekonstruktionen aus dem Datenmaterial von OPEN wird es den Teilnehmenden ermöglicht, die Dilemmata in ausgewählten Sequenzen zunächst eigenständig zu identifizieren (Reich 2012). Darüber hinaus erlaubt die Struktur dieser Unit den Teilnehmer*innen, ihre eigene Beratungspraxis zu analysieren und gezielt Dilemmata in ihren Beratungsgesprächen zu erkennen, da die Lehreinheiten durch Praxiszeiten unterbrochen werden.

Hierzu entwickeln die Professionellen in ihren Teams fortlaufend Methoden und Techniken hinsichtlich des bewusst gesteuerten Umgangs mit den von ihnen priorisierten Spannungsfeldern aus ihrer Praxis. Die Teilnehmenden sollen in der Lage sein, in ihrer Einrichtung oder einem bestehenden Netzwerk eine **Expert*innengruppe 'Konstruktion von Beraterhandeln anhand von Paradoxien'** zu implementieren. Dazu werden zunächst mithilfe von Fallbeispielen Spannungsfelder bzw. Paradoxien der Beratung verdeutlicht, in denen die Beratenden sich selbst fachlich und emotional wiederfinden können. Nachdem die Beratenden als Expert*innengruppe die Dilemmata detailliert herausgearbeitet sowie Entscheidungsmöglichkeiten diskutiert haben, sollen sie Methoden zum Umgang mit den Spannungsfeldern gedanklich-experimentell antizipieren, konkretisieren sowie deren Umsetzung planen. Die erprobten Beratungstechniken oder auch -haltungen sind in den nächsten Expert*innengruppen-Treffen auszuwerten, zu festigen und weiterzuentwickeln.

Die Teilnehmenden erlernen dadurch, ihre Beratungstechniken beständig weiterzuentwickeln, und zudem ein fortwährendes Reflektieren von Relevanzstrukturen (Schütz 1993) mithilfe von Fallrekonstruktionen. Dabei gilt es, unterschiedliche Beratungsformen sowie -haltungen unter Kolleg*innen nachzuvollziehen und als Chance für eine unterstützende Kultur zu begreifen.

Nicht nur das Agieren in den genannten Spannungsfeldern ist relevant, sondern auch das Wissen über und den Einsatz unterschiedlicher Beratungsmodi. Die Frage, die sich zunächst stellt, lautet: Welche zentralen Aufgaben und welches Selbstverständnis hat die Pflegeberatung? Nach SGB XI §7 Abs.1 haben beispielsweise die „Pflegekassen [...] die Eigenverantwortung, de[n] Versicherten durch Aufklärung und Auskunft über eine gesunde, der Pflegebedürftigkeit vorbeugende, Lebensführung zu unterstützen und auf die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen hinzuwirken“. An dieser Stelle ist nach der Bedeutung dieses Auftrages für die Handlungsebene zu fragen. Welche Themenfelder sollte die Beratung fokussieren, um diesem Ziel nachzukommen und welche „Werkzeuge“ werden benötigt? Mithilfe von ausgesuchten Fällen sollen hier die fünf im Projekt OPEN identifizierten Beratungsmodi rekonstruiert werden. Wenn die Identifizierung der Beratungsmodi innerhalb der

eigenen Berufspraxis gelingt, kann einerseits die Ausrichtung des eigenen Vorgehens eher verstanden werden, andererseits können diese Modi auch als gezielt einzusetzende Handlungsorientierung bzw. Beratungswerkzeuge gesehen werden. Dabei ist zu beachten, dass jedem Beratungsmodus Berechtigung und eine jeweils situationsspezifische Angemessenheit zukommt. Im Datenmaterial des Forschungsprojektes konnten darüber hinaus noch vier Modi nachgewiesen werden, die beschreiben, auf welche Art und Weise Beratende konkret zwischen den fünf Idealtypen von Beratung wechseln können. Diese Unit zielt darauf ab, diesen Wechsel bewusst einsetzen zu können, um auf diese Weise ein Matching zwischen den Nutzerorientierungen und Beratungstypen zu erreichen und passgenaue Beratung anzubieten. Auch hier soll didaktisch-methodisch mit „Narrativen“ nach Wittneben (2003) gearbeitet werden, indem gerade jene Handlungen, die als nicht gelungen oder erfolglos bewertet werden, thematisiert werden, um in einem „multiculturell classroom“ (Kämmerer-Rütten/Schulze 2011) Bildungspotenziale, wie Perspektivwechsel, Synergien und Team-Ressourcen, frei zu legen.

Unit 4: Netzwerkarbeit

Der Projektlogik folgend, entwickelte sich die vierte Unit aus den Ergebnissen der Netzwerkanalyse. Ziel dieser Unit ist es, Wissen über die Initiierung und den Aufbau von Netzwerken im Schnittfeld von Pflege und Migration zu erwerben. Die an dieser Qualifikationseinheit Teilnehmenden können an vorhandene Netzwerke anknüpfen und relevante Akteur*innen und -gruppen für das Thema sensibilisieren. Sie verfügen außerdem nach Abschluss dieser Unit über Kompetenzen, konzeptionell und strategisch Netzwerkverbindungen zu analysieren, herzustellen und zu pflegen.

Im ersten Schwerpunkt dieser Unit gilt es, zunächst Ideen zu entwickeln, neue Kooperationen in bestehende Netzwerke einzubinden. Hier wird beispielsweise darauf abgezielt, informelle Netzwerke im Kontext von Diversität – insbesondere von Migration – zu institutionalisieren, so dass stabile Beziehungen entstehen können, die im Sinne des Case Managements fördernd für die Fallebene sein können. Auch soll die Erarbeitung von Strategien zur Gewinnung von (zukünftigen) Kooperationspartner*innen, Institutionen und Communities in der Region gemeinsam mit den Teilnehmenden entwickelt werden.

Die im Projekt durchgeführten Netzwerkanalysen verdeutlichten noch einmal die hohe Relevanz von Netzwerkbeziehungen. So beinhaltet der zweite Schwerpunkt die Stärkung der Netzwerkarbeit im Kontext bestehender Kooperationen. Im Vordergrund stehen die Beziehungen zwischen den Organisationen selbst, also zwischen den Pflegestützpunkten bzw. Pflegeberatungsstellen und den Akteur*innen in ihrem Netzwerk. In Gruppenarbeiten und Rollenspielen werden Strategien erarbeitet, um diese vorhandenen Verbindungen auszubauen und das Interesse für die „migrationsspezifischen“ Bedarfe bei bestehenden Netzwerkpartnern hervorzurufen. Mithilfe der Software VennMaker wird der Fokus darauf gelegt, Schnittstellen und Kooperationspartner der eigenen Region zu gewichten. Auf diese Weise gelingt es den Teilnehmenden, eine fallspezifische Leistungserstellung (auf der Fallebene) sowie eine fallunspezifische Leistungscoordination (auf der Systemebene) für die jeweilige Beratungsstelle mit deren Anforderungen analysieren zu können. Diese visuelle Darstellung von Netzwerkkarten (qualitatives Instrument) nach Modellregionen, ermöglicht zudem das „strukturelle Löcher“, also verbindungsarme Kooperationen z. B. in Bezug auf Migration und Pflege, identifiziert und überwunden werden können.

Institutionalisierung der Units

Die Erprobung des methodischen Transfers aller Units in OPEN erfolgte zum einen mit den Pflegeberatenden in halbjährlich stattfindenden WPK-Treffen und in von Pflegestützpunkten regional organisierten Fortbildungen, aber auch mit Studierenden der Frankfurt UAS. Hier sind insbesondere folgende Studiengänge und Module zu nennen: Modul 12 (Projektstudium) des Bachelorstudiengangs ‚Pflege‘ (B.Sc.) sowie Modul 14 (Pflege- und Gesundheitsforschung) des Studiengangs ‚Pflege- und Case Management‘ (B.Sc.). Weiter fließen Anteile der Units in den Masterstudiengang ‚Pflege – Advanced Practice Nursing‘ (M.Sc.) ein und zwar im Rahmen des Moduls 7: Konzepte, Modelle und Rollen in Advanced Practice Nursing. Darüber hinaus werden derzeit Gespräche mit der Leitung des Studiengangs ‚Diversität und Inklusion‘ (M.A.) geführt, um auch hier Bestehendes mit den in OPEN generierten Bildungsbausteinen zu unterlegen.

Über die Abteilung FIT – Forschung Innovation Transfer der Frankfurt UAS ist geplant, die Inhalte in ein bestehendes Fort- und Weiterbildungsangebot zu implementieren. Um sie nachhaltig und passgenau platzieren zu können, ist die sehr divergierende Berufsgruppe der in der ‚Pflegeberatung‘ Tätigen präzise und in ihren unterschiedlichsten Kontexten zu adressieren. Die jeweiligen Vorkenntnisse und Erwartungen sowie Nachfragen, Bedarfe und zeitlichen Ressourcen sind hier bei jeder Institution gesondert zu berücksichtigen. Ob nunmehr in der Einstiegsqualifizierung, der Fortbildung oder im Studium, können die im Folgenden beschriebenen Units einzeln oder in unterschiedlichen Zuschnitten Anwendung finden.

So wurden, in Kooperation mit der Katharina Kaspar Akademie und der AOK Pflegeakademie, ein 20-seitiger Lernbrief und mehrere Lernvideos zum Thema „Interkulturelle Aspekte im Case Management“ entwickelt. Diese sind nicht ausschließlich auf der Homepage des HessIP abrufbar, sondern werden zudem im Rahmen der zertifizierten Weiterbildung ‚Pflegeberatung‘ jährlich ca. 400 Weiterbildungsteilnehmer*innen der AOK in einem online-Kurs (Modul ‚Case Management‘) zur Verfügung gestellt.

2. Wichtigste Positionen des zahlenmäßigen Nachweises

Zu den wichtigsten Positionen im zahlenmäßigen Nachweis zählen die Personalkosten. Aus den anspruchsvoll formulierten Projektzielen ergibt sich zwangsläufig ein hoher Personalbedarf zur Umsetzung der Ziele. Diesem Anliegen wurde im Rahmen der Bewilligung bei allen Verbundpartnern entsprochen. Hilfreich war auch die Gewährung von Aufwandsentschädigungen im Rahmen der Durchführung der Zukunftswerkstätten. Auf diese Weise konnte seitens der Projektbeteiligten eine besondere Wertschätzung für die aktive Teilnahme der Migrant*innen zum Ausdruck gebracht werden. Die Auswertungen der Zukunftswerkstätten haben gezeigt, dass diese Veranstaltungen in besonderer Weise von den Teilnehmenden gewürdigt wurden. Erst durch die Zukunftswerkstätten konnte „das Eis gebrochen werden“ und eine weitere aktive Mitarbeit generiert werden.

Details der zahlenmäßigen Abrechnung in den Einzelpositionen sind den jeweiligen rechnerischen Verwendungsnachweisen der Verbundpartner zu entnehmen.

3. Notwendigkeit und Angemessenheit der geleisteten Arbeit

Der Bedarf im Hinblick auf eine stärkere interkulturelle Öffnung der Pflegeberatung und weiterer personenbezogener sozialen Dienstleistungen im Bereich Pflege – auch über die Pflegestützpunkte hinaus – wurde durch die wissenschaftlichen Erkenntnisse von OPEN noch einmal untermauert. So zeigten sich in den Netzwerkanalysen „strukturelle Löcher“ (Burt 1995) nicht nur zwischen den pro-

fessionellen Netzwerken von Pflege und Gesundheit auf der einen Seite und dem der Migrationsarbeit auf der anderen Seite. Noch sehr viel gravierender erwiesen sich die „strukturellen Löcher“ zu den informellen Netzwerken von Zugewanderten, in denen besonders der *Nutzungstypus A* auch seine Bewältigungsformen häuslicher Pflege organisiert und darin häufig überfordert ist. Lediglich den Wiesbadener Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter ist es tendenziell gelungen, diese „strukturellen Löcher“ zu schließen. Zumindest auf der professionellen Ebene sind sie durch ihre dezentrale Organisation auf Quartiersebene in die entsprechenden Stadtteilkonferenzen eingebunden. Und zum Teil ist es dank engagierter und im Quartier gleichermaßen verorteter wie bekannter Fachkräfte sogar gelungen, auch eine Brücke zu den informellen Netzwerken von Zugewanderten und den sich dort stellenden Unterstützungsbedarfen bezüglich häuslicher Pflege zu schlagen.

Selbst mit den in OPEN realisierten „Portaltechniken“ ließen sich diese „strukturellen Löcher“ nicht in dem Maße schließen, wie dies seitens der Stakeholder allseits wünschenswert war und ist. Hauptgrund dafür sind mangelnde Ressourcen der WPK-Partner. So konnten im Rahmen von OPEN zwar zentrale wissenschaftliche Erkenntnisse nicht nur zu Nutzungshemmnissen und -barrieren personenbezogener sozialer Dienstleistungen der Pflegestützpunkte und des bundesrepublikanischen Gesundheitssystems für Zugewanderte gewonnen werden. Es konnten auch differenziert diversitätssensible Ansätze für gelingende Kooperationen zwischen Fachkräften und den migrantischen Nutzenden ihrer sozialen Dienstleistungen wissenschaftlich herausgearbeitet werden. Nicht befriedigen kann jedoch die bisherige praktische Umsetzung dieser Erkenntnisse und die darüber schon erzielten Erfolge.

Hier bleibt abzuwarten, wie sich die Transferstrategien von OPEN vor allem im Zusammenhang mit den Qualifizierungsmodulen auswirken werden, an denen es ein breites Interesse gibt. Dennoch vermögen diese Qualifizierungsmodule bestenfalls eine Veränderung auf der Ebene des *Erbringungsverhältnisses* personenbezogener sozialer Dienstleistungen im Bereich Pflege(beratung) zu bewirken. Es bedarf jedoch im Hinblick auf eine Nachhaltigkeit auch Veränderungen auf der Ebene des *Erbringungskontextes* und der finanziellen und rechtlichen Rahmenbedingungen auf gesellschaftlicher Ebene. Im Hinblick auf die damit zugleich mit aufgeworfene Ressourcenfrage hat der Leiter des Bereiches Altenarbeit der Stadt Wiesbaden auf der Abschlusstagung von OPEN vorgerechnet, dass sich das Wiesbadener Konzept der Wahrnehmung von Pflegeberatung durch die dezentralen, kommunalen Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter, mit ihrem im Vergleich zu Pflegestützpunkten weit aus breiteren Aufgabenspektrum, für die Stadt ausgezahlt hat.

4. Voraussichtlicher Nutzen / Verwertbarkeit

In der Vorhabenbeschreibung wurde bezüglich des gesellschaftlichen Nutzens von OPEN hervorgehoben, dass seine Praxisforschung nicht nur auf „ein anwendungsbezogenes, wissenschaftlich abgesichertes Wissen zur Weiterentwicklung von Standards und Verfahren der Beratungsqualität“ (S. 23) ziele, sondern auch „die Voraussetzungen dafür [liefere], dass bestimmte, bisher ‚exkludierte‘ Bevölkerungsgruppen eine optimale Unterstützungsleistung zur Erhaltung der eigenständigen Lebensführung erhalten“ (ebd.). Im Hinblick auf die forschersiche Wissensproduktion konnte dieses Ziel durch OPEN sicher eingelöst werden. Wie zuvor geschildert ist es aber darüber hinaus auf praktischer Ebene nur bedingt gelungen, gemeinsam mit den WPK-Partnern entsprechende „Voraussetzungen“ (ebd.) für „optimale Unterstützungsleistungen“ (ebd.) zu schaffen, weil Veränderungen des *Erbringungskontextes* und der rechtlichen Bedingung sich dem direkten Einfluss eines Praxisforschungsverbundes entziehen.

In der Vorhabenbeschreibung wurden drei Dissertationsvorhaben angekündigt. Es wurden fünf, von denen keines jedoch bisher abgeschlossen wurde. Jana Wirz, die vorzeitig aus dem Projekt ausgeschieden ist, kann ihre Dissertation auf einer Promotionsstelle der Hochschule Koblenz abschließen. Alexandra Zein hofft Ihre Dissertation im Rahmen ihres Mutterschaftsurlaubes und der Erziehungszeit abschließen zu können. Peter Engert wird die Gelegenheit haben, seine Dissertation im Rahmen einer wissenschaftlichen Mitarbeiterstelle an der Hochschule RheinMain fertig zu stellen. Sabrina Khamo Vazirabad als künftige Promovendin am Promotionszentrum ‚Soziale Arbeit‘ der Hochschule RheinMain und Andre Terjung als Promovend an der Goethe Universität Frankfurt am Main am Fachbereich Erziehungswissenschaften wollen ihre Dissertation neben ihrer Berufstätigkeit abschließen.

An Masterarbeiten konnte im Rahmen von OPEN bisher an der HSRM eine abgeschlossen werden, eine ist kurz vor Abgabe. Sie sind aus zwei an OPEN angedockten Handlungsforschungsprojekten im Masterstudiengang maps-Sozialraumentwicklung/Sozialraumorganisation heraus entstanden. Zwar wurde an der HSRM über zwei Semester durch die beiden wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen der gesamte Schwerpunkt „Gesundheit und Lebensbewältigung“ im BA-Studiengang Soziale Arbeit inklusive eines Lehrforschungsprojektes aus OPEN heraus gestaltet, auch lehren beide im neu akkreditierten BA-Studiengang „Gesundheit und Soziale Arbeit“, um dabei Gehalte von OPEN einzubringen, eine BA-Arbeit, die sich explizit auf OPEN bezieht, wurde jedoch bisher noch nicht abgeschlossen.

An der Frankfurt Universität of Applied Sciences wurden durch wissenschaftliche Mitarbeiter*innen zwei Lehrforschungsprojekte mit Studierenden des Bachelorstudiengangs ‚Pflege‘ (B.Sc.) im Rahmen des Modul 12 (Projektstudium) zum OPEN Arbeitsschwerpunkt „Qualifizierungsmodule“ durchgeführt. Durch Lehraufträge in dem Modul 14 „Pflege- und Versorgungsforschung“ des Bachelorstudiengangs „Pflege - und Case Management“ konnten die wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen sowohl die Forschungsmethoden als auch Forschungsergebnisse aus OPEN in die Hochschullehre einbinden. Des Weiteren konnte eine Bachelorthesis mit dem Titel „Etablierung von Portaltechnik für Menschen mit Migrationshintergrund in Pflegestützpunkten“ (2016) von der in OPEN als studentische Hilfskraft beschäftigten Katja Kraus abgeschlossen werden.

Weiter fließen Anteile der in OPEN entwickelten Qualifizierungs-Units in den Masterstudiengang ‚Pflege – Advanced Practice Nursing‘ (M.Sc.) ein und zwar im Rahmen des Moduls 7: Konzepte, Modelle und Rollen in Advanced Practice Nursing. Darüber hinaus werden derzeit Gespräche mit der Leitung des Studiengangs ‚Diversität und Inklusion‘ (M.A.) geführt, um auch hier Bestehendes mit den in OPEN generierten Bildungsbausteinen zu unterlegen.

Intensivere Transferaktivitäten fanden statt in Gestalt:

- Auftakttagung von OPEN am 1.12.2014 für WPK-Partner, Politik und Fachöffentlichkeit
- regelmäßige Arbeitstagungen mit WPK-Partnern
- Informationsveranstaltungen gemeinsam mit einzelnen WPK-Partnern
- Tagung mit wissenschaftlichen Beirat am 27.9.2016
- Workshop auf dem 20. Regionalgruppentreffen Mitte der Hessischen Pflegestützpunkte in Gießen am 16.11.2016
- Abschlusstagung mit Beirat und WPK-Partnern am 30.8.2017
- Präsentation der OPEN-Ergebnisse auf der Jahrestagung hessischer Pflegestützpunkte am 14.10.2017
- Workshop „Expertengruppe – Konstruktion von Beraterhandeln anhand von Paradoxien im Kontext von Migration und Demenz“ auf der Fachtagung „Demenz und Migration – Welche kultursensiblen Angebote benötigen wir?“ in Frankfurt am 26.10.2017

Forschungsergebnisse von OPEN wurden auf folgenden wissenschaftlichen Tagungen präsentiert:

18.04.2015 Posterpräsentation auf dem Interprofessionellen Gesundheitskongress in Dresden

20.09.2015 Posterpräsentation auf dem 3-Länderkonferenz „Pflege und Pflegewissenschaft“ in Konstanz

1.10.2015 May, Michael: „(Keine) Zugänge finden – Beschränkungen des Nutzens Sozialer Arbeit für ältere Zugewanderte“. Bundeskongress Soziale Arbeit 2015 in Darmstadt

25.11.2015 Posterpräsentation auf der Tagung „Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne...“ der Goethe Universität in Frankfurt am Main

1.4.2016 May, Michael: „Bildungsbezogene Unterschiede in den Nutzungsansprüchen und -hemmnissen älterer Zugewanderter im Bereich Gesundheit und Pflege“. Dreiländerkongress „Bildung und Gesundheit“ in Nürnberg

1.7.2016 Woite, Alexandra: „Dilemmata der Pflegeberatung“. Empirie-AG der Kommission Sozialpädagogik der DGFE in Bielefeld

2.7.2016 Engert, Peter: „Fallspezifisch und fallunspezifische Netzwerke von Pflegestützpunkten“. Empirie-AG der Kommission Sozialpädagogik der DGFE in Bielefeld

1.9.2016 Khamo Vazirabad, Sabrina; Terjung, Andre; Schulze, Ulrike: „Positionierung von Pflegefachpersonen im Sorgearrangement von Menschen mit Migrationshintergrund“. Lernwelten 2016, 16. internationaler wissenschaftlicher Kongress für Pflege- und Gesundheitspädagogik in Wien

07.09.2016 Terjung, Andre; Khamo Vazirabad, Sabrina; Schulze, Ulrike: „Projekt OPEN- Interkulturelle Öffnung der Pflegeberatung Positionierung von Pflegefachpersonen im Sorgearrangement von Menschen mit Migrationshintergrund“. Gerontologie und Geriatrie Jahreskongress 2016: Leben und Altern – Funktionalität und Qualität der DGGG in Stuttgart

28.10.2016 Terjung, Andre; Khamo Vazirabad, Sabrina; Schulze, Ulrike: „Zur Notwendigkeit einer professionell familialen Rollenerweiterung Pflegenden“. 1. Hessisches Symposium für Pflegeforschung des HessIP in Frankfurt

7.4.2017 May, Michael: „Unterschiedliche Ebenen von Barrieren in der Inanspruchnahme von Pflegeberatung“. Jahrestagung der Nutzungsforschung. Universität Wuppertal

2.6.2017 May, Michael: „Relations of matching between reproductioncodes of immigrants and the institutional and the informal social systems of small and medium sized towns“. Internationale Tagung: Academic perspectives on small and medium-sized towns: characteristics and everyday strategies of immigrants to find 'their place' in the institutional and the informal social systems. NEIMED/Zuyd Hogeschool Heerlen

7.9.2017 Khamo Vazirabad, Sabrina; Terjung, Andre; Schulze, Ulrike: „Zur Notwendigkeit pflegerischer Expertise in der Pflegeberatung - Eine Aufgabe für APN?“. Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice. 4. Internationaler Kongress in Freiburg im Breisgau

22.9.2017 Löcherbach, Peter: Management von Komplexität zwischen individuellen Lebenslagen und Strukturbedingungen von Regionen. 16. Case-Management Tagung der AGP Forschung Freiburg.

28.9.2017 May, Michael: „Orientierungen älterer Zugewanderter im Hinblick auf die Information, Beratung und Versorgung in Fragen von Gesundheit und Pflege und ihre (Nicht-)Passung zu sozialstaatlichen Unterstützungsangeboten“. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie in Fulda

22.10.2017 May, Michael: „Barriers to the use of nursing care counselling for immigrants“. International CARN-Conference Rethymno

18.05.2018 Terjung, Andre; Khamo Vazirabad, Sabrina; Schulze, Ulrike: Erweiterung der Beratungsexpertise im Kontext von Diversität – Ergebnisse des Forschungsprojektes „OPEN – Interkulturelle Öffnung in der Pflegeberatung“. Bremer Pflegekongress. Herausforderung- Fremdsein. 16.05-18.05.2018 in Bremen

18.05.2018 Khamo Vazirabad, Sabrina; Terjung, Andre; Schulze, Ulrike: „Das Konzept der „Familial akzeptierten Pflege“ – Ein methodisch-didaktischer Ansatz zur Förderung von Diversitätssensibilität in Pflegeausbildung und Berufspraxis. Bremer Pflegekongress. Herausforderung- Fremdsein. 16.05-18.05.2018 in Bremen

5. Fortschritt auf dem Gebiet des Vorhabens bei anderen Stellen

Im Rahmen der Versorgungsforschung haben Schmidt/Luderer (2014) in einer hermeneutisch interpretativen Studie zeigen können, wie die Sicherstellung einer komplexen Versorgung multimorbider Menschen durch Pflegestützpunkte gelingen kann. Die Ergebnisse einer Befragung fast 40 % aller Pflegestützpunkte zeigt „eine große Vielfalt an Umsetzungsvarianten“ (Kirchen-Peters/Nock 2016: 395) nicht nur zwischen den einzelnen Bundesländern, sondern auch innerhalb dieser. Zwar ergab eine AOK-Befragung (2017) von Empfängern von Pflegeleistungen mit und ohne vorherige Pflegeberatung eine hohe Zufriedenheit besonders mit deren häuslicher Form. Allerdings war die Hälfte derjenigen, die keine Pflegeberatung erhalten hatten, dieses Angebot auch gar nicht bekannt, was die Bedeutung der in OPEN durchgeführten Analyse von Portaltechniken unterstreicht.

Diesbezüglich bestätigt eine Untersuchung der Stadt Wien, „dass ältere MigrantInnen, vor allem aus bildungsferneren Milieus, erhebliche Probleme im Informationszugang haben [...] und darüber hinaus befürchten, die Situation bei Inanspruchnahme von Pflegeleistungen nicht kontrollieren zu können“ (2016: 119). Die daraus abgeleitete Forderung nach „einer *sehr niederschweligen, lebensweltbezogenen und aufsuchenden Informations- und Beratungsarbeit*“ (ebd.: 119 f.) wurde in OPEN gleichermaßen praxisorientiert wie wissenschaftlich fundiert umzusetzen versucht. Bedeutsam ist dies vor allem, weil Klie (2014) einmal mehr verdeutlicht hat, dass bundesweit trotz großem Bedarf nach professioneller Beratung die Idee von neutraler Pflegeberatung durch Kassen und Kommunen nicht angemessen umgesetzt wird. Kirchen-Peters/Nock haben diesbezüglich eine qualitativ differenziertere Analyse angeregt, die von OPEN in seinen Modellregionen ebenso realisiert wurde, wie auch eine Berücksichtigung der „Adressatenperspektive“ (2016: 395) bezüglich der „Beratungs- und Servicequalität der PSP“ (ebd.) im Hinblick auf die Zielgruppe älterer Zugewanderter.

Zahlreiche Beiträge haben während der Laufzeit von OPEN die Nichtnutzung von Angeboten des Gesundheitssystems durch ältere Zugewanderte analysiert (Brzoska et al. 2015; Michalik/Walter 2015; Penka et al. 2015). Dabei wird die interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens kritisch in den Blick genommen (zur Kultursensibilität im Krankenhaus: Blum/Steffen 2015). So zeigte die Auswertung der Datenbank „Gesundheitliche Chancengleichheit“ durch Brand et al. (2015) nur eine sehr geringe Anzahl an Angeboten, die sich ausschließlich an Personen mit Migrationshintergrund richten (0,6 %) und weitere Defizite dieser Angebote. Eine mangelnde Ausrichtung der Angebotsstrukturen an (kultur-) spezifischen Bedürfnissen, sowie Krankheits- und Therapieverständnissen (vgl. Yilmaz-Aslan 2013; Röhnsch & Flick 2014) wird ebenso beklagt, wie eine unzureichende aktive Vernetzung der Leistungsanbieter in die Communities (Kamps 2013; Thi Minh Tam et al. 2014), was den OPEN-Ansatz eines Einbezugs von ehrenamtlich tätigen Personen aus der Community sowie der Etablierung differenzsensibler Angebote bestärkt.

Die in einer ganzen Reihe von Studien und Beiträge (Maier et al. 2015; Razum/Spallek 2015) – häufig jedoch eingeeengt auf eine bestimmte Zuwanderungsgruppe und/oder ein spezifisches gesundheitsbezogenes Angebot (Brzoska/Razum 2015; Dibelius 2015; Mogar/Kutzleben 2015; Motzek 2015; Röhnsch/Flick 2015a; 2015b; Schott et al. 2015; Schwarz et al. 2015) – ermittelten Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, decken sich weitgehend mit der diesbezüglichen Auswertung der OPEN-Zukunftswerkstätten (s.o. 1.1.3).

Für eine lebensweltorientierte Gestaltung von Zugangswegen zum Gesundheitssystem besonders bedeutsam ist neben den von Brand et al. (2015) auf der Basis ihrer Datenbankrecherche erarbeiteten Vorschlägen, vor allem die von Olbermann (2015) idealtypisch unterschiedene Vierermatrix von

Typen des Präventionsverhaltens älterer Zugewanderter. Nicht nur dass sich deutliche Bezüge zu den beiden in der komparativen Auswertung der OPEN-Zukunftswerkstätten idealtypisch rekonstruierten Nutzungsorientierungen herstellen lassen (s.o. 1.1.4). Olbermanns Präventionstypen wurden ebenso wie die Anregungen von Brand et al. (2015) auch bei den Portaltechniken von OPEN berücksichtigt. Die Bedeutung, die OPEN dabei familialen Netzwerken beigemessen hat, wird von Londoner Studie von Smyth et al. (2015) untermauert.

Die auch in Zukunftswerkstätten von OPEN artikulierte Idee einer Telefonhotline in Muttersprache als Erstauskunft wird durch eine Untersuchung der Pflegeberatung der Caritas in NRW und deren Vernetzung mit dem Gesundheitssystem durch Kelleter (2014) bekräftigt, die im Vorschlag einer solchen in zentralisierter Form mündet. Die in einer der OPEN Zukunftswerkstätten entwickelte, aber leider aus Ressourcenmangel der WPK-Partner nicht umgesetzte Idee eines mobilen Infobusses wurde mit dem Schwerpunkt Demenz in NRW erfolgreich erprobt (Reichert et al. 2016).

Bezüglich der interkulturellen Kompetenz von Professionellen mahnen verschiedene Beiträge kulturspezifische Kenntnisse zu Symptompräsentation und Krankheitskonzepten an sowie eine entsprechende Gestaltung von Pflegearrangements (Chang/Yang/Kuo 2013; Genkova/Ringeisen/Leong 2013; Bremer Rat für Integration 2014; Michalik/Walter 2015; Tagay 2015) und konkretisieren dies auch speziell im Hinblick auf Muslime (Bloomer/Al-Mutair 2013; Ilkic 2014), für Türkeistämmige (Schenk/Krobisch/Dilek 2014), für arabische Kulturen (Mutair/Plummer/O'Brien/Clerehan 2014) sowie für pazifische und asiatische Kulturen (Frey/Raphael/Bellamy/Gott 2014).

Demgegenüber stellen Spallek/Razum fest, dass „ohne Einbeziehung des sozialen Status, der neben Einkommen und Bildung auch weitere Dimensionen wie Gender, soziales Kapital etc. umfasst, [...] die Analyse der gesundheitlichen Situation von Migranten [...] nicht möglich“ (2015:159) sei. Die sozio-genetischen Verweisungszusammenhänge der komparativen Auswertung der OPEN Zukunftswerkstätten haben diesbezüglich weitaus differenziertere Bezüge – vor allem auch was deren Überlagerung betrifft – rekonstruieren können (vgl. May 2018). Sie bestätigen Grönings Kritik an „repräsentative[n] Beschreibungen von außen [...], weil sie nicht an [...] lebensweltlichen Sinnstrukturen anknüpfen“ (2016: 285). Das betrifft auch das zur Ermittlung von Gesundheits- und Krankheitskonzepten sowie Behandlungserwartungen und Belastungsfaktoren von Schouler-Ocak/Aichberger (2015) propagierte Cultural Formulation Interview (zur Kritik vgl. die Untersuchung von Mika et al. 2015).

Bezüglich der formativen Evaluation von Ansätzen der interkulturellen Öffnung der Pflegeberatung hat OPEN Anregungen aus der mit einem qualitativen und quantitativen Design durchgeführte Evaluation der Effektivität des Trainingsprogramms „Einfühlsame Kommunikation“ von Schirmer & Schall (2015) aufgegriffen. Weit bedeutsamer für die in diesem Zusammenhang von OPEN durchgeführten Analysen der Beratungen (s.o. 1.2) sowie der anschließenden Pflegearrangements war jedoch der von Michael Zander (2015) für seine Studie zur „Autonomie bei (ambulantem) Pflegebedarf im Alter“ entwickelte analytische Bezugsrahmen. Dieser gründet auf entsprechenden Überlegungen der kritischen Psychologie und der Self-Determination Theory, schließt aber auch an die Disability Studies an. Wie OPEN intendiert auch Zander, soziale Ungleichheit abzubauen und hierbei ebenso Alternativen zur konventionellen Pflege zu berücksichtigen (vgl.: 153f).

Im Hinblick auf die Verbesserung interkultureller Kommunikation in der Pflegeberatung wurden dabei in OPEN Anregungen von McCarthy/Cassidy/Graham/Tuohy (2013) sowie Rehtien (2014) ebenso aufgegriffen wie bezüglich psychosozialer Beratung älterer Menschen aus dem Experteninterview basierten Konzept von Groer (2015). Nützlich für die in OPEN erprobten Care- und Case-

Management-Ansätze waren die von Kollak/Schmidt (2016) auf einer allgemeinen Ebene entwickelten und anhand konkreter Prozesse (Kollak/Schmidt 2015) illustrierten Instrumente. Postuliert der 7. Altenbericht, dass Sorge und Pflege aufeinander bezogen werden müssen, um „vor allem der Sicherung von Selbstbestimmung und Teilhabe“ (BMFSJ 2016: 31) zu dienen, bekräftigt dies den OPEN Ansatz ebenso wie dessen Forderung, „[g]emischte Sorgestrukturen [...] wohnortnah und unter Berücksichtigung der lokalen Rahmenbedingungen“ (ebd.: 34) „aufzubauen, zu unterstützen, zu koordinieren und zu stabilisieren“ (ebd.: 32). Dabei untermauert die umfassende Literatur-Recherche von Englert et al. (2017) die auch in den OPEN Beratungsanalysen herausgearbeitete Bedeutung einer „vertrauensvollen Beziehungsgestaltung [...] sowie die Ausrichtung der Beratung auf die individuelle Situation der Ratsuchenden“ (ebd.). Dem dort weiter angemahnten „Forschungsbedarf hinsichtlich der Bedarfe verschiedener Nutzergruppen“ (ebd.) ist OPEN bezüglich seiner Zielgruppe älterer Zuwanderter nachgegangen, um „die individuelle Ausgangssituation der Ratsuchenden zu berücksichtigen, die variierende Beratungsanlässe nach sich zieht“ (ebd.).

Kommen Krobisch et al. zu dem Ergebnis, dass „ein gemeinsamer soziokultureller Hintergrund mit den Pflegefachpersonen und die gemeinsame Muttersprache [...] für ältere Türkeistämmige eine Voraussetzung für gute Pflege“ (2016: 289) zu sein scheint, bekräftigt die Wiener Untersuchung die Erkenntnisse der OPEN-Zukunftswerkstätten, wonach sich hinter solchen Wünschen „im Kern [...] universelle Ansprüche und Erwartungen“ (Stadt Wien 2016: 121) verbergen, bei denen es in erster Linie „um *Vertrauen*“ (ebd.) geht, was häufig durch Erfahrungen institutioneller Diskriminierung erschüttert wurde, welche dann auch „die potentielle Bereitschaft für eine Inanspruchnahme signifikant reduzieren“ (ebd.: 120). Wenn Krobisch et al. fordern, dass „weitere Forschung [...] klären [sollte], unter welchen Bedingungen multikulturelle Pflegekonstellationen in dieser Gruppe auf Akzeptanz stoßen“ (2016: 289), dann hat OPEN mit der idealtypischen Rekonstruktion von Nutzungsorientierungen auf der Basis der Zukunftswerkstätten und der Untersuchung der Passungsverhältnisse zu den im Rahmen der Beratungsanalysen ebenfalls idealtypisch rekonstruierten Modi von Pflegeberatung dazu wichtige Erkenntnisse gewinnen können (May/Zein 2018).

Fordert Jurgschat-Geer diesbezüglich auch eine „Fort- und Weiterbildung von Pflegefachkräften zur Stärkung und Förderung der Beratungskompetenz“ (2016: 23), hat OPEN entsprechende Module konzipiert. Dabei wurden auch ethisch-konzeptionelle Überlegungen Leufgens (2015) aufgegriffen. Bedeutsam waren weiterhin das Lehrbuch von Falk (2016) sowie die im Hamburger KURVE-Projekt (Petersen-Ewert et al. 2015) forschungsbasiert entwickelten Qualifizierungsmodule. Weitere Anregungen hat OPEN aus dem vom Bildungszentrum Pflege in Bern entwickelten Modul „Telenursing“ (Steffen/Schlegel 2013) aufgegriffen.

6. Erfolgte und geplante Veröffentlichungen

In folgenden Publikationen, die eine größere Öffentlichkeit adressieren, wurden Ergebnisse von Open publiziert (abzurufen unter <http://www.projekt-open.de/presse-und-publikationen.html>):

- CAZ- Campus Magazin University of Applied Sciences Frankfurt: „Bessere Hilfsangebote für Migrant(in)en“ vom 1.1.2015
- idw - Informationsdienst Wissenschaft vom 1.6.2015
- CAREkonkret „Aufklärung für pflegende Angehörige von Migranten“. Ausgabe 30, S.11 vom 24.7.2015
- RehaCare Magazin: Interkulturelle Pflege – privat oder professionell? Cross-cultural care – personal or professional? vom 1.9.2015
- Newsletter der Landesvereinigung Gesundheit sowie der Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. vom 9.12.2015

- May, Michael/Woite, Alexandra (2016): Interkulturelle Öffnung der Pflegeberatung. Das Projekt OPEN im Rheingau-Taunus-Kreis. In: Kreisausschuss des Rheingau-Taunus-Kreises (Hg.): Jahrbuch des Rheingau-Taunus-Kreises 2016. Beiträge zur Gegenwart und Geschichte. Idstein: Georg Grandpierre, S. 37–39.
- Bericht im Wiesbadener Kurier vom 17.6.2016
- Der Mensch im Fokus: Hilfe erlaubt! In: Erkennen, Fördern, Gestalten. ptj-Geschäftsbericht 2016, S. 24-26
- Hessisches Ministerium für Soziales: Integrationsbrief 27/2017, S. 8
- Rhein-Neckar-Zeitung, 14.12.2016: „Da blickt keiner mehr durch“ – Pflegedienst unterstützt Migranten Download: https://www.rnz.de/nachrichten*artikel,-Dossier-Migration-Da-blickt-keiner-mehr-durch-Pflegedienst-unterstuetzt-Migranten-*arid,241737.html

An wissenschaftlichen Publikationen mit Ergebnissen von OPEN sind erfolgt oder im Erscheinen begriffen:

- Bruck, E./Hermesen, T./Wirz, J. (2017): Interkulturelle Öffnung in der Pflegeberatung. In: Case Management, 14. Jg., Heft 1, S. 31-36. Download: https://www.khmz.de/fileadmin/user*upload/IFB/Dokumente/Forschung*Forschungsprojekte/CM0117*Bruck-Beitrag*OPEN.pdf
- May, Michael (2017): Interkulturelle Öffnung der Pflegeberatung. In: Christian Bleck, Anne van Rieën und Knopp Reinhold (Hg.): Zukunft Alter und Pflege im Sozialraum: Theoretische Erwartungen und empirische Bewertungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 177–190.
- May, Michael (2017): Die Bedeutung non-verbaler Kommunikationsformen für personenbezogene soziale Dienstleistungen. In: Widersprüche Redaktion (Hg.): Sprache und Sprechen in der Sozialen Arbeit. Münster, Westfalen, Westfälisches Dampfboot (Widersprüche Heft 143), S. 97-121.
- May, Michael (i.E.b.) Communing und Share Economy bei älteren Zugewanderten in Deutschland. In: SWS-Rundschau (58. Jg.) Heft 1/ 2018: 6 – 22
- May, Michael (i.E.b.): Zur Rekonstruktion von Nutzungsorientierungen sozialer Dienstleistungen im Bereich Gesundheit und Pflege älterer Zugewanderter. In: Soziale Passagen – Journal für Empirie und Theorie Sozialer Arbeit 10/2018,
- Herzog, Kerstin/Kunhenn, Jacqueline/May, Michael/Oelerich, Gertrud/Schaarschuch, Andreas/Streck, Rebekka (i.E.b.): Beschränkungen des Nutzens Sozialer Arbeit. In: Roland Anhorn, Elke Schimpf, Johannes Stehr, Kerstin Rathgeb, Susanne Spindler und Rolf Keim (Hg.): Politik der Verhältnisse - Politik des Verhaltens. Widersprüche der Gestaltung Sozialer Arbeit, Dokumentation Bundeskongress Soziale Arbeit in Darmstadt 2015 Bd. 2. Wiesbaden: Springer VS (Perspektiven kritischer Sozialer Arbeit, Band 30).
- May, Michael/Zein, Alexandra (i.E.b.): „Modi von (Pflege-)Beratung und ihr Passungsverhältnis zu Nutzungsorientierungen“. In: „Soziale Arbeit“ 3/18
- May, Michael/Zein, Alexandra (i.E.b.): Hemmnisse in der Nutzung der Pflegeberatung durch Zugewanderte. In: Monika Greening und Patricia Missler (Hg.): Migration. Chancen und Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung. Schriftenreihe der Katholischen Hochschule Mainz Bd. 9. St. Ottilien: EOS-Verlag
- Löcherbach, Peter (i.E.b.): Management von Komplexität zwischen individuellen Lebenslagen und Strukturbedingungen von Regionen. In: Case Management 1/2018

Weiterhin sind als wissenschaftliche Publikationen von OPEN-Ergebnissen geplant:

- Hermesen, Thomas/Löcherbach, Peter: „Klientnetzwerke, Professionelle Netzwerke und Systemnetzwerke in ihrer Bedeutung für die Pflegeberatung“. In: „Case Management“
- Schulze, Ulrike/ Terjung, Andre/ Khamo Vazirabad, Sabrina: „Diversität als Lernfeld – Ein didaktisch-methodisches Angebot zur Qualifizierung von Fachpersonen im Gesundheitswesen“. In: Dr.med. Mabuse. Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe. Mabuse-Verlag GmbH
- Khomo Vazirabad, Sabrina/ Terjung, Andre/ Schulze, Ulrike: „Zur Notwendigkeit einer professionell-familialen Rollenerweiterung als eine diversitätssensible Kompetenz in der Pflegepraxis: Das Kon-

zept der ‚Familial akzeptierten Pflege‘“. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Terjung, Andre/ Khamo Vazirabad, Sabrina/ Schulze, Ulrike: „Theorie-Praxis-Transfers in der Qualifikation von diversitäts- und kultursensibler Pflege – Das Konzept der ‚Familial akzeptierten Pflege‘ und sein methodisch-didaktischer Ansatz im Diskurs“. In Pflegewissenschaft. „Pädagogik der Gesundheitsberufe - Die Zeitschrift für den interprofessionellen Dialog“. Hpsmedia Verlag

Dissertation Zein, Alexandra: „Machtbalancen im Kontext interkultureller Pflegeberatung in Pflegestützpunkten“

Dissertation Terjung, Andre: „Umgang mit Dilemmata in idealtypischen Orientierungsrahmen der Profession Pflegeberatung“

Dissertation Engert, Peter: „Netzwerkdimensionen: Raum, Zeit, Macht“

Dissertation Khamo Vazirabad, Sabrina: „Scham in der Pflegeberatung“

Dissertation Wirz, Jana: „Pflege in russlanddeutschen Familien. Eine qualitative Studie“

Literaturverzeichnis

Alisch, M./May, M. (2010): Zwischen Eigensinn und Sozialstaatlichkeit: Stützung von Selbsthilfe und Selbstorganisation älterer Migrant(inn)en. In: Widersprüche Redaktion (Hrsg.): "Eigensinnige Alte!?" . Älter werden in Zeiten wohlfahrtsstaatlicher Verknappungspolitik. München, USP Publ. Kleine (Widersprüche, 117), 49-82.

Alisch, M./May, M. (2013): Formen der Selbstorganisation älterer Menschen in benachteiligten Lebenslagen als Basis „sorgender Gemeinschaften“. In: informationsdienst altersfragen 40 (03), 3-10.

Allwicher, V. (2010): Die Beratung von pflegenden Angehörigen im Kontext von § 7a SGB XI: Ein professionelles Handlungsfeld. In: Pflegezeitschrift, 1/2010, 16-19.

AOK-Bundesverband (2017): In besten Händen. Die individuelle Pflegeberatung der AOK - Ergebnisse einer Versichertenbefragung.

Arnold, J./Hermsen, T./Löcherbach, P./Mennemann, H./Poguntke-Rauer, M. (2011): Erfolgreiche Hilfestellung im Jugendamt, St. Ottilien, EOS Verlag.

Bareis, E. (2012). Nutzbarmachung und ihre Grenzen - (Nicht-)Nutzungsforschung im Kontext von sozialer Ausschließung und der Arbeit an der Partizipation. In Schimpf, E./Stehr, J. (Hg.), Kritisches Forschen in der Sozialen Arbeit. Gegenstandsbereiche - Kontextbedingungen - Positionierungen - Perspektiven (Perspektiven kritischer Sozialer Arbeit, Bd. 11). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 291–314.

Bareis, E./Cremer-Schäfer, H. (2013). Haushalt und Soziale Infrastruktur: komplizierte Vermittlungen. In Hirsch, J./Brüchert, o./Krampe, E.-M. & u.a. (Hrsg.), Sozialpolitik anders gedacht. Soziale Infrastruktur. Hamburg: VSA, 161–184.

Baric-Büdel, D./Zanier, G./Wagner, M. (2009): Interkulturelle Öffnung in der Altenhilfe. In: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Gesundheitliche Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund. Dokumentation Expertenworkshop am 5. Mai 2009. Berlin, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 97-121.

Becker, R. (2008): Beratung von pflegenden Angehörigen. Eine queer-feministische Diskursanalyse. Aus der Reihe: Kasseler gerontologische Schriften - Band 45. Kassel, Kasseler University Press.

Beckmann, Ch./Richter, M. (2005): "Qualität" sozialer Dienste aus der Perspektive ihrer Nutzerinnen und Nutzer. Theoretische und methodologische Annäherungen. In: Oelerich, G./Schaarschuch, A. (Hrsg.): Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht. Zum Gebrauchswert sozialer Arbeit. München: Reinhardt, 132-147.

Beywl, W. (1988): Zur Weiterentwicklung der Evaluationsmethodologie. Grundlegung, Konzeption und Anwendung eines Modells der responsiven Evaluation. Univ., Diss. u.d.T.

Beywl, W. (1987): Zur Neufassung der Evaluationsmethodologie--Köln, Frankfurt am Main, Lang (Europäische Hochschulschriften, Reihe 22, Soziologie, 174).

Beywl, W. (2006): Evaluationsmodelle und qualitative Methoden. In: Flick, Uwe (Hrsg.): Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte - Methoden - Umsetzung. Orig.-Ausg. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt-Taschenbuch-Verl. (rororo Rowohlt's Enzyklopädie, 55674), 92-116.

- Bloomer, M.J./Al-Mutair, A. (2013): Ensuring Cultural Sensitivity for Muslim Patients in the Australian ICU: Considerations for Care. *Aust Crit Care* 26, 4, 193-6.
- Blum, K./Steffen, P. (2015): Kultursensibilität im Krankenhaus. In: *Public Health Forum* 23 (2), 95–96.
- BMFSJ (2016): Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung. Unterrichtung durch die Bundesregierung.
- Bohn, C. (2015): Macht und Scham in der Pflege. Beschämende Situationen erkennen und sensibel damit umgehen. Ernst Reinhardt Verlag, München.
- Bohnsack, R. (2007): Typenbildung, Generalisierung und komparative Analyse: Grundprinzipien der dokumentarischen Methode. In: Bohnsack, R./Nentwig-Gesemann, I./ Nohl, A.-M. (Hrsg.): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. 2. erweiterte und aktualisierte Auflage. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, 225-253.
- Bohnsack, R. (2010): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden, 8. Aufl., Opladen, Verlag Barbara Budrich.
- Bortz, J./Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler (4. Aufl.), Berlin, Springer.
- Borgatti, S. P./Everett, M.G./Freeman, L.C. (2002): Ucinet for Windows: Software for Social Network Analysis. Harvard, MA: Analytic Technologies.
- Brand, T.; Kleer, D.; Samkange-Zeeb, F.; Zeeb, H. (2015): Prävention bei Menschen mit Migrationshintergrund. Teilnahme, migrationssensible Strategien und Angebotscharakteristika. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 58 (6), 584–592.
- Bremer Rat für Integration (Hrsg.): Pflegende Angehörige mit Migrationshintergrund. Situation, Bedarfe, Ressourcen und Unterstützung. Dokumentation der Fachveranstaltung vom 20. März 2014 in Bremen, 8-10. Online verfügbar unter [www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/ Ta- gungsdokumentation*Pflegende%20Angeh%C3%B6rige%20mit%20Migrationshintergrund* web.pdf](http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Ta- gungsdokumentation*Pflegende%20Angeh%C3%B6rige%20mit%20Migrationshintergrund* web.pdf) [letzter Zugriff am 17.04.2015].
- Brzoska, P./Razum, O. (2009): Krankheitsbewältigung bei Menschen mit Migrationshintergrund im Kontext von Kultur und Religion. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 18, 151-161. 27
- Brzoska, P./Razum, O. (2011): Migration und Pflege. In: Schaeffer, D./ Wingenfeld, K. (Hrsg.): Hand- buch Pflegewissenschaft, Juventa, 429-445.
- Brzoska, P./Ellert, U./Kimil, A./Razum, O./Sass, A.-Ch./Salman, R./Zeeb, H. (2015): Reviewing the topic of migration and health as a new national health target for Germany. In: International Journal of Public Health 60 (1), 13–20.
- Brzoska, P./Razum, O. (2015): Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Ge- sundheitsschutz 58 (6), 553–559.
- Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den Deutschen Qualifizierungsrahmen für lebenslanges Lernen (2013): Handbuch zum Deutschen Qualifizierungsrahmen. https://www.dqr.de/media/content/DQR*Handbuch*01*08*2013.pdf [28.11.2017].
- Burt, R. S. (1983): Range. In R. S. Burt & M. J. Minor (Hrsg.): Applied network analysis. Beverly Hills: Sage, 176-194.
- Burt, R. S (1995): Structural holes. The social structure of competition. 1. Harvard Univ. Press paper- back ed. Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press.
- Cohen, P. (1986). Die Jugendfrage überdenken. In: Cohen, P./Lindner, R./Wiebe, H.-H. (Hg.), Verbor- gen im Licht. Neues zur Jugendfrage (Taschenbücher Syndikat/EVA, Bd. 65). Frankfurt am Main: Syndikat, 22–97.
- Chang, H.Y./Yang, Y.M./Kuo, Y.L. (2013): Cultural Sensitivity and Related Factors among Community Health Nurses. *J Nurs Res* 21, 1, 67-73.
- Deppermann, A. (2008): Gespräche analysieren. Eine Einführung. 4. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss. (Qualitative Sozialforschung, 3).
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe: <http://www.dbfk.de/pressemitteilungen/wPages/index. php?action=showArticle&article=Neue-Qualifizierung.php> (Zugriff 16.8.13).

- Dibelius, O. (Hg.) (2015): Lebenswelten von Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz. Bern: Hogrefe.
- Dietzel-Papakyriakou, M./Olbermann, E. (2005): Gesundheitliche Lage und Versorgung alter Arbeitsmigranten in Deutschland. In: Marschalck, P./Wiedl, K. I-H. (Hrsg.): Migration und Krankheit. Göttingen, V&R unipress, 283-311.
- Döhner, H./Gerlach, A./Köpke, S./Lüdecke D (2011): Wissenschaftliche Begleitung der Pflegestützpunkte in Hamburg. Abschlussbericht. Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) in Hamburg (Hrsg.). Hamburg. <http://www.hamburg.de/contentblob/2857602/data/abschlussbericht-pflegestuuetzpunkte-2011-03.pdf> (Zugriff vom 20.08.2013).
- Dornheim, D./Busch, J./Schulze, U./Silberzahn-Jandt, G. (2003): Ein empirisch begründetes Bildungsmodell zur Förderung der kommunikativen Kompetenz in der Pflege. In: PR-INTERNET, 3/03. 108-123.
- Drewniok, A. (2014): Migration, Pflegebedürftigkeit und Demenz: Ein Versuch einer Standortbestimmung. Pflegewissenschaft 16, 7/8, 452-466.
- Englert, N./Oetting-Roß, C./Buscher, A. (2017): Bedarf und Qualität von Beratung in der Langzeitpflege. Nutzerperspektive auf Beratungsangebote in Deutschland. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie.
- Falk, J. (2016): Die Vermittlung und Aneignung von Beratungskompetenz. Beratung in den gesundheits- und sozialpflegerischen Berufen lehren und lernen: ein didaktisches Konzept. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Frey, R./Raphael, D./Bellamy, G./Gott, M. (2014): Advance Care Planning for Māori, Pacific and Asian People: The Views of New Zealand Healthcare Professionals. Health Soc Care Community 22, 3, 290-9.
- Früchtel, F./Budde, W./Cyprian, G. (2010). Sozialer Raum und Soziale Arbeit. Fieldbook: Methoden und Techniken (2., durchgesehene Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Früchtel, F./Cyprian, G./Budde, W. (2010). Sozialer Raum und Soziale Arbeit. Textbook: Theoretische Grundlagen (2. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Früh, W. (2011): Inhaltsanalyse (7. Aufl.), Stuttgart, UTB.
- Gerhardt, U. (1986). Verstehende Strukturanalyse. Die Konstruktion von Idealtypen als Analyseschritt bei der Auswertung qualitativer Forschungsmaterialien. In: Soeffner, H.-G. (Hg.): Sozialstruktur und soziale Typik (CampusForschung, Bd. 465). Frankfurt/Main: Campus-Verlag, 31-83.
- GKV Spitzenverband (2008): Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7 a Abs. 3 Satz 3 SGB XI zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 29.August 2008: http://www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung*und*betreuung/pflegeberatung/2008*-08-29*Empfehlungen**7a*Abs3.pdf (Zugriff 16.08.13).
- Glaser, B. G./Strauss, A. L. (2008): Grounded theory. Strategien qualitativer Forschung. 1. Nachdr. der 2., korrigierten Aufl. Bern: Huber (Gesundheitswissenschaften Methoden).
- Glodny, S./Yilmaz-Aslan, Y./Butenuth-Thör, S. (2009): Pflegebegutachtungen bei Migrantinnen und Migranten. In: Gaertner, T. u.a. (Hrsg.): Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung. Berlin, Walter de Gruyter, 164-170.
- Glodny, S./Yüce, Y.-A./Razum, O. (2010): Häusliche Pflege bei Migrantinnen und Migranten. In: Informationsdienst Altersfragen, 37, Berlin, Deutsches Zentrum für Altersfragen, 9-13.
- Granovetter, M. (1978): The Strength of Weak Ties. In: American Journal of Sociology, 78, S. 1360-1380.
- Granovetter, M. (1985): Economic action and social structure. The problem of embeddedness. American Journal of Sociology, 91, 481-510.
- Groer, A. (2015): Psychosoziale Beratung von älteren Menschen. Konzepte aus Expertensicht. Hamburg: Diplomica-Verl.
- Gröning, K. (2016): Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen im Spiegel von Migration und Geschlecht. In: Hornberg, C./Pauli, A./Wrede, B. (Hg.): Medizin - Gesundheit - Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche. Wiesbaden: Vs Verlag für Sozialwissenschaften, 283-297.

- Habermann, M./Schenk, L./Albrecht, N.-J./Gavranidou, M./Lindert, J./Butler, J. (2009): Planung und Steuerung der Pflegeversorgung auch für Migranten und Migrantinnen? – Eine Analyse der Pflege und Gesundheitsberichterstattung in der ambulanten und stationären Altenpflege. In: Gesundheitswesen, 71, 1-5.
- Habermann, M./Schenk, L. (2010): Brauchen wir eine migrationssensitive Pflegeberichterstattung? Problemstellungen und Ergebnisse eines Expertenworkshops, in: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.): Migrationssensible Gesundheits- und Pflegeberichterstattung, Berlin, 119-131.
- Hämel, K./Röber, M. (2011): Strukturprobleme bei der Implementierung von Pflegestützpunkten in Hessen. In: Pflege und Gesellschaft, 2/2011, 138-153
- Hanft, A. (2011): Bildungspolitische Herausforderungen und zentrale Fragestellungen. Auftaktveranstaltung Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen. 09.12.2011 in Berlin.
- House, E./Howe, K. R. (1998): Deliberative Democratic Evaluation in Practice, Boulder.
- Hermesen, T./Löcherbach, P./Arnold, J. (2013): Case Management in der Basisversorgung Demenz. Folgerungen aus einem Forschungsprojekt. In: Case Management (im Druck). 28
- Herzog, K./Kunhenn, J./May, M./Oelerich, G./Schaarschuch, A./Streck, R. (i.E.b.): Beschränkungen des Nutzens Sozialer Arbeit. In: Anhorn, R./Schimpf, E./Stehr, J./Rathgeb, K./Spindler, S./Keim, R. (Hg.): Politik der Verhältnisse - Politik des Verhaltens. Widersprüche der Gestaltung Sozialer Arbeit, Dokumentation Bundeskongress Soziale Arbeit in Darmstadt 2015 Bd. 2. Wiesbaden: Springer VS (Perspektiven kritischer Sozialer Arbeit, Band 30).
- Huber, L.; Hellmer L.; Schneider, F. (Hrsg.) (2013): Forschendes Lernen im Studium. Aktuelle Konzepte und Erfahrungen, UVW Universitäts-Verlag.
- Hüper, Ch./Hellige, B. (2012): Kooperative Pflegeberatung und Beratungsqualität: Mit einem Exkurs zu Macht und Eigensinn. Frankfurt/M., Mabuse-Verl.
- Jansen, D. (2003): Einführung in die Netzwerkanalyse, Opladen, Leske + Budrich.
- Jurgschat-Geer, H. (2016): Schlüsselrolle einnehmen. In: Häusliche Pflege 27, H. 10, S. 20–27.
- Kämmerer-Rütten, U./Schulze, U. (2011): International Education and the Cross Cultural Classroom: Learning and teaching in international settings. In: Interprofessional and International Learning Experiences in Social and Health Care Higher Education in Lahti University of Applied Sciences. Tampereen Yliopistopaino Oy, 57–64.
- Kamps, M. (2013): Menschen mit türkischem Migrationshintergrund und Demenzerkrankung: Wege zur Integration in das Pflege- und Betreuungssystem. Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 44, 3, 86-90.
- Keller, R. (2011): Diskursforschung. Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen. In: *Diskursforschung* 14.
- Kelleter, H. (2014): "...damit Pflegenetzwerke gelingen!": Erkenntnisse zur (Pflege-) Beratung in der Caritas. Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 65, 1, 55-60.
- Kirchen-Peters, Sabine/Nock, Lukas (2016): Pflegestützpunkte in Deutschland. Ergebnisse einer Evaluationsstudie. In: Nachrichtendienst d. Dtsch. Vereins.
- Klafki, W. (1985): Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik, Weinheim/Basel, Beltz.
- Klie, Th. (2008): Unterschiedliche Wege der Länder zur Einrichtung von Pflegestützpunkten. In: Case Management 4/2008, 93-94.
- Klie, Th. (2009): Aktuelles zu Pflegestützpunkten - Länder tun sich weiterhin schwer NRW schließt Rahmenvereinbarung ab. In: Case Management, 2/2009, 32-33.
- Klie, Th. (2014): Ziel verfehlt: eine Case Management basierte Pflegeberatung unterstützt Menschen in der häuslichen Versorgung maßgeblich und verzögert Heimeinweisungen. Häusliche Pflege, 23, 10, 34-37.
- Klie, Th./Frommelt, M./Schneekloth, U. (2011): Evaluation der Pflegeberatung gem. § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI. Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse und ergänzende Anmerkungen des GKV-Spitzenverbands zum Evaluationsbericht des AGP Institut für angewandte Sozialforschung, Hans Weinberger-Akademie, TNS Infratest, PDF: , http://www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung*

- und*betreuung/pflegeberatung/ Evaluation*der*Pflegeberatung*Dezember*2011**7a*Abs
*SGB*XI.pdf (Zugriff vom 20.08.2013).
- Knipper, M./Bilgin, Y. (2009): Migration und Gesundheit. Sankt Augustin, Berlin: Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.
- Kohli, M. (2003). Der institutionalisierte Lebenslauf: ein Blick zurück und nach vorn. In: Allmendinger, J. (Hg.): Entstaatlichung und soziale Sicherheit. Verhandlungen des 31. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Leipzig 2002. Opladen: Leske + Budrich, 525–545.
- Kohls, M. (2010): Die Nachfrage und das Angebot von Pflegeleistungen bei Migranten - Erheblicher Forschungsbedarf, aber nur wenig überregionale Datengrundlagen. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.): Migrationssensible Gesundheits- und Pflegeberichterstattung, Berlin, 119-131.
- Kohls, M. (2012): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Forschungsbericht 12. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Kollak, I./Schmidt, St. (2012): Interkulturelle Ansätze in Berliner und Brandenburger Pflegestützpunkten? Amtssprache ist immer noch Deutsch! In: Mondial, 2, 14-17.
- Kollak, I./Schmidt, St. (2015): Fallübungen Care und Case Management. Berlin: Springer.
- Kollak, I./Schmidt, St. (2016): Instrumente des Care und Case Management Prozesses. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg (SpringerLink : Bücher).
- Kolleck, B. (2007): Kultursensible Pflege in ambulanten Pflegediensten. In: Pflege & Gesellschaft, 12, H. 3, 263-275.
- Krebs, Ch. (2009): Zur bildungstheoretischen Fundierung des Lernfeldansatzes in der Pflegeausbildung. Norderstedt.
- Krobisch, Verena/Sonntag, Pia-Theresa/Gul, Kubra/Aronson, Polina/Schenk, Liane (2016): Der Migrationshintergrund in multikulturellen Pflegearrangements. In: Pflege 29, H. 6, S. 289–300.
- Kuckartz, U. (2012): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim, Beltz Juventa.
- Kunstreich, T. (2012). Sozialer Raum als "Ort verlässlicher Begegnung". Ein Essay über Verbindlichkeit und Verlässlichkeit. In: Widersprüche Redaktion (Hg.): Sag mir wie? Methodisches Handeln zwischen Heilsversprechen und klugem Takt (Widersprüche. Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich, Bd. 125). Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot, 87–92.
- Leufgen, M. (2015): Interkulturelle und interreligiöse Kompetenzen in der Gesundheitspflege. Ethisches Verhalten durch die Würdigung kultureller und religiöser Gewohnheiten. Lage: Jacobs (Berufspädagogik).
- Löcherbach, P./Frietsch, R. (2012): Expertise für das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie – MSAGD zur „Entwicklung der Schwerpunkt Beratungs- und Koordinationsstellen angesichts der veränderten Gesetzeslage“, Mainz, bisher unveröffentlicht.
- Löcherbach, P./Frietsch, R./Zakrzewski, S. (2013): Expertise für das für das Ministerium für soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie - MSAGD zum Thema „Kultursensible Pflege in RLP“, Mainz, bisher unveröffentlicht.
- Löcherbach, P./Hermsen, T./Arnold, J. (2013): Effektivität und Effizienz des Case Managements in der ambulanten, sektorübergreifenden Basisversorgung Demenzkranker, Abschlussbericht, KH Mainz, Eigendruck.
- Löcherbach, P./Hermsen, T./Macsenaere, M./Arnold, J./Klein, J. (2010): Evaluationsstudie zur Patientenbegleitung der Bosch BKK. Abschlussbericht. KH Mainz, http://www.kfh-mainz.de/ifib/pdf/Evaluationsstudie*BKK.pdf (zuletzt geprüft 1.09.2013).
- Luhmann, N. (1984): Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie, Suhrkamp Verlag.
- Maier, I.; Kriston, L.; Bermejo, Isaac (2015): Psychometrische Überprüfung eines Fragebogens zur Erfassung der Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Personen mit Migrationshintergrund. In: Das Gesundheitswesen 77 (10), 749–756.
- MainCareer-Offene Hochschule: FH Frankfurt: www.maincareer.de (Zugriff: 16.08.13).

- Mardorf, S. (2006): Konzepte und Methoden von Sozialberichterstattung. Wiesbaden: VS Verl. Für Sozialwiss., 1. Aufl., 109-127. 29
- Marshall, T. H. (1992). Bürgerrechte und soziale Klassen. Zur Soziologie des Wohlfahrtsstaates (Theorie und Gesellschaft, Bd. 22). Frankfurt/Main: Campus-Verlag.
- Mattern, M. (2011): Strukturen, Funktionen und kultur-historische Entwicklung der psychosozialen Beratungsstellen mit dem Angebot gebührenfreier Lebensberatung in Deutschland und in den USA. Eine vergleichende empirische Untersuchung am Beispiel von Bremen und Columbus, Ohio. Dissertation. <http://opus.bszbw.de/ubhi/volltexte/2011/133/pdf/388284129.pdf> (Zugriff vom 20.08.2013).
- May, M. (2008): Partizipative Projektentwicklung im Sozialraum. In: May, M./Alisch, M. (Hrsg.): Praxisforschung im Sozialraum. Fallstudien in ländlichen und urbanen sozialen Räumen. Opladen, Budrich (Beiträge zur Sozialraumforschung, 2), 45-64.
- May, M. (2008): Die Handlungsforschung ist tot: Es lebe die Handlungsforschung. In: May, M./Alisch, M. (Hrsg.): Praxisforschung im Sozialraum. Fallstudien in ländlichen und urbanen sozialen Räumen. Opladen, Budrich (Beiträge zur Sozialraumforschung, 2), 207-238.
- May, M. (2010): Evaluationsforschung. In: Bock, K./Miethe, I./Ritter, B. (Hrsg.): Handbuch qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit. Opladen, Budrich, 305-313.
- May, M. (2011): Wirkung und Qualität in den verschiedenen Ansätzen quantitativer und qualitativer Evaluationsforschung. In: Eppler, N./Miethe, I./Schneider, A. (Hrsg.): Quantitative und qualitative Wirkungsforschung. Opladen/Berlin; Farmington Hills, Barbara Budrich (Theorie, Forschung und Praxis Sozialer Arbeit, 2), 33-52.
- May, M. (2011a): Jugendliche in der Provinz. Ihre Sozialräume, Probleme und Interessen als Herausforderung an die Soziale Arbeit. Opladen & Farmington Hills: Barbara Budrich (Beiträge zur Sozialraumforschung, 5).
- May, M. (2013). Ältere Migrant*innen im Quartier: Eine intersektionale Betrachtung. In: Giebeler, C./Rademacher, C./Schulze, E. (Hg.): Race, class, gender, body in Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit. Theoretische Zugänge und qualitative Forschungen. Leverkusen: Budrich, Barbara, 173-186.
- May, M. (2014). Neue soziale Zugehörigkeiten durch gemeinsame Interessenartikulation. Wie ältere Migrantinnen und Migranten in der Stadt das Alter(n) organisieren. In: Löw, M. (Hg.): Vielfalt und Zusammenhalt. Verhandlungen des 36. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Bochum und Dortmund 2012. Frankfurt am Main: Campus, 533-547.
- May, M. (2016): Analyse von Veränderungsprozessen in frühkindlichen Interaktionen und psychodynamischen Therapien: Zu den professionalitätstheoretischen Konsequenzen des integrativen Paradigmas und seiner Kritik. In: Sozialwissenschaftliche Literatur Rundschau (SLR) (72), 112-128.
- May, M. (2018): Zur Rekonstruktion von Nutzungsorientierungen sozialer Dienstleistungen im Bereich Gesundheit und Pflege älterer Zugewanderter. In: Soziale Passagen – Journal für Empirie und Theorie Sozialer Arbeit 1/2018,
- May, M./Alisch, M. (2013): AMIQUUS - Unter Freunden. Ältere Migrantinnen und Migranten in der Stadt. Opladen, Budrich (Beiträge zur Sozialraumforschung, 8).
- May, M./Müller, F./Schütte-Bäumner, Ch. (2014): Grenzen der Habitussensibilität oder wer bestimmt eigentlich, was Habitus-Sensibel ist? Anmerkungen zur Habitus-Konstruktion im Kontext der patient*innen-orientierten Palliativversorgung. In: Sander, Tobias (Hrsg.) Habitus-Sensibilität. Neue Anforderungen an professionelles Handeln. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 147-174
- May, M./Remsperger, R./Weidmann, St. (2014): Habitus und Professionalisierung von Fachberatung in Kindertageseinrichtungen. In: König, A./Leu, H. R./Viernickel, S. (Hg.): Perspektive Frühe Bildung. Weiterbildung als Motor für Qualität: Kompetenzorientierung und Durchlässigkeit. Weinheim, Bergstr: Beltz Juventa, 222-237.
- Mayer, O./Becker, I. (2011): Pflegeberatung von russischsprachigen Migranten aus der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS). Empfehlungen am Beispiel des Pflegestützpunktes Berliner Freiheit. Hamburg, Diplomica Verlag.
- McCarthy, J./Cassidy, I./Graham, M.M./Tuohy, D. (2013): Conversations through Barriers of Language and Interpretation. Br J Nurs 10, 22, 6, 335-9.

- Mennemann, H. (2006): Case Management auf der Systemebene - Aufbau von Netzwerken. In: Case Management 1/2006, 12-17.
- Michalik, T./Walter, U.(2015): Spätaussiedler und Gesundheitskonzepte im Alter - was wissen wir? In: Public Health Forum 23 (2), 88-90.
- Michell-Auli, P. (2011): Was leisten Pflegestützpunkte? Ergebnisse des Bundesmodellprojektes „Werkstatt Pflegestützpunkte“ - Pro Alter, 1/2011, S.28-34.
- Michell-Auli, P./Tebest, R. (2009): Pflegestützpunkte werden gebraucht. Pro Alter, 1/2009, 29-33.
- Michell-Auli, P./Strunk-Richter, G./Tebest, R. (2010): Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung. Ergebnisse aus der „Werkstatt Pflegestützpunkte“. Abschlussbericht, Stand: November 2010, Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA).
- Mika, J./Abdallah-Steinkopff, B./Gavranidou, M. (2015): Die Exploration der Krankheitskonzepte von Flüchtlingen bezüglich ihrer Posttraumatischen Belastungsstörungen. In: Psychotherapeutenjournal 14 (2), 134-145.
- Mogar, M./Kutzleben, M. von (2015): Demenz in Familien mit türkischem Migrationshintergrund. Organisation und Merkmale häuslicher Versorgungsarrangements. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 48 (5), 465-472.
- Motzek, S. (2015): Warum es mit Interkultureller Öffnung nicht getan ist ... : ein differenzkritischer Blick auf die (Nicht-)Inanspruchnahme von sozialpädagogischen Angeboten durch Menschen. In: Sozialmagazin 40 (7-8), 50-57.
- Müller, E./Ayan, T. (2014): Beratung von Migrantinnen und Migranten: Herausforderungen, Unterstützungsbedarfe, kulturelle Begegnungen. Eine explorative Analyse der Sichtweisen von Beratern und Ratsuchenden. Kölner Wissenschaftsverlag, Köln.
- Mutair, A.S./Plummer, V./O'Brien, A.P./Clerehan, R. (2014): Providing Culturally Congruent Care for Saudi Patients and their Families. Contemp Nurse 46, 2, 254-8.
- Olbermann, Elke (2015): Verbesserung der Prävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund durch lebensweltorientierte Gestaltung von Zugangswegen. In: Das Gesundheitswesen (77), 39-40.
- Oostrick, H./Stenbergen, B. (2000): Case Management in der ambulanten psychosozialen Gesundheitsversorgung in den Niederlanden: Das Nijmegen Modell. In Ewers, Michael/Schaeffer, Dors (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Huber, S. 251-264.
- Pajovic, M. (2012): Die Implementierung des Case Managements im Rahmen der individuellen Pflegeberatung nach § 7a SGB XI bei der DAK Gesundheit. In: Case Management, 3/ 2012, 128-131.
- Penka, S./Faißt, H./Vardar, A./Borde, Th./Möske, M.O./Dingoyan, D. et al. (2015): Der Stand der interkulturellen Öffnung in der psychosozialen Versorgung. Ergebnisse einer Studie in einem innerstädtischen Berliner Bezirk. In: Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie (Psychother Psych Med) 65 (9/10), 353-362.
- Petersen-Ewert, C./Buchcik, J./Kern, K./Westenhöfer, J./Gaidys, U. (2015): Kultursensible Versorgungsbedürfnisse identifizieren und Chancen nutzen (Kurve). Qualifizierung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen mit Migrationshintergrund und Pflegefachkräften. In: Zängl, P. (Hg.): Zukunft der Pflege. 20 Jahre Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege. Wiesbaden: Springer VS, 177-187.
- Prondczynsky, A. v. (1980). Gesellschaftliche Arbeit und Identität. Ein Beitrag zur Berufsbildungsforschung (Campus-Forschung, Bd. 169). Frankfurt [u.a.]: Campus.
- Razum, O./Spallek, J. (2015): Migration und Gesundheit. In: Public Health Forum 32 (2), 54-57.
- Reich, K. (2012): Konstruktivistische Didaktik, 5. Aufl.. Beltz Verlag.
- Reichert, M./Hampel, S./Reuter, V. (2016): Mobile Demenzberatung als niedrigschwelliges Hilfeangebot für pflegende Angehörige. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 49, H. 3, S. 181-186.
- Reis, C./Geideck, S./Hobusch, T./Kolbe, Ch./Wende, L. (2010): Produktionsnetzwerke und Dienstleistungsketten. Ansätze zur Integration von Unterstützungsangeboten für Alleinerziehende, PDF, www.bmfsfj.de, Berlin 2010.
- Remsperger, R. (2011): Sensitive Responsivität. Zur Qualität pädagogischen Handelns im Kindergarten. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften.

- Riege, M./Schubert, H. (2005): Zur Analyse sozialer Räume – Ein interdisziplinärer Integrationsversuch. In: Riege, M./H. Schubert, H. (Hrsg.): Sozialraumanalyse. Grundlagen - Methoden - Praxis, 2. Aufl., Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften. 7-68.
- Ritsert, J. (1972): Inhaltsanalyse und Ideologiekritik. Ein Versuch über kritische Sozialforschung (Fischer-Athenäum-Taschenbücher, 4001). Frankfurt (am Main): Athenäum-Fischer-Taschenbuch-Verlag.
- Ritsert, J. (1977): Denken und gesellschaftliche Wirklichkeit. Arbeitsbuch zum klassischen Ideologiebegriff (Campus-Studium, Bd. 536, 1. Aufl.). Frankfurt/M.: Campus-Verlag.
- Ritsert, J. (1978): Theorie, Operationalisierung und Curriculum in den Sozialwissenschaften. In Theorie, Interesse, Forschungsstrategien. Probleme kritischer Sozialforschung (Campus-Forschung, S. 1–81). Frankfurt/Main: Campus-Verlag.
- Roccor, B. (2012): Wo stehen Pflegeberatung und Pflegestützpunkte? In: Case Management, 3/2012, 137-140.
- Röber, M./ Hämel, K. (2011): Strukturprobleme bei der Implementierung von Pflegestützpunkten in Hessen. Pflege und Gesellschaft, 16. Jg., Heft 2, S. 138 – 153.
- Röhnsch, G./Flick, U. (2014): Versorgungsvorstellungen von Migranten aus der früheren Sowjetunion mit Alkohol- oder Drogenproblemen in Deutschland. Psychiatrische Praxis Jul 28.
- Röhnsch, G./Flick, U. (2015a): Barrieren der Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen aus Sicht von MigrantInnen aus der früheren Sowjetunion. Heterogene Sozialisationshintergründe in der Suchttherapie. In: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation Jg. 35 (H. 1), 69–85.
- Röhnsch, G./Flick, U. (2015b): "Ich brauche, dass jemand es mir zeigt": Inanspruchnahmeverhalten von Migranten aus der früheren Sowjetunion mit Alkohol- oder Drogenproblemen. In: Zeitschrift für Sozialpädagogik 13 (4), 362–382.
- Roth, H.-J./Terhart, H./Anastasopoulis, C. (Hg.) (2013): Sprache und Sprechen im Kontext von Migration. Worüber man sprechen kann und worüber man (nicht) sprechen sollte. Springer Fachmedien, Wiesbaden.
- Rothgang, H./Bauknecht, M./Bohns, St. (2012): Innovationsförderung und Strukturverbesserung - Evaluation der Pflegestützpunkte und weiterer Beratungsstellen im Lande Bremen. <http://dbf.zqp.de/display.php?pid=201> (Zugriff vom 20.08.2013).
- Schaeffer, D./Kuhlmey, A. (2008): Pflegestützpunkte – Impulse zur Weiterentwicklung der Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie, 41 (2), S. 81-85.
- Schaeffer, D./Wingenfeld, K./Büscher, A./Kleina, Th. (2010): Innovative Konzepte für Pflegeberatung und Case/Care Management. <http://dbf.zqp.de/display.php?pid=202> (Zugriff vom 20.08.2013).
- Schaarschuch, Andreas (1996): Dienst-Leistung und Soziale Arbeit. Theoretische Überlegungen zur Rekonstruktion Sozialer Arbeit als Dienstleistung. In: Widersprüche Redaktion (Hg.): Klienten, Kunden Könige oder: Wem dient die Dienstleistung. Offenbach/Main: Verlag 2000 (Widersprüche, 59), S. 87–97.
- Schaarschuch, A./Oelerich, G. (2005): Theoretische Grundlagen und Perspektiven sozialpädagogischer Nutzerforschung. In: Oelerich, G./Schaarschuch, A. (Hrsg.): Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht. Zum Gebrauchswert sozialer Arbeit. München: Reinhardt, 9–25.
- Schäufele, M. (2012): Leitfaden für die Pflegeberatung: das ZQP- Pflegeberatungsinventar. Erfassung von Bedarfen und Bedürfnissen im Rahmen einer qualitativ hochwertigen Pflegeberatung. Kurzfassung des Abschlussberichtes. [http://www.zqp.de/upload/content.000/id00021/ attachment00.pdf](http://www.zqp.de/upload/content.000/id00021/attachment00.pdf) (Zugriff vom 20.08.2013).
- Schenk, L. (2007): Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. In: International Journal of Public Health, 52, 87-96.
- Schenk, L. (2008): Gesundheit und Krankheit älterer und alter Migranten. In: Kuhlmey A./Schaeffer, D. (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit, Bern: Huber, 156-174.
- Schenk, L./Krobisch, V./Dilek, I. (2014): Pflegesituation von türkeistämmigen älteren Migranten und Migrantinnen in Berlin. Abschlussbericht für das ZQP.
- Schirmer, U.B./Schall, M. (2015): Verbesserung der Empathiefähigkeit durch ein Trainingsprogramm „Einfühlsame Gesprächsführung“. Eine quantitative und qualitative Untersuchung. Pflegewissenschaft 17, 1, 19-27.

- Schmidt, St. (2009): Interkulturelle Pflegeberatung - Paradigmenwechsel erforderlich. In: Informationsdienst Altersfragen. 2009/5, 12-15.
- Schmidt, St./Luderer, Ch. (2014): Die Bedeutung der Arbeit von Pflegestützpunkten aus der Perspektive von mehrfach erkrankten Nutzerinnen und Nutzern - eine hermeneutisch-interpretative Studie. Pflegewissenschaft, 16, 11, 631-638.
- Schott, Th./Reutin, B./Yilmaz-Aslan, Y. (2015): Weshalb ist der Rehabilitationserfolg bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund häufig geringer? In: Public Health Forum 23 (2).
- Schouler-Ocak, M./Aichberger, M.C. (2015): Versorgung von Migranten. In: Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie (Psychother Psych Med) 65 (12), 476–485.
- Schröer, S./Schulze, H. (2010): Grounded Theory. In: Bock, K./Miethe, I./Ritter, B. (Hrsg.): Handbuch qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit. Opladen, Budrich, 277-288.
- Schubert, H. u. a. (2014): Öffnung des Wohnquartiers für das Alter. Entwicklung einer kommunikativen Informationsinfrastruktur zur Überbrückung struktureller Lücken im Sozialraum, Köln, Fachhochschule Köln.
- Schubert, H. Hrsg. (2008): Netzwerkmanagement. Koordination von professionellen Vernetzungen. Grundlagen und Beispiele, Wiesbaden, VS Verlag.
- Schubert, H./Leitner, S./Veil, K./Vukoman, M. (2014): Öffnung des Wohnquartiers für das Alter. Entwicklung einer kommunikativen Informationsinfrastruktur zur Überbrückung struktureller Lücken im Sozialraum. Köln SRM.
- Schubert, H./Veil, K. (2014): Der „Sozialraumgenerator“ als Ableitung aus der egozentrierten Netzwerkanalyse. In: sozialraum.de (6) Ausgabe 1/2014. URL: <http://www.sozialraum.de/der-sozialraumgenerator-als-ableitung-aus-der-egozentrierten-netzwerkanalyse.php>, Datum des Zugriffs: 11.02.2018.
- Schubert, H./Veil, K. (2013): Beziehungsbrücken zwischen Lebenswelten und Systemwelt im urbanen Sozialraum. In: sozialraum.de (5) Ausgabe 1/2013. URL: <http://www.sozialraum.de/beziehungsbruecken-zwischen-lebenswelten-und-systemwelt-im-urbanen-sozialraum.php>, Datum des Zugriffs: 11.02.2018
- Schütz, A. (1993): Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt, 6. Aufl.. Suhrkamp Verlag.
- Schütze, F. (2000): Schwierigkeiten bei der Arbeit und Paradoxien des professionellen Handelns. Ein grundlagentheoretischer Aufriss. Zeitschrift für qualitative Bildungs- Beratungs- und Sozialforschung, 2, 1, 49-96.
- Schütze, F. (2015): Paradoxien des professionellen Handelns. In: Regina Rätz; Bettina Völter (Hrsg.) (2014): Wörterbuch Rekonstruktive Soziale Arbeit. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Schulze, U. (1997): Handlungslernen im Feld geriatrischer Pflege. Ein Konzept zur Initiierung von Lernprozessen. Oberhausen.
- Schulze, U. (2005): Selbstbestimmt in der letzten Lebensphase – Im Spannungsfeld von Autonomie und Fürsorge. In: Klie, Th./Buhl, A./Entzian, H./Hedke-Becker, A./Wallrafen-Dreisow, H.: Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen. Frankfurt a. M., 122-132.
- Schwarz, B.; Markin, K.; Salman, R.; Gutenbrunner, C. (2015): Barrieren für Migranten beim Zugang in die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. In: Rehabilitation 54 (6), 362–368.
- Seyfarth, C. (1979): Alltag und Charisma bei Max Weber. Eine Studie zur Grundlegung der „Verstehenden Soziologie“. In: Sprondel, W. M./Grathoff, R./Sprondel-Grathoff (Hg.): Alfred Schütz und die Idee des Alltags in den Sozialwissenschaften. Stuttgart: Enke, 155–177.
- Smyth, N./Siriwardhana, Ch./Hotopf, M./Hatch, St.L. (2015): Social networks, social support and psychiatric symptoms: social determinants and associations within a multicultural community population. In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 7 (50), 1111–1120.
- Spallek, J./Razum, O. (2015): Migration und Gesundheit. In: Hurrelmann, K./Richter, M. (Hg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Ein Lehrbuch. 1. Aufl. 2016. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, 153–166.

- Stadt Wien Magistratsabteilung 24 - Gesundheits- und Sozialplanung (Hrsg.) (2016): Einfluss der Migration auf Leistungserbringung und Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsleistungen in Wien. Zusammenfassung des Endberichts. Wien.
- Stake, R.E. (1995): The art of case study research. 1. [publ.]. Thousand Oaks: Sage Publ.
- Steffen, C./Schlegel C. (2014): Telefonberatung mit Simulationspatienten. „Wie kann ich Sie unterstützen?“. Krankenpflege. Soins infirmiers 106, 10, 29.
- Straus, F. (1990): Netzwerkarbeit. Die Netzwerkperspektive in der Praxis. In: Textor, M. R.: Hilfen für Familien. in Handbuch für psychosoziale Berufe, Frankfurt / Main, Fischer, S. 496-520.
- Strauss, A./Corbin, J. (2010): Grounded theory. Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Unveränd. Nachdr. d. letzten Aufl., Weinheim: Beltz Psychologie Verl.-Union.
- Suhr, R./Roccor, B./Calero, C./Beikirch, E. (2009): COMPASS - die Pflegeberatung der Privaten. In: Case Management, 2/2009, 72-79.
- Tagay, S. (2015): Andere Länder, andere Sitten: Patienten mit Migrationshintergrund verstehen. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 22 (140), 1702–1704.
- Thompson, E. P. (1979). The Grid of Inheritance. A Comment. In: Goody, J./Thirsk, J. (Hg.): Family and inheritance. Rural society in western Europe, 1200 - 1800 (Past and present publications). Cambridge: Cambridge University Press, 328–360.
- Török, K./Kapitzki-Nagler, Th. (2012): Umsetzung und Aufgabenverständnis der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI bei der AOK Baden-Württemberg. In: Case Management, 3/2012, 125-127.
- TÜV Rheinland: http://www.tuv.com/de/deutschland/pk/weiterbildung/gesundheitswesen*soziales*wellness/pflegeberatung/pflegeberatung.html (Zugriff 16.8.13).
- Ulusoy, N./Grässel, E. (2010): Türkische Migranten in Deutschland. Wissens- und Versorgungsdefizite im Bereich häuslicher Pflege – ein Überblick. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 5, 330-338.
- WBS - Wirtschafts- und Bildungsservice: <http://www.wbstraining.de> (Zugriff 16.8.13).
- Weber, M. (1988). Gesammelte Aufsätze zur Religionssoziologie (Uni-Taschenbücher, Bd. 1488, 9. Aufl.). Tübingen: Mohr (Paul Siebeck).
- Wendt, W.R. (2012): Beratung und Case Management, Heidelberg, medhochzwei.
- Wendt, W.R./Löcherbach, P. (2017): Standards und Fachlichkeit im Case Management. 3. Aufl., Heidelberg, Economica.
- Wingenfeld, K./Büscher, A./Gansweid B. (2008): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht zur Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstrumentes. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen. Bielefeld, Münster: IPW/MDK WL.
- Wittneben, K. (2003): Pflegekonzepte in der Weiterbildung für Pflegelehrerinnen und Pflegelehrer. Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelerndidaktik. Frankfurt.
- Yilmaz-Aslan, Y. (2013): Gesundheitsversorgung älterer Menschen mit türkischem Migrationshintergrund: qualitative Befragung von Gesundheitsmediatoren. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46, 4, 346-352.
- Zander, M. (2015): Autonomie bei (ambulantem) Pflegebedarf im Alter. Eine psychologische Untersuchung. Projektreihe der Robert-Bosch-Stiftung. Bern: Verlag Hans Huber.