

Maximiliane Jansky & Friedemann Nauck

Palliativ- und Hospizversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund

Aktueller Stand und
Handlungsempfehlungen
für Hospiz- und
Palliativversorger



UNIVERSITÄTSMEDIZIN
GÖTTINGEN **UMG**



Niedersächsisches Landesamt
für Soziales, Jugend und Familie

Impressum

Maximiliane Jansky & Prof. Dr. med Friedemann Nauck
Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen
Von Siebold-Straße 3, 37075 Göttingen

Sie können die Broschüre in digitaler Form auf www.palliativmedizin.uni-goettingen.de/forschung abrufen. Beim Forschungsbereich der Klinik für Palliativmedizin können Sie auch gedruckte Broschüren anfordern (maximiliane.jansky@med.uni-goettingen.de).

Gestaltung & Layout: Christian Eberwien, www.cegrafix.net
Herstellung: AktivDruck & Verlag GmbH, Göttingen.



Inhalt

Einleitung	5
<i>Was wir mit dieser Broschüre leisten wollen</i>	7
Wie viele Patienten mit Migrationshintergrund werden aktuell palliativ versorgt?	8
Was sind die Zugangsbarrieren zur Palliativversorgung?	10
<i>Wie können Zugangsbarrieren abgebaut werden?</i>	12
Welche Schwierigkeiten treten in der Versorgung auf?	14
Wie kann die transkulturelle Kompetenz von Versorgern gestärkt werden?	16
<i>Selbstreflexion</i>	17
<i>Hintergrundwissen und Erfahrung</i>	19
<i>Narrative Empathie</i>	20
Wie wird mit Sprachschwierigkeiten umgegangen?	22
<i>Einbezug von Dolmetscherinnen – ein wichtiger Lösungsansatz</i>	25
<i>Interne Dolmetscherlisten</i>	27
Was bedeutet Vielfalt im Team?	30
Hintergrund zum Forschungsprojekt	32
<i>Design</i>	33
<i>Teilnehmer</i>	34
Weiterführende Literatur und Links	35

Einleitung

Palliativ- und Hospizversorgung hat sich in den letzten Jahrzehnten zu einem integralen Bestandteil des Gesundheitssystems entwickelt, so dass zunehmend eine flächendeckende stationäre und auch ambulante Versorgung von Menschen am Lebensende erreicht werden konnte. Dennoch ist fraglich, ob sie alle gesellschaftlichen Gruppen in Deutschland erreicht. Im Fokus dieser Broschüre steht die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund¹.

In Deutschland lebten laut der letzten Erhebung des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2012 rund 16 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund. Sie sind damit ein großer und stetig zunehmender Bestandteil unserer Gesellschaft. In vielen Bereichen, auch dem Gesundheitssystem, ist ihre gesellschaftliche Partizipation jedoch nach wie vor eingeschränkt. Es ist unklar, wie es um ihre Behandlung und Versorgung steht, wenn sie an einer schweren, unheilbaren Erkrankung leiden, welche medizinische Behandlung und Pflege sie am Lebensende erhalten und ob Unterschiede in der palliativmedizinischen Versorgungsqualität bestehen.

Bisher gibt es keine umfassende Untersuchung darüber, wie viele Menschen mit Migrationshintergrund einer spezialisierten

¹Das Statistische Bundesamt definiert in Abgrenzung zum veralteten Begriff „Ausländer“ den Begriff des Menschen mit Migrationshintergrund. Davon wird gesprochen, wenn mindestens ein Elternteil oder die Person selbst eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzt, zugewandert ist oder eingebürgert wurde. Damit erkennt diese Definition an, dass Migration oft Konsequenzen für alle Familienmitglieder hat, auch wenn diese in Deutschland geboren sind, beispielsweise durch einen fremd klingenden Namen oder ihr Aussehen, die sich in Bildungs- und Arbeitsmarktchancen niederschlagen können. Der Begriff „Menschen mit Migrationshintergrund“ ist jedoch diskutabel, da er auch in der zweiten und dritten Generation von Familien mit Migrationsgeschichte die Betroffenen als „anders“ und eine Migrationsbiografie als per se problematisch markiert. Da bisher keine bessere Bezeichnung existiert, beziehen wir uns auf die offizielle Definition des Statistischen Bundesamts und sprechen im Folgenden von Menschen mit Migrationshintergrund.

Palliativversorgung bedürfen, und ob sie diese auch tatsächlich in Anspruch nehmen (können). In internationalen Studien hat sich gezeigt, dass Menschen mit Migrationshintergrund der Zugang zur spezialisierten Palliativversorgung erschwert ist. Sie werden entweder gar nicht oder erst spät im Krankheitsverlauf überwiesen. Ärztinnen² und Pflegende haben Schwierigkeiten ihre Bedürfnisse zu erfassen und nennen Sprach- und Kommunikationsprobleme als Barrieren in der Versorgung. Auch Studien aus anderen Gesundheitsbereichen in Deutschland, wie beispielsweise der Gynäkologie und der Altenpflege, zeigen eine verminderte Inanspruchnahme von Angeboten der Regelversorgung dieser Patientengruppe.

Wir haben in einem vom Niedersächsischen Landesamt für Soziales, Jugend und Familie geförderten Projekt erste Daten zur Versorgung der Patientinnengruppe mit türkischem und arabischem Migrationshintergrund erhoben und in Gesprächen mit Experten Erfahrungen mit der Versorgung dieser Patientengruppe erfasst.

In dieser Broschüre finden Sie die Ergebnisse der Studie und die aus den Interviews mit von uns befragten Expertinnen abgeleiteten Handlungsempfehlungen, mit denen wir einige praxisrelevante Punkte bereitstellen möchten. Die erfassten Daten beziehen sich auf Menschen mit türkischem und arabischem Migrationshintergrund, die Handlungsempfehlungen sind jedoch nicht spezifisch für diese Gruppe, sondern können vermutlich für alle Patientinnen mit Migrationshintergrund und letztlich für alle vernachlässigten Patientengruppen gelten. Auch sind die Ergebnisse auf andere Bereiche der Gesundheitsversorgung übertragbar.

² Um die Repräsentanz beider Geschlechter zu gewährleisten, verwenden wir abwechselnd die weibliche und die männliche Form. Wenn das Geschlecht dezidiert eine Rolle spielt, wird darauf hingewiesen.

Was wir mit dieser Broschüre leisten wollen

Die Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund verunsichert viele Behandlerinnen. Neben häufig auftretenden Sprach- und Kommunikationsschwierigkeiten lösen für sie unerklärbare Verhaltensweisen und wahrgenommene kulturelle Tabus Befremdung aus. Daher werden oft möglichst genaue Handlungsanweisungen und Rezepte gewünscht, die sich schnell und effektiv im Alltag umsetzen lassen. In der Beschäftigung mit der Thematik und in den Experteninterviews wurde jedoch deutlich, dass solche „Rezeptbücher“, die Verhaltensweisen und Rituale möglichst detailliert nach verschiedenen „Kulturen“ auflisten, nicht zielführend sind. Oft wirken sie sogar eher kontraproduktiv, weil sie stereotypes Denken fördern und den Blick auf die Individualität des Patienten verstellen. Stattdessen empfiehlt sich eine Perspektive, die die jeweilige Patientin in ihrer Einzigartigkeit vor dem Hintergrund des biografischen Erlebnisses der Migration und mit einer Offenheit für verschiedene Lebenspraktiken in den Blick nimmt.

Daher finden Sie in dieser Broschüre auch keine Verhaltenslisten für den Umgang mit verschiedenen „kulturellen“ oder religiösen Hintergründen. Wir möchten stattdessen sensibilisieren für Schwierigkeiten, die viele Menschen mit Migrationshintergrund betreffen, wenn sie das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen und Wege aufzeigen, die Versorgung dieser bisher vernachlässigten Patientengruppe zu verbessern.

Je nach Arbeitsbedingungen und Ressourcen lassen sich die vorliegenden Empfehlungen unterschiedlich umsetzen. Der Einsatz von Dolmetscherinnen beispielsweise ist in einer großen Klinik leichter zu implementieren als in einer hausärztlichen Praxis. Wir möchten Sie anregen, kreative Lösungen zu finden. Eine Herausforderung lässt sich aber in jedem Arbeitsumfeld bewältigen: Den Patientinnen, ihren Wünschen und Bedürfnissen in ihrer Vielfalt offen und neugierig gegenüber zu treten.

Wie viele Patienten mit Migrationshintergrund werden aktuell palliativ versorgt?

Die von der Klinik für Palliativmedizin der Universitätsmedizin Göttingen in ganz Niedersachsen durchgeführte Befragung von ambulanten Palliativversorgerinnen legt nahe, dass spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund unterdurchschnittlich häufig in Anspruch genommen wird. So gaben 20% der Studienteilnehmer³ an, im letzten Jahr keine Patientinnen mit türkischem oder arabischem Migrationshintergrund versorgt zu haben. Im Mittel wurden in den letzten 12 Monaten vor der Befragung weniger als vier Patientinnen versorgt, bei der Hälfte der Teilnehmerinnen waren es zwei oder weniger. Mit 85% gab die überwiegende Mehrheit der Teilnehmerinnen an, dass sie vermutlich weniger Patientinnen versorgten, als sich anhand der demografischen Gegebenheiten in ihrer Region vermuten ließe. Als Hauptgründe wurden angegeben, dass diese Patientengruppe innerhalb der Familie versorgt würde, dass sie auf Grund „kultureller Fremdheit“ Palliativversorgung nicht in Anspruch nähme oder dass das Angebot der spezialisierten Palliativversorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund nicht bekannt sei. Als weitere Gründe wurden Sprachbarrieren und mangelnde Kenntnis des hospizlichen und palliativen Angebots bei den Ärztinnen genannt.

Auf Grundlage unserer Erhebung lassen sich keine Aussagen über den tatsächlichen Bedarf an spezialisierter Palliativversorgung im Verhältnis zur Nutzung und über die Gründe für eine möglicherweise mangelnde Inanspruchnahme treffen. Diese müssten im Rahmen epidemiologischer Studien untersucht wer-

³ Zum Design der Studie und der erhobenen Stichprobe siehe Hintergrund des Forschungsprojekts, Seite 32.

den. Erkenntnisse aus anderen Gesundheitsbereichen legen jedoch nahe, dass Menschen mit Migrationshintergrund mit Barrieren konfrontiert werden, die den Zugang zur Versorgung erschweren. Eine Zunahme der Inanspruchnahme bei Hospiz- und Palliativversorgern, die aktiv auf diese Patientengruppe zugehen, zeigt, dass offenbar Bedarf vorhanden ist.



Was sind die Zugangsbarrieren zur Palliativversorgung?

Bei der in unserer Studie häufig genannten Argumentation, dass Patientinnen mit Migrationshintergrund am Lebensende in und von der Familie versorgt würden, werden zwei Aspekte meist übersehen: Zum einen haben auch in dieser Gruppe Prozesse stattgefunden, die zu einer Auflösung „traditioneller“ Familienstrukturen geführt haben (Berufstätigkeit aller Kinder, Umzug auf Grund der Arbeitssuche), sofern diese zuvor überhaupt bestanden. Zum anderen brauchen Patienten, die üblicherweise spezialisierte Palliativ- und Hospizversorgung benötigen, mehr Unterstützung, als ihre Familien ihnen bieten können. Bei Menschen ohne Migrationshintergrund wird dies als selbstverständlich angesehen – in der Regel käme niemand auf die Idee, dass ein gut funktionierendes familiäres Netz beispielsweise Tumorschmerzen oder komplexe Pflegeprobleme auffangen könnte. Auch wenn sich die Familie möglicherweise dafür verantwortlich fühlt, sich umfassend um ihre Angehörige zu kümmern, so kann dieser Anspruch bei mangelnder professioneller Unterstützung schnell zu Überforderung und Dekompensation führen.

Eine häufige Barriere für den Zugang zur Palliativversorgung ist nach Ansicht der Expertinnen das mangelnde Wissen um die Angebote der Palliativversorgung gepaart mit einer mittelschichtorientierten Ansprache durch die Anbieter. Die mangelnde Kenntnis von Institutionen und Angeboten der Betroffenen wird verstärkt durch häufig auftretende Sprachbarrieren. Diese Probleme steigern immer wieder eine ohnehin vorhandene Schnittstellenproblematik bei der Überweisung zur spezialisierten Palliativversorgung und können so zu mangelnder Inanspruchnahme durch Patientinnen mit Migrationshintergrund

»[Dass sie] nicht in den Versorgungsstrukturen ankommen, wo sie ankommen sollten, weil die Ansprache in den Versorgungsstrukturen sehr hochschwellig war [...] bis dato: am besten kommt nicht zu uns, und die Gruppe der älteren Zuwanderer selbst einfach in diesem großen Angebot-Wust nicht wussten, was brauche ich, wo geh ich hin, wie beantrage ich eine Pflegestufe, wer ist für meine Pflegeberatung zuständig?«

(Referentin interkulturelle Altenhilfe)

*** Alle folgenden Zitate sind den Interviews mit den Experten entnommen und wurden nur leicht zur Verständlichkeit geglättet. Wörter in [] wurden zum besseren Verständnis ergänzt.**

führen. Zudem wurde im Verlauf der Migrationsgeschichte und Integrationspolitik Deutschlands versäumt, Migranten aktiv in die Regelversorgung unseres Gesundheitssystems zu integrieren. Stattdessen wurden oft parallel zur Regelversorgung Strukturen entwickelt, die speziell für Migrantinnen zuständig waren, wie Migrationssozialdienste und Migrationsberatungen. Diese Institutionen können wertvolle Partner sein, um den Zugang und die Versorgung zu verbessern und sollten unbedingt einbezogen werden.

Nicht zuletzt sind einige Menschen teilweise oder ganz von der Palliativ- und Hospizversorgung ausgeschlossen. So haben Flüchtlinge mit Duldungsstatus oder im Asylverfahren nur Anspruch auf eine Versorgung akuter Erkrankungen und diese muss jeweils behördlich genehmigt werden. Zwar sollte damit die medizinische Palliativversorgung im Prinzip abgedeckt sein, im Alltag können jedoch bei der Genehmigung durch das Sozialamt Schwierigkeiten auftreten, die erheblichen organisatorischen Aufwand verursachen. Hinzu kommt, dass Menschen ohne legalen Aufenthaltstitel oft aus Angst vor rechtlichen Konsequenzen

»Was wir häufig erleben ist, dass Patienten, die als schwieriger eingestuft werden, und das sind häufig Patienten mit Migrationshintergrund wegen der Sprachbarrieren, wegen kultureller Unterschiede, wegen anderer Erwartungen, die sie auch ans Krankenhaus richten, dass sie sehr gerne von A nach B geschickt werden und dass sie häufig ja eine Odyssee hinter sich haben ohne vernünftig versorgt zu sein. Und würden sie wissen, dass es eine andere Art der Versorgung gibt, wäre das [...] für die Patienten deutlich angenehmer und sie würden auch schneller zu uns kommen.«

(Palliativmediziner)

keine medizinische Hilfe aufsuchen und damit häufig gänzlich von der Gesundheitsversorgung ausgeschlossen sind.

Wie können Zugangsbarrieren abgebaut werden?

Wie kann die Inanspruchnahme von Hospiz- und Palliativversorgung durch Menschen mit Migrationshintergrund gefördert werden? Von den Expertinnen wird die Vernetzung mit bereits existierenden Initiativen aus unterschiedlichen Bereichen als zentral angesehen. Viele Kommunen haben Programme interkultureller Öffnung wie Migrationsberatungen und Integrationsbüros eingerichtet und können wichtige Ansprechpartner sein. So bietet beispielsweise das Programm „Mit Migranten für Migranten“ des Ethnomedizinischen Zentrums Hannover an vielen Standorten in Niedersachsen muttersprachliche Informationsveranstaltungen zu verschiedenen Themen an. Auch Gemeinden oder Kul-

turvereine innerhalb der sozialen Gruppen sollten unbedingt angesprochen werden. Hier besteht die Chance, die Bedürfnisse, der potentiell Betroffenen zu erfragen, denn sie wissen am besten, was für sie eine gute Versorgung am Lebensende bedeutet.

Die Erfahrungen in der Praxis zeigen, dass viele Menschen mit Migrationshintergrund sich über muttersprachliche Medien (beispielsweise in Deutschland produzierte türkischsprachige Zeitungen und Fernsehsender) informieren. Diese Medien können daher ein Ansatzpunkt sein, um Menschen mit großer Reichweite über das Angebot der Hospiz- und Palliativversorgung zu informieren.

Zugangsbarrieren zur Hospiz- und Palliativversorgung können abgebaut werden durch:

- » Vernetzung mit anderen lokalen Akteuren (Gemeinden und Kulturvereinen, Migrationsberatungsstellen, Initiativen im Bereich Gesundheit und Migration, städtische Projekte).
- » Informationsveranstaltungen für Menschen mit Migrationshintergrund zu Hospiz- und Palliativversorgung.
- » Nutzen von Kontakten zur Erfassung von Bedarf und Bedürfnissen der potentiell Betroffenen.
- » Aktive interkulturelle Öffnung, Anwerben von ehren- und hauptamtlichen Mitarbeitern mit Migrationshintergrund.
- » Informationsweitergabe in Medien die von Menschen mit Migrationshintergrund genutzt werden.

Welche Schwierigkeiten treten in der Versorgung auf?

Um über Details der konkreten Versorgung Informationen zu erhalten, haben wir die Studienteilnehmer unter anderem nach dem letzten von ihnen versorgten Patienten mit türkischem oder arabischem Migrationshintergrund gefragt (46 der 55 Teilnehmerinnen machten dazu eine Angabe). Die Patientinnen stammten überwiegend aus der Türkei und waren selbst migriert.

Als häufigster Problembereich in der Versorgung wurden Sprach- und Kommunikationsschwierigkeiten genannt (44%), dann folgten Schwierigkeiten im Umgang mit der Familie (37%),

»Mir persönlich geht [es] so, dass mir [...] ein Schweigen und ein längeres Zuhören in einer Situation, wo man das Schweigen auch aushalten muss, unangenehmer [ist] vor einem Patienten mit Migrationshintergrund, als bei einem Patienten mit Nicht-Migrationshintergrund, weil ich nicht weiß, [...] wie er das auffasst. Ob er das empfindet, so wie es gemeint ist oder ob er das vielleicht interpretiert im Sinne von Ratlosigkeit«

(Palliativmediziner)

beispielsweise, weil die Patientin viel Besuch hatte oder die Familie sich nicht über die weitere Versorgung der Patientin einig war. Die Organisation und Planung der Versorgung war bei 33% schwierig. Weitere wichtige Punkte waren Aufklärung und Akzeptanz, beispielsweise weil die Angehörigen eine Aufklärung des Patienten über die Schwere der Erkrankung ablehnten oder weil es Patientinnen oder Angehörigen schwer fiel, eine schlechte

Prognose zu akzeptieren. Die versorgungsbezogenen Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen stimmten nicht immer überein oder Patientinnen und Angehörige hatten andere Vorstellungen von der Versorgung als das behandelnde Team. Teilweise war die Einstellung der Patienten und Angehörigen zur Versorgung und Erkrankung ambivalent.

Die Begegnung mit dem „fremd Erscheinenden“ kann auf Seiten der Behandelnden zu starker Verunsicherung führen. Sie stellt das Eigene und Bekannte in Frage und bedroht Verhaltens- und Arbeitsroutinen. Kommen Kommunikationsprobleme, Zeitdruck und mangelnde Ressourcen hinzu, kann eine Überforderungssituation eintreten, die alle Beteiligten mit einem schlechten Gefühl zurück lässt und im schlimmsten Fall eine gute Versorgung der Patientin verhindert.



Wie kann die transkulturelle Kompetenz von Versorgern gestärkt werden?

Um zu lernen mit dem, was uns befremdet, umzugehen, ist die Entwicklung transkultureller Kompetenz notwendig. Der Begriff der Transkulturalität verweist darauf, dass Kultur nicht als statisch zu verstehen ist, sondern sich in Interaktion mit der jeweiligen Umwelt entwickelt und verändert und nur einen Teilaspekt der die Interaktion bestimmenden Faktoren darstellt. Während der Begriff der „interkulturellen“ Kompetenz das Bild von geschlossenen, homogenen Kulturen hervorruft, zwischen denen vermittelt werden muss, weist Transkulturalität über diese abgeschlossenen Kulturen hinaus. Das Bild abgeschlossener Kulturen verführt dazu, Handlungsrezepte zum Umgang mit verschiedenen Patientengruppen zu suchen, die neue Routinen entstehen lassen und den Blick auf das Individuum verstellen. So werden Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen übermäßig betont, während die Unterschiede innerhalb von Migrantinnengruppen weniger stark wahrgenommen werden. Im Begriff der Transkulturalität steht hingegen das Verbindende, Gemeinsame im Mittelpunkt.

Die Pflegewissenschaftlerin Dagmar Domenig⁴ beschreibt transkulturelle Kompetenz als Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der jeweiligen besonderen Situation und unterschiedlichen Kontexten zu verstehen und aus diesem Verständnis Handlungsweisen abzuleiten. Sie stützt sich auf die drei Pfeiler

- » *Selbstreflexion,*
- » *Hintergrundwissen und Erfahrung* und
- » *narrative Empathie.*

⁴ An dieser Stelle sei ihr Buch *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* empfohlen, siehe Anhang.

Selbstreflexion

Selbstreflexion bedeutet, sich den eigenen Standpunkt und die eigenen Wertvorstellungen, d.h., die eigene Lebenswelt, bewusst zu machen. Die Lebenswelt beruht dabei auf einem großen Erfahrungsvorrat, der als selbstverständlich hingenommen wird. So verfügen Menschen ohne Migrationshintergrund beispielsweise meist über die Erfahrung, in dieser Gesellschaft geboren und aufgewachsen zu sein und von dieser jederzeit unhinterfragt als dazu gehörig akzeptiert zu werden. Dem steht die Erfahrung von Menschen mit Migrationshintergrund gegenüber, sich in einem fremden Land zurechtfinden zu müssen, dort als „anders“ und „fremd“ erkennbar zu sein und unter Umständen abgelehnt zu werden.

»[...] nicht jede deutsche Familie oder einheimische Familie tickt ja gleich, ihr habt ja kein Rezept um eine Familie oder einen Patienten zu begleiten. Also guckt ihr doch immer individuell und guckt nach den Bedürfnissen und geht mit dieser Familie mit. Warum macht ihr das bei denen nicht? Wenn die denken, dass es das ist, was sie möchten, dann einfach mitgehen, ein Schritt zurück und einfach mitgehen! Und das fällt denen ein bisschen schwer, weil sie einfach den Patienten oder das Kind schützen möchten irgendwie, vor diesem Gewusel im Zimmer.«

(Dipl. Pädagogin, Kinderkrankenschwester [Palliative Care])

»Es ist natürlich eine Herausforderung, aber das ist es genauso, wenn wir jetzt einen deutschen Patient haben in der Hospiz- und Palliativarbeit. Also da würde ich jetzt gar keinen Unterschied machen [...]. Die Herausforderung ist, also was ich sehe, mit den Ehrenamtlichen, die Ängste haben, was falsch zu machen oder in Fettnäpfchen zu treten, diese Ängste zu nehmen und da ein Vertrauen zu schaffen für die Ehrenamtlichen auch wirklich nur mit Achtsamkeit und Offenheit in eine Begleitung reinzugehen. Das ist noch eine Herausforderung.«

(Kordinatorin ambulanter Hospizdienst)

In der Palliativversorgung kann sich Selbstreflexion beispielsweise auf die Vorstellung beziehen, wie ein „gutes Sterben“ aussieht – im Kreis der engsten Angehörigen, still und „friedlich“. Diese Idee kann mit der Vorstellung von Menschen mit Migrationshintergrund kollidieren, die sich möglicherweise ein Sterben im Kreis aller Verwandten wünschen. Die Kollision von Vorstellungen kann bei den Beteiligten großes Unbehagen auslösen, wenn unbewusst bleibt, wie groß der Einfluss der eigenen Lebenswelt in Form der Vorstellung von einem guten Tod ist. Wenn die eigene Lebenswelt aber bewusst wird, ermöglicht dies, zurückzutreten, die Reibung zwischen den Vorstellungen auszuhalten und die Wünsche und Werte des anderen zuzulassen.

Hintergrundwissen und Erfahrung

Auch Hintergrundwissen und Erfahrung sind für die transkulturelle Kompetenz notwendig und ergänzen die Selbstreflexion. Nur, wenn die Verschiedenheit der Lebensweisen bekannt ist, können diese verstanden werden. Dazu gehört nicht nur Wissen über soziokulturelle oder religiöse Praktiken, sondern beispielsweise auch das Wissen über Migrationsgeschichte. Kultur ist immer nur einer von vielen Einflüssen auf menschliches Handeln. Soziale Faktoren spielen eine mindestens ebenso große Rolle. So war beispielweise die Migration der sogenannten Gastarbeiter von den europäischen Anwerbeländern anfangs nicht auf dauerhaften Aufenthalt angelegt. Das förderte, unter anderem durch das damit einhergehende mangelnde Angebot zum Erwerb von Sprachkompetenz, die Entwicklung paralleler Strukturen der

»Interkulturelle Kompetenz ist im Grunde genommen nichts anderes als ein Werkzeug. Das sind sensible Antennen und Instrumente, die es mir ermöglichen, mich als Mitarbeiter in ganz unterschiedlichen kulturellen Settings sicher zu bewegen ohne kulturspezifisches Wissen. Nicht missverstehen: Kulturspezifisches Wissen ist total wichtig, gar keine Frage, also ich muss schon ein gewisses Wissen mitbringen, aber ich darf mich eben nicht darauf ausruhen. Und darf vor allen Dingen nicht dieses Wissen mit einem Wahrheitsanspruch versehen, weil mich das dann an der Stelle hemmt, weil es diesen Wahrheitsanspruch nicht gibt.«

(Geschäftsführerin ambulanter Pflegedienst)

Selbsthilfe und hat einen fortdauernden erheblichen Einfluss auf das Leben dieser Menschen. Es kann angenommen werden, dass erlebte Diskriminierungen die Interaktion mit den Versorgenden und die Einstellung gegenüber Behörden beeinflussen.

Hintergrundwissen sollte keinesfalls unhinterfragt auf den individuellen Patienten angewandt, sondern immer im konkreten Kontext geprüft werden – so ist es beispielsweise wichtig, zu wissen, dass gläubige Muslime kein Schweinefleisch essen, ein Patient mit muslimischem Hintergrund sollte aber stets gefragt werden, was er essen möchte, denn es muss auch in Betracht gezogen werden, dass er gar nicht gläubig ist. Es ist selbstverständlich unrealistisch, anzunehmen, es wäre möglich, sich umfassendes Hintergrundwissen über alle differierenden Patientengruppen anzueignen. Wichtig ist daher vielmehr, dass die Patientinnen in der Situation selbst nach ihren Bedürfnissen und Wünschen gefragt werden.

Narrative Empathie

Narrative Empathie bedeutet, dass den Patienten mit Migrationshintergrund mit der gleichen Wertschätzung, Offenheit und dem gleichen Respekt entgegengetreten wird, wie allen anderen Patientinnen auch. Diese Empathie hat große Ähnlichkeit mit dem, was von den Palliativversorgern als „palliative Haltung“ bezeichnet wird.

Patientinnen mit Migrationshintergrund werden oft durch eine „kulturelle“ Brille betrachtet. Der Wunsch der Familie beispielsweise, den Patienten nicht über seine schlechte Prognose aufzuklären, kann bei Patientinnen unabhängig vom Migrationshintergrund auftreten, auch wenn er möglicherweise bei jenen

»Es geht letztendlich um den Umgang mit Vielfalt und Vielfalt ist Normalität in der heutigen Gesellschaft. Wir brauchen auch keine Sonderprogramme für irgendwelche Gruppen, und auch nicht etwas Besonderes für die Palliativ[medizin] und für die Chirurgie und für dies und das und jenes. Vielmehr geht es um die Kompetenz, mit Verschiedenheit umzugehen. Das ist eigentlich sehr banal, aber in der Praxis ist das nicht so einfach umzusetzen, weil wir es hier eben viel mit Haltungsthemen, mit Vorurteilen usw. zu tun haben.«

(Diversitätsforscherin)

mit Zuwanderungsgeschichte häufiger vorkommt. Wird dies nun als unveränderbarer Teil der Kultur der Familie wahrgenommen, fällt der Umgang damit schwer und verhindert, dass die einfachste Möglichkeit ergriffen wird: den Patienten nach seinen Wünschen zu fragen und diese zu respektieren.

Selbstreflektion, Hintergrundwissen und Erfahrung und Narrative Empathie sind die drei Pfeiler transkultureller Kompetenz. Trainings und Fortbildungen in Transkultureller Kompetenz können helfen, diese Fähigkeiten zu erlernen. Sie beinhalten praktische Übungen, die die genannten Punkte vor Augen führen. Adressen und Literatur finden Sie im Anhang.

Wie wird mit Sprachschwierigkeiten umgegangen?

Sie kennen vielleicht die Situation, mit einem Patienten konfrontiert zu sein, der nicht gut Deutsch spricht. Dies kann zu großen Schwierigkeiten in der Versorgung führen. Wie kann in solchen Situationen kommuniziert werden, wer ist geeignet, die Aufgabe des Dolmetschens zu übernehmen?

Mangelnde sprachliche Verständigung kann für die Patientinnen wie auch für das Team problematisch sein. Die von uns befragten Behandlerinnen und Versorger nannten Sprachschwierigkeiten und Kommunikationsprobleme als am häufigsten auftretende Probleme in der Betreuung von Patienten mit Migrationshintergrund.

Vor allem Patienten, die schon lange in Deutschland leben, wird häufig Unverständnis entgegengebracht, wenn sie wenig oder kein Deutsch sprechen. Die alleinige Forderung an die Patientinnen nach angemessenen Deutschkenntnissen würde ein komplexes Problem jedoch zu Unrecht verkürzen. Die Umstände der Migration, fehlende Angebote zum Spracherwerb, Ausgrenzungs- und Diskriminierungserfahrungen und eine damit einhergehende Entwicklung paralleler Hilfsstrukturen, sind nur einige der Bedingungen, die dies verhindert haben. Hinzu kommt, dass

»Die sollen sich mal überlegen, ob sie ihrem Vater sagen können, wie die Situation aussieht, also wenn man das selber oder ein Ehepartner dem andern Ehepartner [sagen muss], wo er nur die Hälfte wahrscheinlich mitkriegt, weil er selber in Trauer ist, ob er das sagen kann.«

(Dipl. Pädagogin, Kinderkrankenschwester [Palliative Care])

im Krankenhaus und im medizinischen/pflegerischen Bereich oft eine professionelle Sprache gesprochen wird, die schon für Muttersprachler schwer verständlich ist, und für die Kenntnisse auf alltagssprachlichem Niveau unter Umständen nicht ausreichend sind. Erschwerend kommt hinzu, dass viele ältere Migranten, die

»Andererseits hatte ich eine Patientin aus X mit einem Gehirntumor, die sich sehr isoliert gefühlt hat in der medizinischen Versorgung [...], und zwar isoliert nicht derart, dass sie medizinisch isoliert wurde, sondern psychosozial. Sie hatte genug Besuch, [...], aber auf der Station habe man sich nicht ausreichend mit ihr beschäftigt. Sie spricht schlecht Deutsch, aber sie hat hier selber fast wortwörtlich formuliert: die haben ja gar nicht versucht mit mir zu sprechen oder die haben gar nicht versucht zu mir zu kommen. Weil das Bewusstsein da war, dass sie kein Deutsch spricht, hat man eben ihr das Essen nur hingestellt, und sie hätte sich gewünscht, dass man auch mit ihr spricht. Wenn in der Akte „spricht kein Deutsch“ drin steht, dann wird Kommunikation eingefahren und zwar manchmal derart, dass auch die non-verbale Kommunikation eingefahren wird, dass dann auch die Menschlichkeit letztendlich fehlt, der Kontakt.«

(Psychotherapeut)

im Zuge der Anwerbung nach Deutschland gekommen sind, aus Milieus mit niedriger formaler Bildung stammen, was ihnen das Verständnis weiter erschwert.

Häufig beeinflusst eine schwierige verbale Kommunikation und die damit einhergehende Unsicherheit im Umgang mit den Pati-

entinnen auch die nonverbale Kommunikation. Dies kann so weit gehen, dass Kommunikation ganz vermieden und die Patientin isoliert wird. Für eine qualitativ hochwertige Versorgung muss der Fokus des medizinischen und pflegerischen Versorgungsbewusstseins dahingehend geschärft werden. Nicht zuletzt muss berücksichtigt werden, dass eine gute Kommunikation, besonders in einer so belastenden und vulnerablen Situation wie der einer schweren, unheilbaren Erkrankung, ein Menschenrecht darstellt.

Oft wird auf die Übersetzung durch Familienangehörige zurückgegriffen. Was im Alltag sinnvoll sein kann ist aber in Bezug auf wichtige Behandlungsinformationen auf keinen Fall angemessen. Stellen Sie sich einmal vor, Sie wären als Tochter einer Patientin dazu aufgefordert, dieser eine Verschlechterung ihrer Prognose mitzuteilen – das ist nicht nur eine unangenehme Vorstellung, möglicherweise wären Sie auf Grund ihrer eigenen emotionalen Belastung dazu gar nicht in der Lage. Eine ungeschulte Mitarbeiterin mit entsprechender Muttersprache zum Übersetzen wichtiger Informationen heranzuziehen, stellt leider meist eine nur geringfügige Verbesserung dar. Besser ist es, wenn die Möglichkeit besteht, einen medizinisch geschulten, externen Dolmetscher zu engagieren.

Einbezug von Dolmetscherinnen – ein wichtiger Lösungsansatz

Unsere Befragung hat zwar gezeigt, dass ein Fünftel der Versorgerinnen die Möglichkeit hatte, auf einen internen oder externen Dolmetscherdienst zurückzugreifen. Dieser wurde jedoch von den Teilnehmenden bei den Patientinnen, bei denen Sprachschwierigkeiten auftraten, nicht erwähnt und daher wahrscheinlich nicht eingesetzt.

Der Einsatz von Dolmetscherinnen mag zunächst zeitaufwändig und umständlich erscheinen: Gespräche mit Dolmetschern sollten mit diesen vor- und nachbereitet werden, und es muss ein Termin gefunden werden. Dennoch kann der Einsatz einer geschulten Dolmetscherin zum richtigen Zeitpunkt sehr gewinnbringend für die Behandler, die Patientin und die Familie sein. Zu einem bestimmten Zeitpunkt wird ein gut vorbereitetes Gespräch geführt, in dem alle wichtigen Dinge besprochen werden können, ohne Sorge, dass möglicherweise nur die Hälfte verstanden oder übersetzt wurde. Die Patienten werden als „Experten ihrer Situation“ ernst genommen und erfahren Wertschätzung, und eine strukturierte Besprechung wichtiger Fragen kann wiederholte Diskussionen ersparen und so zeitliche Ressourcen schonen. Informieren Sie sich über Dolmetscherbüros oder ehrenamtliche Dolmetscherdienste, die es in fast jeder größeren Stadt gibt. Die Erfahrung zeigt, dass Termine innerhalb kürzester Zeit vereinbart werden können.

» [...] dass das [Dolmetschen] nicht das Problem ist, sondern die Zeit und das Sich-die-Zeit-nehmen, das ist der Punkt und das können viele Dienste nicht.«

(Kordinatorin ambulanter Hospizdienst)

»Über Kommunikation geht halt alles, es ist nicht nur so, dass es wirklich um die Inhalte, die vermittelt werden geht, sondern auch um Vertrauen aufzubauen und das Gefühl des angenommen Werdens, dass man, obwohl man so fremd ist und Angst hat, dass man doch spürt: Da ist jemand, der sich kümmert und der sich Zeit nimmt und [...] für den ganzen Krankenhausaufenthalt sind das eigentlich die ersten Schritte, um ein Wohlbefinden zu gestalten.«

(Pflegedienstleitung Krankenhaus)

Natürlich muss nicht in jeder Situation ein Dolmetscher hinzugezogen werden. In der alltäglichen Interaktion lässt sich oft mit Geduld und Kreativität gute Kommunikation erreichen. Hilfreich können beispielsweise, wie von einer Teilnehmerin unserer Befragung beschrieben, Bildertafeln sein, auf denen wichtige Begriffe versinnbildlicht sind.

Viele kirchliche Träger, Kommunen und Städte haben Projekte initiiert, in denen ehrenamtliche Dolmetscherinnen eingesetzt werden. Erkundigen Sie sich beim Fachbereich Integration in Ihrer Region, welche Möglichkeiten zum Einsatz von Dolmetschern bestehen und ob Sie eventuell mit bestehenden Initiativen zusammenarbeiten können.

»Ich habe das früher nicht so sehr beachtet. Da war es eher lästig so ein Gespräch zu führen, einfach auf Grund von Zeitdruck [...] und dann sind nicht ein, zwei Familienangehörige da, sondern meistens sehr viele, die auch alle nacheinander kommen und die Gespräche führen wollen und da sind dann solche festen Termine, wo ich dann auch sage, holen Sie bitte alle dazu, die dabei sein möchten, natürlich so, dass es in einem überschaubaren Rahmen bleibt und nicht 10 Leute am Gespräch teilnehmen. Ich habe damit sehr gute Erfahrungen gemacht, ich finde das erleichtert mir die Arbeit, das gibt dem Patient ein sicheres Gefühl, auch ein Gefühl der Wertschätzung, dass er auch in seiner Sprache versteht worum es geht, und das ist für mich einer der großen Lösungsansätze.«

(Palliativmediziner)

Interne Dolmetscherlisten

Viele Krankenhäuser haben interne Listen mit Mitarbeiterinnen, die eine andere Muttersprache als Deutsch haben und gegebenenfalls für einen Patienten übersetzen können. Interne Dolmetscherlisten können eine niedrigschwellige und schnelle Möglichkeit darstellen, im Alltag zu übersetzen. Dabei sollten allerdings einige Punkte beachtet werden:

Ideal ist es, wenn die Mitarbeiter, die als Dolmetscher eingesetzt werden sollen, für diese Aufgabe geschult sind.

Sie sollten ohne Schulung nicht in konflikthafter oder belastender Situationen, oder wenn in der Situation rechtliche Konsequenzen folgen können (wie beispielsweise bei der Besprechung einer Patientenverfügung oder einer Betreuungsvollmacht), eingesetzt werden.

»Bei Mitarbeiterdolmetschern finde ich, gerade bei Palliativsituationen brauchen die eine Schulung und das haben sie nicht. Das heißt jetzt nicht, dass jemand, die zwei Sprachen spricht, auch in Palliativsituationen dolmetschen kann. [...] wenn ich mich entschieden hab auf einer Palliativstation und auf der Onkologie [...] zu arbeiten, hab ich mich entschieden mit schwerkranken Menschen zu arbeiten. Wenn ich mich aber entschieden hab [...] z.B. bei Neugeborenen zu arbeiten, wo die vielleicht mit einem Infekt kommen und ganz, ganz selten [...] ein Kind stirbt, dann hab mich bewusst für diesen Bereich entschieden [...]. Also möchten die nicht viel mit Tod und Sterben zu tun haben. Oft hab ich gehört hier, dass die überfordert waren die Übersetzer oder dass sie auch nicht richtig übersetzt haben. [...]. Also ganz wichtig ist [...] eine Schulung. Wie geh ich mit diesen Gesprächen um, [...] letztendlich ist ja der Dolmetscher der Überbringer dieser Nachricht.«

(Dipl. Pädagogin, Kinderkrankenschwester [Palliative Care])

Die Mitarbeiterinnen sollten für ihre Dolmetschertätigkeit vom Dienst freigestellt werden, so dass für sie keine zusätzliche Belastung durch diese Aufgabe entsteht. Die Übersetzung für Patientinnen muss somit Teil der Arbeitszeit sein und darf nicht in der freien Zeit der Mitarbeiter geschehen.

Welche Möglichkeiten haben Sie, Dolmetscherinnen heranzuziehen?

» Erkundigen Sie sich in Ihrer Institution.

Gibt es in Ihrer Kommune oder Stadt vielleicht einen (ehrenamtlichen) Dolmetscherdienst?

» Auch professionelle Dolmetscherbüros können hinzugezogen werden.

Ziehen Sie zu wichtigen Gesprächen mit einem Patienten und seiner Familie eine Dolmetscherin hinzu, wenn Sie sich nicht sicher sind, ob Patient und Familie Sie wirklich ausreichend gut verstehen!

Wichtige Dokumente mit rechtlichen Konsequenzen sollten unbedingt in übersetzter Form vorliegen!

Unter <http://www.bundesanzeiger-verlag.de/>

[bt-prax/downloads.html](http://www.bundesanzeiger-verlag.de/bt-prax/downloads.html) finden Sie einen Link zu verschiedenen relevanten Formularen in zweisprachigen Fassungen (Deutsch/Türkisch, Deutsch/Russisch).

Was bedeutet Vielfalt im Team?

Menschen mit Migrationshintergrund sollten in der Hospiz- und Palliativversorgung sichtbar sein – dazu gehört, dass sie auch als Teammitglieder präsent sind.

Die Recherche nach Experten in der palliativen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund im Rahmen unserer Studie hat gezeigt, dass nur sehr wenige Menschen mit Migrationshintergrund in der Palliativversorgung arbeiten. Dies kann mit der relativen Neuheit des Fachs zusammen hängen. Palliativversorgung als mögliches Arbeitsfeld könnte potentiellen Mitarbeiterinnen unbekannt sein. Möglicherweise fehlt vielen Menschen mit Migrationshintergrund, die in Gesundheitsberufen arbeiten, auch die

»Es macht überhaupt gar keinen Sinn, wenn sich eine Einrichtung nur pro forma öffnet. Damit meine ich, man muss gucken, dass man interkulturelle Konzepte insofern lebt, als dass man zwei Dinge macht: Zum einen ein Diversitymanagement implementiert im Unternehmen und es auch lebt, und das andere ist Schlüsselpositionen nicht nur mit Deutschen besetzen. Das ist beides elementar wichtig. [...] Das ist im Grunde genommen ein Gebot der Stunde, zum einen, weil sich ja auch die Klientenstruktur ändert. Wir haben zunehmend Zuwanderer in den Versorgungssettings, also allein aus diesem Grund muss ich mich schon öffnen. Und zum anderen, das sind meine Fachkräfte, die haben eine Zuwanderungsgeschichte und für die muss ich ein attraktiver Arbeitgeber sein. Und das bin ich nicht, wenn ich die Schotten dicht mache und sage: „Hier kommst du nicht rein, weil du bist ja nicht katholisch oder evangelisch.«

(Geschäftsführerin, ambulanter Pflegedienst)

formale Qualifikation, weil beispielsweise im Ausland erworbene Bildungsabschlüsse in Deutschland nicht anerkannt werden.

Ein interkulturelles Team kann von großem Wert sein – Menschen mit Migrationshintergrund, die in die Versorgung kommen, fassen oft schneller Vertrauen, wenn sie Mitarbeitern mit Migrationshintergrund begegnen. Die Mitarbeiterinnen können dazu beitragen, innerhalb des Teams Verständnis für andere Perspektiven zu fördern und im Konfliktfall zu vermitteln. Sie sollten jedoch nicht als „Spezialisten“ für die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund angesehen werden. Ziel sollte sein, dass jeder Mitarbeiter jede Patientin versorgen kann. Bei der guten Versorgung steht die Beziehung zur Patientin im Vordergrund, die nicht von der „kulturellen Passung“ abhängig ist.

„Und dann hatten wir jetzt im Januar 10-jähriges Jubiläum, und dann kam diese türkische Pflegekraft und wir hatten sie extra eingeteilt für unseren türkischen Gast – und er wollte sie überhaupt nicht. Also er hatte sich einfach so an das Personal hier so gewöhnt, auch wenn sie seine Muttersprache gesprochen hat, das war ihm überhaupt nicht wichtig. Wichtig war ihm, dass er wieder versorgt wird von der Schwester, die er kennt. Das fand ich auch nochmal für mich ein großes Aha-Erlebnis, also dass es diesem Gast [...] gar nicht so wichtig war. Sondern es war viel mehr diese Beziehung, die er mit der deutschen Pflegekraft hatte und Vertrauen hatte und da war das dann nicht mehr so wichtig, ob da gut Deutsch gesprochen werden konnte oder nicht. [...] Jeder hat gedacht, jetzt ist er froh, dass da jemand Einheimisches ist und das war gar nicht der Fall.“

(Sozialarbeiterin stationäres Hospiz)

Hintergrund zum Forschungsprojekt

Design

Das Projekt gliederte sich in zwei Teilabschnitte. Im ersten Studienabschnitt versendeten wir einen Fragebogen mit offenen und geschlossenen Fragen an alle niedersächsischen Palliativversorger. Der Fragebogen enthielt Fragen zu drei Bereichen:

- 1) Menschen mit Migrationshintergrund in der Einrichtung (als Versorgerinnen und Patienten),
- 2) Angaben zum/zur letzten versorgten Patient/in mit türkischem oder arabischem Migrationshintergrund,
- 3) Versorgung der Patientengruppe in der Einrichtung (institutionelle und teamspezifische Strategien).

Der Fragebogen wurde mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring und deskriptiver statistischer Methoden ausgewertet.

Im zweiten Studienabschnitt wurden Expertinnen aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund zu deren Zugang zur Gesundheitsversorgung, Schwierigkeiten in der Versorgung und möglichen Lösungen und Ressourcen mittels fokussierter leitfadengestützter Interviews befragt. Die Auswertung erfolgte nach der von Meuser und Nagel entwickelten Methode.

Teilnehmer

Im ersten Studienabschnitt wurden 89 Institutionen angeschrieben (17 Hospize, 28 Palliativstationen, 44 SAPV-Teams oder Netzwerke). Es antworteten 55 Teilnehmerinnen (43 weiblich, 8 männlich, 4 nicht angegeben), die überwiegend als Pflegende (58,3%) arbeiteten (Ärzte 13,3%, Sozialarbeiter 10%). 26,9% der Teilnehmer arbeiteten auf einer Palliativstation, 21,0% in einem Hospiz und 31,3% in der SAPV.

Im zweiten Studienabschnitt wurden 13 Experten aus den Bereichen Palliativ- und Hospizversorgung, interkulturelle Altenhilfe, Migrations- und Diversityforschung, transkulturelle Psychiatrie, ambulante Pflege und transkulturelles Training befragt, von denen sechs selbst Migrationshintergrund hatten.

Weiterführende Literatur und Links

Domenig, D. (2007). *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Huber.

Bundesbeauftragte für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) (2013). *Das kultursensible Krankenhaus. Ansätze zur interkulturellen Öffnung. Praxisratgeber erstellt vom bundesweiten Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, Unterarbeitsgruppe Krankenhaus*.

http://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/2013-09-13-Krankenhaus.pdf?__blob=publicationFile&v=5

Ilklic, I. (2005). *Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten. Eine Handreichung für die Gesundheitsberufe*.

Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik.

Informationen zu Kultur und Gesundheit mit Fokus auf muslimischen Patienten:

<http://www.kultur-gesundheit.de>

Netzwerk für Sprach- und Integrationsmittler:

<http://www.sprachundintegrationsmittler.org>

Migrant Friendly Hospitals: Europäisches Programm zur Förderung der interkulturellen Öffnung von Krankenhäusern mit Informationen beispielsweise zum Einsatz von Dolmetschern (Englisch)

<http://www.mfh-eu.net>

Kompetenzzentrum interkulturelle Altenhilfe (Berlin)
<http://www.kompetenzzentrum-altenhilfe.de>

Niedersächsischer Flüchtlingsrat (Leitfaden 14.5 Medizinische Versorgung unter Infomaterial)
<http://www.nds-fluerat.org> (Den jeweils zuständigen Flüchtlingsrat für Ihr Bundesland finden Sie unter: <http://www.fluechtlingsrat.de>)

Ethnomedizinisches Zentrum Hannover:
Informationen u.a. zu Projekt „Mit Migrant*innen für Migrant*innen (MiMi)“
<http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de>

Wir danken allen Teilnehmern an der Fragebogenstudie sowie den Expertinnen und Experten, die uns ihr Wissen und ihre Erfahrung zur Verfügung gestellt haben:

Dr. Abdul Nasser Al-Masri

Prof. Dr. Philip Anderson

Jasmin Arbabian-Vogel

Dr. Dagmar Domenig

Christian Fischer

Dr. med Oliver Henke

Maren Lach

Dr. Ibrahim Özkan

Franziska Opitz

Friedhelm Pielage

Senay Kaldirim-Celik

Karen Wienholt

Besonderer Dank gilt Dr. Henke und Frau Kaldirim-Celik für die kritische Durchsicht des vorliegenden Textes.

Dem Landesamt für Soziales, Jugend und Familie Niedersachsen sei für die Unterstützung des Forschungsprojekts gedankt.



Niedersächsisches Landesamt
für Soziales, Jugend und Familie

