

Empfehlungen zur Hospiz- und Palliativbetreuung von Menschen mit Migrationshintergrund - eine Handreichung



An abstract artwork on a light beige background. In the upper half, three identical figures are arranged horizontally. Each figure has a dark, irregular body, a bright green cross on its chest, and a crescent moon with a rainbow-colored arc above its head. Thin vertical lines extend from the bottom of each figure. In the lower half, three identical five-pointed stars are arranged horizontally. Each star is dark with a white outline and a small white dot in the center. Thin vertical lines extend from the top of each star. The background is filled with faint, colorful scribbles and lines.

„Der Mensch wird am Du zum Ich.“

Martin Buber

Vorwort

Der demografische Wandel bestimmt unsere derzeitige und zukünftige gesellschaftliche Entwicklung. Diese gesellschaftliche Veränderung stellt die Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Altenhilfe vor große Aufgaben. Sie sind entsprechend aufgefordert, ihre Strukturen für eine gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen anzupassen. Die Interkulturelle Öffnung der stationären Hospiz- und Palliativeinrichtungen war bislang in der öffentlichen Wahrnehmung kaum ein Thema, auch wenn der Bedarf dafür gegeben ist. Und ein Wissen um die Angebote und Unterstützungsmöglichkeiten ist bei vielen Menschen mit Zuwanderungsgeschichte nicht selbstverständlich vorhanden. Die Situation spiegelt sich auch in der Belegung der Hospize und Palliativstationen wider. Sie repräsentiert nicht den Querschnitt unserer vielfältigen Gesellschaft. Betreuung und Begleitung in schwerer Krankheit am Ende des Lebens wird von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte deutlich weniger in Anspruch genommen. Es gibt mehrere Gründe dafür, dass diese Form der Unterstützung nicht in vollem Umfang angenommen wird.

Die vorliegende Broschüre, die durch eine enge Zusammenarbeit der Akademie am Johannes-Hospiz und des DRK-Landesverbandes Westfalen-Lippe e.V. unter wissenschaftlicher Begleitung von Frau Prof. Dr. Andrea Zielke-Nadkarni entstanden ist, basiert auf einer erstmaligen schriftlichen Befragung aller stationären Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW. Anhand dieser Bestandsaufnahme wird deutlich, dass es Unterstützungsbedarf für interkulturelle Öffnungsprozesse gibt. Die Ergebnisse dieser Befragung bilden die Grundlage für Handlungsempfehlungen, die einen Einstieg in den Öffnungsprozess anbieten.

Mit diesen Empfehlungen sollen alle Beteiligten in den stationären Hospizen und Palliativeinrichtungen ermutigt werden, Prozesse der Interkulturellen Öffnung nach vorne zu bringen.

Uns, der Akademie am Johannes-Hospiz und dem DRK-Landesverband Westfalen-Lippe e.V., ist dieses Thema auch weiterhin ein großes Anliegen. Wir wünschen allen Leserinnen und Lesern aus dieser Schrift wertvolle Impulse für die anspruchsvolle Arbeit in den Einrichtungen.

Ludger Jutkeit

Vorstand,
DRK-Landesverband
Westfalen-Lippe e.V.



Ludger Prinz

Geschäftsführer,
Johannes-Hospiz
Münster gGmbH



Vorwort

Kultursensibel zu begleiten, ist aufgrund des ganzheitlichen Anspruchs von Palliative Care eine Selbstverständlichkeit. So findet sich beispielsweise in den Pflegeleitlinien der DGP die Aussage: „Durch die Pflegenden in der Palliativversorgung erfährt jeder Mensch eine respektvolle Versorgung und Fürsorge, unabhängig von seinem Glauben, seiner Weltanschauung, seiner Herkunft, seinem Alter und seinem Geschlecht.“¹

Doch wie zeigt sich dieser sensible Umgang mit schwerst erkrankten Menschen und deren Zugehörigen? Oftmals eher als Unsicherheit, als Frustration, das Gegenüber nicht zu verstehen oder nicht verstehen zu können. Die Folgen sind Hilflosigkeit und Unverständnis auf beiden Seiten. Um dieses Defizit auszugleichen, wird auf Seiten der Begleiterinnen und Begleiter immer wieder nach konkreten Handlungsleitlinien im Umgang mit Menschen anderer Kulturen gefragt. Die Autorinnen und der Autor der vorliegenden Broschüre geben hierauf Antworten: Ausgehend von der konkreten Erfahrung im Palliativ- und Hospizkontext werden Fragen aufgeworfen, Defizite verdeutlicht und wissenschaftlich aufgearbeitet. Die suchende und fragende Haltung wird zum Schlüssel eines kultursensiblen Begleitungsansatzes. Die Unsicherheit ist die Verbindung zum Gegenüber, sie schafft die notwendige Sensibilität für die Situation. Hieran zeigt sich das Interesse am Anderen und seiner Lebenswelt viel deutlicher als durch die Anwendung einheitlicher Standards. Dies ist ein anstrengender Prozess, doch er ist der Situation angemessen und immer wieder neu zu leisten. Die suchende Bewegung fördert die eigene Offenheit und sie ermutigt, der eigenen Intuition zu folgen.

Den Autorinnen und dem Autor gelingt es, diese Haltung mit einem wissenschaftlich fundierten Vorgehen bei der Analyse des Problems zu verknüpfen. Dies zeigt sich auch in der Art und Weise einer suchenden und tastenden, dabei aber immer klaren Sprache. Sie lädt die Leserinnen und Leser ein, selber nach den eigenen Fragen zu suchen. Methodiker und Didaktiker werden sich freuen: Die Broschüre enthält Vorschläge, wie das Thema der kultursensiblen Pflege im Unterricht sinnvoll eingesetzt werden kann. Bleibt zu wünschen, dass sie von vielen gelesen und als Anregung verstanden wird.

¹ http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Leitbild%20Sektion%20Pflege_6_07_12.pdf

Martina Kern

Leiterin Zentrum für Palliativmedizin,
Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg;
Leiterin ALPHA Rheinland





Inhalt

Einleitung

Vorwort Ludger Jutkeit und Ludger Prinz	3
Vorwort Martina Kern	4
Motiv der Handreichung Dr. Andreas Stähli	6

Hauptteil

Transkulturelle Kompetenz in der Palliative Care Anke Kayser	8
Zusammenfassende Darstellung des Forschungsberichtes Prof. Dr. Andrea Zielke-Nadkarni	15
Erläuterung und Anleitung zum erweiterten Pflegeanamnesebogen Dr. Andreas Stähli	30
Kultursensible Pflege in Fort- und Weiterbildung von Palliative Care Anne Artmeyer	37
Literaturliste	50
Autorenverzeichnis	54
Impressum	54

Anhang

Erweiterter Pflegeanamnesebogen durch migrationsspezifische Themen im Erwachsenenbereich / in der Pädiatrie	55
--	----



Motiv der Handreichung

Von Dr. Andreas Stähli

Palliative Care betreut Menschen im Kontext von Globalisierung und Migration aus ganz unterschiedlichen soziokulturellen Hintergründen. Diese Menschen haben aufgrund ihrer verschiedenen Lebensweisen und -stile, ihrer religiösen Zugehörigkeiten und individuellen Praktiken unterschiedliche Bedürfnisse. Der Anspruch von Palliative Care ist es, diesen Bedürfnissen gerecht zu werden und die Menschen kultursensibel zu begleiten. Mit ihm gehen besondere Herausforderungen einher, personeller wie organisatorisch-struktureller Art. Noch stellt die Gruppe der Erkrankten mit Migrationshintergrund eine Minderheit dar, jedoch ist demografisch mit einer deutlichen Zunahme zu rechnen.

Um die Betreuungssituation in der stationären Hospiz- und Palliativarbeit zu optimieren, wurde die vorliegende Handreichung erarbeitet. Sie richtet sich an stationäre Hospiz- und Palliativeinrichtungen. Ihre Grundlage bildet die wissenschaftliche Auswertung eines Fragebogens, die allen stationären Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW zur Beantwortung vorgelegt wurde. In deren Mitte standen Fragen zur Dokumentation kulturspezifisch relevanter Aspekte in der Pflege, aber auch solche wie etwa zu Bereicherung und Belastung oder aber zum Wunsch nach spezifischer Schulung. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Einrichtungen der Palliative Care Unterstützung bei der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund benötigen.

Die Handreichung gliedert sich in ihrem Hauptteil in vier Kapitel. Anke Kayser formuliert hinführend und zugleich umgreifend ihren Rahmen. Transkulturelle Kompetenz zeigt sich dabei als wichtiges Komplement zur palliativen Kompetenz. Andrea



Fotos: mit freundlicher Genehmigung des Zürcher Forums der Religionen, Zürich

Zielke-Nadkarni fasst in ihrem Beitrag in knapper Form die wichtigsten Ergebnisse des ausführlichen Forschungsberichtes zusammen.¹ Sie bilden die Grundlage für die Empfehlungen der Handreichung. Für die Umsetzung der transkulturellen Kompetenz² ist es von Bedeutung, konkrete Instrumente zur Verfügung zu haben, so etwa die transkulturelle Pflegeanamnese. Dazu befinden sich Anamnesebögen für den Erwachsenen- und den pädiatrischen Bereich im Anhang, die Andreas Stähli im dritten Kapitel erläutert. Sie wollen entlang formulierter Fragen zu kulturspezifischen Aspekten in der Betreuung und Begleitung Hilfestellung geben. Anne Artmeyer widmet sich dem bedeutsamen Bereich der Schulung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sie stellt u.a. ein Unterrichtsmodul zur kultursensiblen palliativen Pflege vor. Besonders hinzuweisen ist auf die ausführliche Literaturliste am Ende der Broschüre. Sie sind dem Forschungsbericht von Andrea Zielke-Nadkarni entnommen, verbunden mit den Quellenangaben des Beitrags von Anke Kayser und Anne Artmeyer. ●

¹ Der Bericht kann unter <http://www.johannes-hospiz.de/cms/Akademie/index-a-11.html> und unter <http://drk-westfalen.de/ueber-uns/publikationen/buecher-und-broschueren.html> kostenlos als PDF heruntergeladen werden.

² Die Begriffe transkulturelle Kompetenz, transkulturelle Pflege, interkulturelle Pflege und kultursensible Pflege werden in der Literatur in der Regel synonym verwendet. In dieser Broschüre werden alle drei Begriffe gleichwertig benutzt und unterscheiden sich inhaltlich nicht voneinander.

Transkulturelle Kompetenz in der Palliative Care - Die palliative Betreuung und Begleitung im Kontext soziokultureller und religiös-spirituelle Diversität

Von Anke Kayser

Einleitung

Die Palliative Care richtet sich mit ihren Angeboten an lebensbedrohlich erkrankte Menschen und ihre Angehörigen (WHO 2002), die in ihrer Unterschiedlichkeit die soziokulturelle, schichtbezogene und religiös-spirituelle Diversität unserer gegenwärtigen Gesellschaft widerspiegeln. Dazu zählen auch Patientinnen, Patienten und Gäste mit Migrationshintergrund, die wiederum eine sehr heterogene Gruppe darstellen. Institutionen und Mitarbeitende erleben diese Vielfalt von Patientinnen, Patienten häufig als große Herausforderung. In diesem Kontext ist die transkulturelle Kompetenz eine wichtige Ergänzung zu den professionellen Kompetenzen von Fachpersonen in der Palliative Care (Bühlmann 2010). Sie unterstützt Fachpersonen darin, adäquat mit diesen Herausforderungen umzugehen und schwer kranke Migrantinnen und Migranten in ihrer bio-psycho-sozialen und spirituellen Ganzheit wahrzunehmen.

Ein wichtiger Aspekt der transkulturellen Kompetenz ist, sich die gesellschaftliche Vielfalt (Pluralität von Lebensweisen, Lebenswelten), sowohl im vermeintlich Eigenen als auch im vermeintlich Fremden, bewusst zu machen. Es gibt nicht *die* Migrantin, *den* Migranten, *die* Türkin, *den* Türken, *die* Russin, *den* Russen, *die* Muslima, *den* Muslim etc., genauso wenig wie *die* Deutsche, *den* Deutschen, *die* Christin, *den* Christen. Die Lebenssituationen und Lebensweisen in der Migration sind ganz verschieden, auch innerhalb derselben Herkunftsgruppen (Hannah 2011; Welsch 1999). Fachpersonen sollten vielmehr die Faktoren kennen, die das Leben und die Gesundheit in der Migration beeinflussen.

Für eine chancengleiche Versorgung und Betreuung von Migrantinnen und Migranten benötigen Fachpersonen neben spezifischem Fach- und Hintergrundwissen zusätzliche Instrumente und Ressourcen, die institutionell verankert sein sollten. Eines dieser Instrumente ist die transkulturelle Pflegeanamnese. Sie ermöglicht, die individuelle Situation und die individuellen Bedürfnisse von Patientinnen, Patienten, Gästen mit Migrationshintergrund und deren Angehörigen in einer Palliativsituation zu erheben. Diese Dokumentation bildet eine wichtige Grundlage, um die Prämisse der konsequenten Patientenzentriertheit in der Palliative Care umzusetzen.

Palliative Care im Kontext soziokultureller und spirituell-religiöser Diversität

Welchen Einfluss hat der Migrationshintergrund eines schwer kranken, sterbenden Menschen auf die palliative Betreuung, Begleitung und Beratung? Schaffen wir es, die Betreuung so zu gestalten, dass wir dem Menschen und seinen Angehörigen gerecht werden? Was darf ich in der Pflegeanamnese fragen? Darf ich den Patienten, die Patientin berühren? Gibt es bestimmte Rituale, die ich kennen sollte?

Fachpersonen erleben die Behandlung, Pflege und Begleitung von schwer kranken Migrantinnen und Migranten häufig als spezifisch herausfordernd, weil sie mit Lebenswirklichkeiten und daraus resultierenden Bedürfnissen konfrontiert werden, die ihnen unvertraut sind und ganz anders erscheinen. Wenn noch sprachliche Verständigungsprobleme hinzukommen, können bereits bestehende Unsicherheitsgefühle verstärkt werden.

Die Unsicherheiten auf Seiten der Fachpersonen sind oft verbunden mit Fremdheitsgefühlen. Diese können in der Konfrontation mit anderen Essgewohnheiten der Gäste, mit unbekannten Talismännern, spirituell-religiösen Symbolen sowie Ritualen entstehen. Häufig werden Fremdheitsgefühle durch einen anderen Umgang mit Schmerzen, mit dem Leiden und Sterben ausgelöst. Auch ein vermeintlicher Kontrollverlust beim Trauern, eine unvertraute kollektive Expressivität, die Lautstärke beim Klagen, ein Hin-und-her-Wälzen auf dem Boden etc. führen nicht selten zu Irritationen auf Seiten der Fachpersonen.

Vor diesem Hintergrund äußern Fachpersonen in Weiterbildungen oft das Bedürfnis, ihr Wissen über „Kulturen“ zu erweitern. Der Wunsch nach einem vertieften Hintergrundwissen ist nachvollziehbar und berechtigt, doch ein schematisierendes Kulturen- und Religionswissen kann nur eine Einstiegssicherheit bieten, denn wir pflegen, begleiten und betreuen keine Kulturen oder Religionen, sondern Menschen. Lebensweisen sind immer individuell gefärbt. „Kulturenwissen“ hingegen führt eher zu generalisierenden Vorstellungen und Stereotypisierungen, die der Individualität von Menschen nie gerecht werden können (Gunaratnam 2002; Kayser und Bühlmann 2012; Stähli 2011).

Weitere Wünsche von Fachpersonen resultieren aus strukturellen Bedingungen und fehlenden institutionellen Ressourcen, die ihre Handlungsoptionen einschränken. Dazu zählen beispielsweise bei sprachlichen Verständigungsproblemen die Möglichkeit, professionelle Dolmetschende beiziehen zu können, Räumlichkeiten für größere Besuchergruppen, neutral eingerichtete Räumlichkeiten für spirituell-religiöse Praxen oder separate Räumlichkeiten für Rituale wie religiöse Waschungen und Ähnliches.

Transkulturelle Kompetenz - eine wichtige Ergänzung der palliativen Kompetenzen

Die Transkulturelle Kompetenz (TKK) verlangt wie die Palliative Care nach einer konsequenten Wahrnehmung der individuellen Situation und einem maximalen Respekt vor den individuellen Bedürfnissen der Patientin, des Patienten (Büche 2012; Domenig 2007a: 174). Sie umfasst ein komplexes Bündel von Fähigkeiten, das Reflexionsvermögen und Handlungsfähigkeit von Fachpersonen in unterschiedlichen Interaktions-situationen ermöglicht (Freise 2007: 11). Die transkulturelle Interaktionsfähigkeit stützt sich auf drei Säulen: eine professionelle Selbstreflexion, eine aktive empathische und fragende Haltung, sowie Hintergrund- und Erfahrungswissen (Domenig 2007a: 174 ff.). Für die praktische Umsetzung benötigen Fachpersonen darüber hinaus Ressourcen, Methoden und angepasste Instrumente, wie beispielsweise die transkulturelle Pflegeanamnese (Domenig et al. 2007).

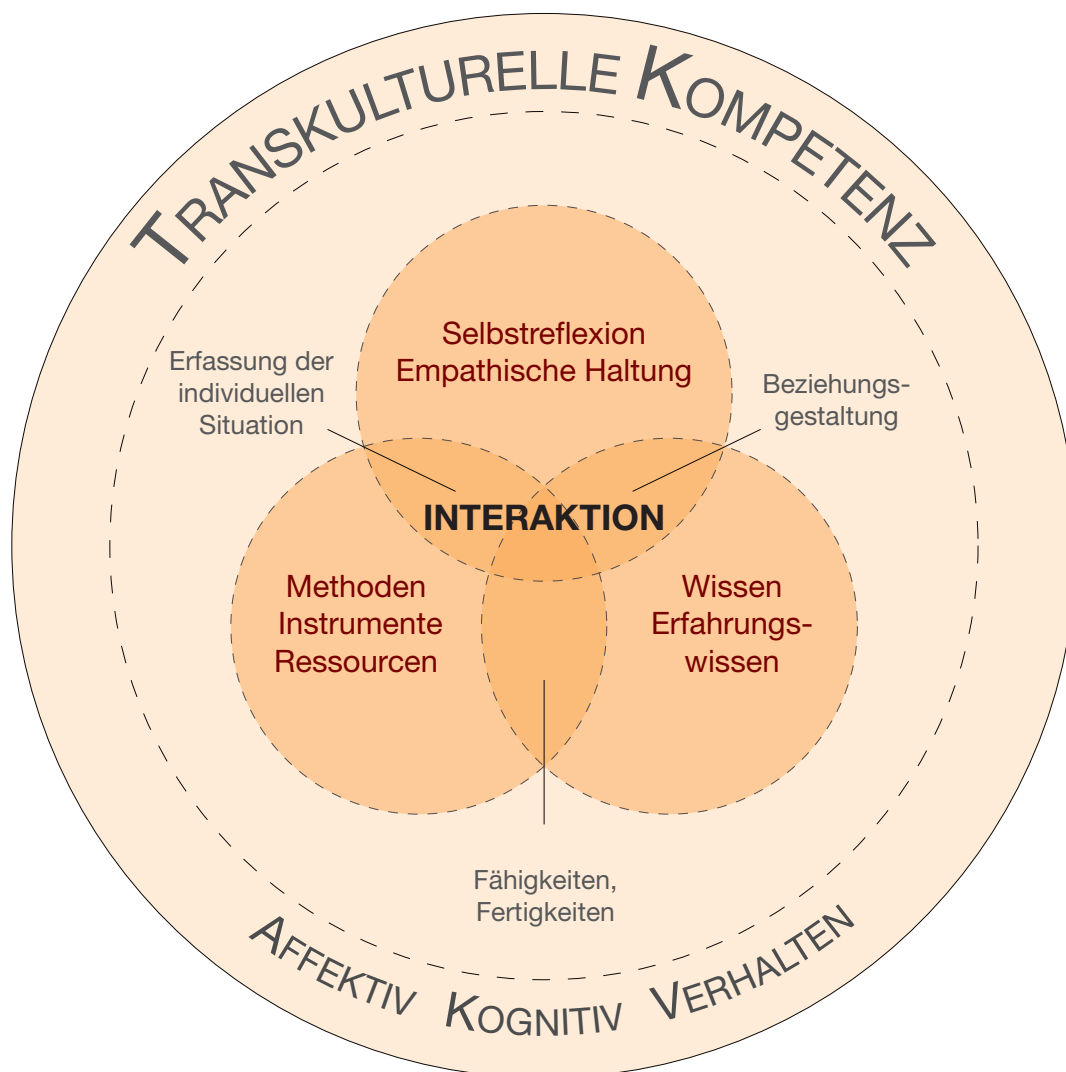


Abb. 1: Transkulturelle Kompetenz,
Quelle: in Anlehnung an Domenig 2007: 175,
modifiziert von Kayser (2013)

Professionelle Selbstreflexion

Transkulturell kompetent zu sein, bedeutet, konsequent zu beachten, dass soziokulturell geprägte Werte und Normen stets relativ sind und entsprechend auch eigene Werte und Normen keine Allgemeingültigkeit besitzen (Kayser 2011). Häufig sind uns aber unsere eigenen soziokulturell geprägten Bezugsschemata, die Werte und Normen, die unser Wahrnehmen, Denken, Beurteilen und Handeln leiten, gar nicht bewusst.

Die unreflektierte Bewertung eines abweichenden Schmerzerlebens und Schmerzausdrucks soll die Bedeutung einer professionellen Selbstreflexion für die Umsetzung der transkulturellen Kompetenz beispielhaft illustrieren:

„Migrantinnen und Migranten gehen anders mit Schmerzen um, sie drücken Schmerzen expressiv aus, und wenn Besuch da ist, klagen sie doppelt so laut.“

In Aus- und Weiterbildungen zu transkultureller Kompetenz äußern Fachpersonen immer wieder ihr diesbezügliches Unbehagen und Unverständnis (Kayser und Bühlmann 2012). Nach wie vor kursieren despektierliche Begrifflichkeiten wie „Mamma Mia Syndrom“ oder „Morbus Bosporus“, die reflektieren, dass der eigene soziokulturell erlernte Umgang mit Schmerzen als Norm in die Bewertung herangezogen wird. Die fehlende professionelle Selbstreflexion führt in der Folge nicht selten zu Vorurteilen und Stereotypisierungen, die eine neutrale Beobachtung und entsprechend individuelle Schmerzeinschätzung bei Patientinnen, Patienten, Gästen mit Migrationshintergrund blockieren (ebenda). Fehlendes Hintergrundwissen, wie z.B. die medizinethnologische Unterscheidung von privatem und öffentlichem Schmerz (Helman 2007: 185-195), das die Bedeutung von Schmerz als Kommunikationsmittel verstehbar macht, verstärkt diese Problematik (Hüper und Kerkow-Weil 2007).

Die Begegnung mit einem schwer kranken Menschen, dessen Art zu denken, zu fühlen und zu handeln einem anderen Bezugsschema als dem eigenen folgt, wird oft als fremd erlebt. Das Fremde irritiert, verunsichert und stört die Alltagsroutine. Professionelle Selbstreflexion bedeutet, diese Irritation erstens als solche überhaupt zu erkennen und nicht einfach eine Kulturschublade mit stereotypen Bildern und Vorurteilen zu öffnen (Kayser und Bühlmann, 2012). In einem zweiten Schritt bedeutet es, mit den Gefühlen der Fremdheit und den Irritationen konstruktiv umzugehen (Domenig 2007: 176).

Hintergrundwissen und narrative Empathie

Das für die Transkulturelle Kompetenz relevante Hintergrundwissen ist explizit kein rezeptbuchartiges „Kulturenwissen“. Fachpersonen sollten einerseits die Faktoren kennen, die das Leben und die Gesundheit in der Migration beeinflussen (Bühlmann 2010). Prä- und postmigratorische Stressoren können in einer palliativen Situation

nochmals eine große Bedeutung erhalten, insbesondere im Zusammenhang mit der Bilanzierung des Migrationsprojektes im biografischen Rückblick des schwer erkrankten Menschen. Aber auch im Hinblick darauf, dass der Gast vielleicht ein Trauma oder sehr belastendes Lebensereignis überhaupt zum ersten Mal noch ansprechen möchte.

Andererseits bieten übergeordnete Konzepte und Erfassungsinstrumente aus der Soziologie, der Ethnologie und der Psychologie wertvolles Hintergrundwissen und können mit dem Fach- und Erfahrungswissen aus der Palliative Care verknüpft werden. Dazu zählen beispielsweise¹:

- Kenntnisse über angepasste Kommunikation im Migrationskontext. Diese umfassen nicht nur Möglichkeiten zur Überwindung von verbalen Kommunikationsbarrieren wie die Zusammenarbeit mit Dolmetschenden oder den Einsatz von mehrsprachigem Informationsmaterial oder angepassten Instrumenten (Schmerzskalen, z.B. Wong Baker Pain Rating Scale, Dolometer, Bildertafeln) (Bühlmann und Stauffer 2007). Ebenso wichtig ist die Auseinandersetzung mit der Bedeutung des Nonverbalen und der leiblichen Kommunikation sowie mit dem Einfluss von Individuum- und Soziozentriertheit auf die Kommunikation (Uzarewicz 2007).
- Subjektive Krankheits- und Gesundheitskonzepte, die von soziokulturellen Aspekten beeinflusst werden. Ein hilfreiches Instrument ist das Erheben der illness-Perspektive nach Arthur Kleinman (1980). Die illness-Perspektive ist die Perspektive der Patientin, des Patienten auf das individuelle Kranksein. Sie schliesst die psychische, soziale und kulturelle Ebene ein (Zielke-Nadkarni 2007). Die Fragen befassen sich mit den individuell angenommenen Krankheitsursachen, Sorgen und Ängsten des kranken Menschen, mit den psychosozialen Auswirkungen der Krankheit sowie mit den Möglichkeiten und Wünschen in der Behandlung und Betreuung. Die familiäre Perspektive wird ebenso eingeschlossen.
- Hintergrundwissen zu Religionen, religiösen und spirituellen Alltagspraktiken und deren Einflüssen auf bestimmte Lebensbereiche wie Ernährung, Hintergrundwissen zu Ritualen (Sterbe- und Trauerritualen), Gebeten, Umgang mit Verstorbenen, Waschungen, Bestattungsformen etc.; der Einfluss von Migration auf einen möglichen Wandel dieser Praxen (Baumgartner Biçer 2007).
- Die Bedeutung von Individuum- und Familienzentriertheit (Soziozentriertheit) für den Umgang und die Begleitung eines schwer kranken und sterbenden Menschen durch die Angehörigen, beispielsweise Anzahl und Häufigkeit der Besucher, expressive Trauer, die im Kollektiv gelebt wird, Entscheidungsfindung in schwierigen Situationen, Ansprechpersonen (Domenig 2007c; Uzarewicz 2007).

Ein vertieftes migrationsspezifisches Fach- und Hintergrundwissen, auch über wichtige soziokulturelle und religiöse Aspekte, gibt Sicherheit und Orientierung. Vor al-

¹ Für eine detaillierte Übersicht siehe Domenig 2007a: 176f..

Ihm aber ermöglicht es Fachpersonen, den Patientinnen und Patienten, Gästen mit Migrationshintergrund gezielt Fragen zu stellen. Fachpersonen können und müssen nicht alles über z.B. religiöse Hintergründe und spezielle Rituale wissen. Zudem unterscheidet sich die religiöse Alltagspraxis auch bei Menschen, die dem gleichen Glauben angehören, zum Teil beträchtlich. Nachfragen ist im Zweifelsfall besser als Wissen.

Narrative Empathie

Eine offene empathische Haltung ist eine wichtige Bedingung für die gelebte transkulturelle Kompetenz und ermöglicht zudem den Perspektivenwechsel. Sich einzulassen auf eine zum Teil unvorstellbar andere Lebenswirklichkeit, ist für Fachpersonen oft eine große Herausforderung. Mit Hilfe des Perspektivenwechsels können Fachpersonen üben, die Situation und das Erleben aus der Sicht der Patientin, des Patienten (und auch der Angehörigen) zu betrachten, ohne dabei die eigene Position zu verlieren oder aufzugeben.



Palliative Care und Transkulturelle Kompetenz verbindet eine fragende Haltung, die versucht, die individuellen Bedürfnisse des kranken Menschen zu ergründen (Domenig 2007a; Eychmüller 2012). Fragen lösen Narrationen aus. Nur durch dieses Erzählen können Fachpersonen die individuellen Lebenswelten und Lebensweisen von Patientinnen und Patienten sowie daraus resultierende Bedürfnisse erfassen, verstehen und in der palliativen Begleitung und Betreuung berücksichtigen.

Instrumente, Ressourcen und Methoden

In Weiterbildungen zu transkultureller Kompetenz zeigt sich, dass Fachpersonen oftmals bereits über migrationsspezifisches Wissen, auch Erfahrungswissen verfügen. Eine befriedigende Umsetzung in die Alltagspraxis scheitert jedoch häufig daran, dass die institutionellen Rahmenbedingungen nicht genügend migrationsgerecht ausgestaltet sind und somit diese mangelhafte Strukturqualität (Cottier 2012) zu unbefriedigenden Prozessen und Ergebnissen in der Behandlung, Pflege und Begleitung von Migrantinnen und Migranten führt.

Damit Fachpersonen transkulturell kompetent handeln können, benötigen sie neben den beschriebenen affektiven und kognitiven Fähigkeiten und dem Hintergrundwissen auch Ressourcen sowie angepasste Instrumente und Methoden. Dazu zählen beispielsweise übersetztes und angepasstes Informationsmaterial, die Möglichkeit Dolmetschende beizuziehen, die institutionelle Vernetzung mit Migrantenvereinen und religiösen Gemeinschaften sowie migrationsspezifische Instrumente.

Eines dieser Instrumente ist die transkulturelle Pflegeanamnese (Domenig et al. 2007; Kayser 2011). Sie unterstützt die Pflegefachpersonen darin, die individuelle Situation und die individuellen Bedürfnisse von Patientinnen, Patienten, Gästen mit Migrationshintergrund und deren Angehörigen in einer Palliativsituation zu erheben. Dabei können auch Methoden der palliativen Begleitung wie z.B. biografisches Arbeiten (Genogramm, Biografieblatt), Wünsche für das Lebensende oder Anregen der Sinne eingesetzt werden (Seeger 2010). Die transkulturelle Pflegeanamnese ist eine wichtige Grundlage, um die Prämisse der konsequenten Patientenzentriertheit in der Palliative Care (Büche 2012) umzusetzen.

Schlussbemerkung

Transkulturelle Kompetenz ist eine Querschnittsaufgabe (Handschuck und Schröer 2012: 59-76). Die Qualität der Versorgung wird im Migrationskontext einerseits durch den Grad des migrationsspezifischen Wissens der Fachpersonen sowie von ihrer Haltung gegenüber der Zielgruppe bestimmt (Kayser und Bühlmann 2012). Erfahrungen zeigen jedoch, dass die individuelle transkulturelle Kompetenzerweiterung von Fachpersonen nicht zwangsläufig zu nachhaltigen Veränderungen im Arbeitsfeld führt. Die Entwicklung und Förderung von transkultureller Kompetenz in Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens sollte integrativ auf mehreren Ebenen stattfinden (Handschuck und Schröer 2012: 59-76). So muss auf der Leitungsebene ein Commitment zum transkulturellen Wandel bestehen, um bestehende Angebote auch migrationsgerecht zu gestalten. Die Institutionen sind gefordert, migrationsspezifische strukturelle Anpassungen vorzunehmen, angepasste Instrumente zu entwickeln, zu implementieren und die notwendigen zusätzlichen Ressourcen zu Verfügung zu stellen. ●

Zusammenfassende Darstellung des Forschungsberichtes

Von Prof. Dr. Andrea Zielke-Nadkarni

Hintergrund

Um die anspruchsvolle Betreuungssituation in der stationären Hospiz- und Palliativarbeit optimieren zu können, wurde mittels einer Literaturanalyse wie auch einer Bedarfsanalyse zur Dokumentation die gegenwärtige Versorgung von Migranten/-innen erhoben. Die Bedarfsanalyse erfolgte auf der Grundlage von Fragebögen, die allen stationären Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW zugesandt wurden.

Der Gegenstand des Projekts, die *Beforschung der Palliativbetreuung von Menschen mit Migrationshintergrund*, setzt eine zumindest kurze Begriffsklärung voraus. Die Menschen, um die es in dieser Studie geht, lassen sich als Gesamtklientel in drei Hauptgruppen unterteilen:

1. „Seit 1955 im Rahmen von Anwerbeverträgen aus den Mittelmeerländern Zugewanderte, die als ‚Gastarbeiter‘ ursprünglich nur wenige Jahre bleiben sollten
2. Menschen aus den (...) GUS-Staaten (Aussiedler/-innen, Spätaussiedler/-innen, d. V.)
3. Politische Flüchtlinge, Asylsuchende und Kontingentflüchtlinge“ (Grammatico 2008: 10). Die Kontingentflüchtlinge sind in erster Linie Juden aus der GUS, von denen von 1991-2004 insgesamt rd. 230.000 Personen nach Deutschland kamen (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2012).

2010 lebten in Deutschland rd. 15.750.000 Personen mit Migrationshintergrund, im Folgenden kurz Migranten/-innen genannt, von denen 1.409.000 älter als 65 Jahre waren (Statistisches Bundesamt 2012a). Besonders der Palliativpflegebedarf der 1. Gruppe wird künftig steigen.

Ziel der Literaturanalyse ist daher zu zeigen, was die Fachliteratur an Informationen zur Versorgung von Migranten/-innen beitragen kann.

Ziel der Befragung ist die Erhebung erster Zahlen zu Nationalität und Religionszugehörigkeit von Migranten/-innen in der Palliativversorgung in NRW und eine erste Ist-Analyse zur kultursensiblen Dokumentation von Palliativpflege. Die daraus resultierende Bedarfsanalyse ist Grundlage von Empfehlungen für die Pflege.

Resümee der Literaturanalyse

Methode

Im Rahmen einer internetbasierten Literaturrecherche wurde mit den Begriffen Palliativpflege, Migranten, Hospiz, Sterben bzw. palliative care, migrants, hospice, end-of-life-care, dying in verschiedenen Kombinationen in den nachstehenden Fachdatenbanken gesucht. Die Trefferzahlen stehen jeweils in Klammern, wobei die erste Zahl die Gesamtzahl der Treffer meint, die zweite die Anzahl der genutzten Beiträge: CareLit (1/1), Springer E-Books (118/4), CINAHL (762/1), Bibnet.org (2/2). Zur Recherche der Literatur zu Kindern und Jugendlichen wurden die Begriffe children, hospice, migrants eingegeben und folgende Treffer erzielt: CINAHL (0/0), palliative care, children, migrants: CINAHL (2/0), dying children, migrants (CINAHL 1/0), Palliativpflege, Kinder CareLit (1/0), Sterben, Migranten, Migrantenkinder (CareLit 1/0), Springer E-Books (22/0). Des Weiteren wurden Literaturhinweise in einzelnen Beiträgen und im Fachzeitschriften- und Buchbestand (Printmaterial und elektronisch) der Fachhochschule Münster und der Akademie am Johannes-Hospiz Münster recherchiert.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 943 Artikel und Bücher gefunden, die jedoch überwiegend nicht zielführend waren. Ausschlussgründe waren inhaltlicher Art (z.B. für Erwachsene: Migranten/-innen als Familienpflegende im Ausland; für Kinder/Jugendliche: Kinder mit AIDS in Südafrika), oder Artikel betrafen eingereichte Abstracts für Fachkonferenzen bzw. Poster.

In die Untersuchung eingeschlossen wurden letztlich 57 Quellen, wobei deskriptive Aufsätze und Erfahrungsberichte überwiegen. Die wichtigste Überblicksarbeit (Metaanalyse) zur Palliativversorgung von Migranten/-innen in Deutschland bieten Henke und Thuss-Patience (2012). Zur *Palliativpflege von Kindern/Jugendlichen mit Migrationshintergrund* waren keine spezifischen Quellen vorhanden. Die im Kontext Palliative Care von Migranten/-innen relevanten Themen werden im Folgenden zusammenfassend dargestellt.

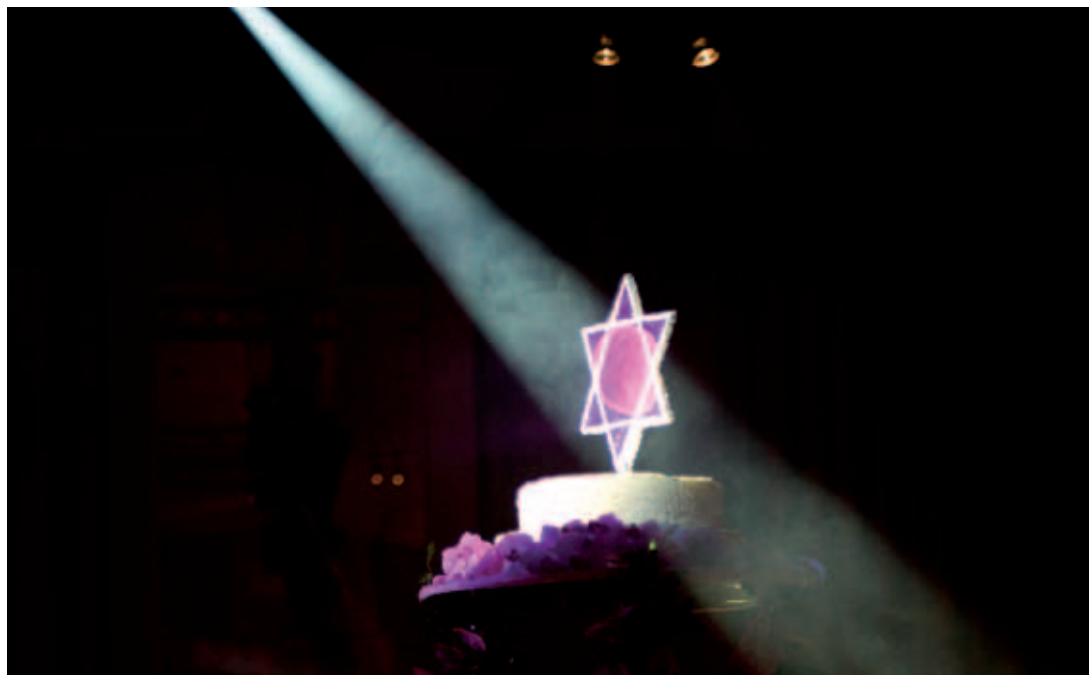
Palliativpflege

Aufschlussreiche Informationen zu Hospizen und Palliativpflege in 26 afrikanischen Staaten geben Wright und Clark (2006). Urban (2011) stellt knapp die Palliativpflege von Mormonen, Rastafari, Russlanddeutschen, Sinti und Roma, Jehovas Zeugen, Chinesen u.a. wie auch mit Angehörigen der fünf Weltreligionen dar. Die extrem knappe Darstellung von Neuberger (2009) umfasst Angehörige afrikanischer und afrokaribischer Traditionen, Sikhs und Japaner. Die beiden letztgenannten Werke bergen jedoch die Gefahr der Typisierung und bieten nur eine erste Orientierung. Grammatico

(2008) zeigt u.a. die geringe Anzahl von Migranten/-innen in Palliativeinrichtungen auf, die von Coupland et al. (2011) und Evans et al. (2012) auch für Großbritannien festgestellt wird. – Shanmugasundaram und Connor (2009) analysieren Schwierigkeiten der Palliativpflege mit indischen Patienten/-innen in Australien. – Ein gesundheitsförderndes Konzept der Palliativpflege stellen Haraldsdottir et al. (2010) vor, das holistische, individualistische und partizipatorische Ansätze verbindet.

Spiritualität / Religion

Spiritualität und Religiosität angesichts des Todes spielen auch in der Literatur eine besondere Rolle. Dörschug (2011a), Lewkowicz und Zielke-Nadkarni (2011), Offermanns (2010) stellen den Zusammenhang von Leben und Tod aus der Perspektive verschiedener Religionen dar, als Überblicksdarstellung Dörschug (2011a, 2011b), für den Buddhismus Ostenrath (2008), Saalfrank (2009), Fiedler-Löffelholz (2011), für den Islam Elibol (2009), Bischof (2009), Dt. Hospiz- und Palliativverband e.V. (2011), Dörschug (2011b). Johnner (2010) beschreibt Erfahrungen mit jüdischen Gästen, allerdings ohne zwischen den verschiedenen Glaubensausprägungen (orthodox bis Reformjudentum) zu differenzieren, was pflegerelevant wäre. – Dass gelebte Spiritualität individuelle Formen mit Elementen verschiedener Religionen beinhalten kann, belegt eindrücklich Stähli (2011) an konkreten Fallbeispielen.



Zur Spiritualität gehören auch Rituale im weitesten Sinne. Umfangreich informiert hierzu das Buch von B. Heller (2012), das Palliativpflege und medizinethische Aspekte auch kritisch betrachtet. Komparativ beschreiben Assmann et al. (2007) Trauerrituale ausgewählter Kulturkreise (Südasiens, westliche Länder, Ägypten und Alter Orient). – Türkis et al. (2012) betrachten die Veränderung islamischer Trauerrituale nach der

Migration. Bischof (2009) offeriert Konzepte für eine kulturkompetente Trauerbegleitung von Muslimen/-innen. – Voigt und Reuter (2009) berichten über Rituale und die Schwierigkeiten des Pflegepersonals im Umgang mit der Sterbesituation eines Sinto in einem deutschen Krankenhaus.

Kommunikation

Mit Fragen der Kommunikation befassen sich z.B. Bourquin et al. (2010), die zwischen verschiedenen Funktionen von Dolmetschern unterscheiden. Grammatico (2008: 41) thematisiert migrationsbedingte Entwurzelung, Rückkehrillusion und Armut als wichtige Gesprächsaspekte in der psychosozialen Betreuung. Weiss (2010) verweist auf leicht verständliche, illustrierte Sprachführer auf Albanisch, Serbisch, Kroatisch, Bosnisch, Portugiesisch, Spanisch, Türkisch, Deutsch, Französisch und Italienisch, zu finden unter www.krebsliga.ch/migranten. – Einzelfragen diskutieren Oestmann (2011) und Radbruch et al. (2010). Büche (2010) beschreibt eine spirituelle Art des Zuhörens, die nicht verstehend sein müsse oder könne. Dies mag es Pflegenden erleichtern, mit fremdem Gedankengut (z.B. der Angst vor bösen Geistern) einfühlsam umzugehen. Schmid und Eglin (2010) bieten konzeptionelle Hinweise für ein individuell-spirituelles Assessment. Proserpio (2010) fordert auf der Basis spiritueller Kompetenz, gemäß der Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations, früh einsetzende spirituelle Hilfen. – Kommunikative Konfliktsituationen beschreiben Ilklic (2008), Giger et al. (2006), Erim (2009), Balikci (2010), Kai et al. (2011).

Wo verbale Kommunikation nicht möglich ist, beschreibt Hess-Cabalzar (2007) Wege eines offenen, empathischen und verständnisvollen Mitschwingens mit dem Patienten, ähnlich wie Renz' (2010) Arbeit mit Grenzerfahrungen durch Eingehen auf Mimik, Gestik und Laute.

Schmerz

Die Forschungslage zu Schmerzen von Migranten/-innen in der Palliativsituation ist äußerst defizitär. Schmerz hat viele Dimensionen, aber er kann oft verbal nicht adäquat mitgeteilt werden, und non-verbale Schmerzäußerungen werden leicht missverstanden oder aus ethnozentrischer Perspektive betrachtet („Mama Mia Syndrom“, Malin 2010). Grundsätzlich ist die Schmerzschwelle universal, also bei allen Menschen sehr ähnlich, dagegen sind Schmerztoleranz und -ausdruck individuell und soziokulturell geprägt (Hüper und Kerkow-Weil 2007).

Soziokulturelle Besonderheiten

Verschiedene Artikel befassen sich mit soziokulturellen Besonderheiten: so mit Meditation als alternativer Medizintechnik in Thailand (Fiedler-Löffelholz 2011), dem Butō-Tanz zur Trauerbewältigung in Japan (Weiss 2012a, 2012b), wo Gefühle wie Trauer /

Wut mit sozialer „Sprachlosigkeit“ belegt sind, um andere nicht zu belasten (Kerkovius und Kerkovius 2010). Im Gegensatz dazu ist die Totenwache („wake“) in Irland ein tröstendes und teilweise fröhliches Ritual (Lenzer 2012). – Aus soziokulturellen Besonderheiten können kulturelle Missverständnisse entstehen, insbesondere bei gegenseitigem Misstrauen und mangelnder Flexibilität, wie z.B. bei einem Krankenhausaufenthalt eines Sinto (Voigt und Reuter 2009).

Gemeinsamkeiten

Henke und Thuss-Patience (2012: 194) zitieren Duffy et al. (2006), die Gemeinsamkeiten von Patienten mit Migrationshintergrund erheben. Einen hohen Stellenwert haben „Wohlbefinden und Schmerzfreiheit“, „gute Kommunikation zwischen Patient und Arzt“, „Aufrechterhaltung der Hoffnung“, „Achtung der eigenen Spiritualität und des Glaubens“, „stabile Beziehungen“, „Pläne gestalten“ und „Abschied nehmen“. Ähnlich: Bosma et al. (2010).

Soziokulturelle, gruppenbezogene Faktoren versus Individualität

Ein individueller Zugang zu den Bedürfnissen eines Gastes kann nicht genug betont werden (Duffy et al. 2006; Stähli 2011). Perspektiven auf Sterben und Tod sind biographisch gebunden. Wie Heller (2012: 257) betont, erhält die „individuelle Infragestellung von kulturellen und religiösen Verhaltensmustern (...) zu wenig Raum“. In diesem Kontext sind Faktensammlungen zu religiösen Einstellungen etc. (häufig für Schulungen genutzt) kritisch in den Blick zu nehmen. Gunaratnam (2012: 258) nennt hier insbesondere drei Problematiken:

1. die Festschreibung religiöser und kultureller Praktiken, die der Eigendynamik kulturell-religiöser Modifikationsprozesse, Uneindeutigkeiten und Widersprüche entgegensteht. (Gunaratnam 2012: 262 ff.), 2. den damit verbundenen Reduktionismus: „Die Beziehungen zwischen individueller Identität, sinngebenden Rahmenbedingungen und kulturellen Zusammenhängen werden (...) deterministisch abgebildet“ (Hutnik 1991, zit. n. Gunaratnam 2012: 267), 3. das Außer-Acht-Lassen struktureller und berufsbezogener Machtverhältnisse.

Fort-/Weiterbildung

Adam und Stülb (2006) entwickeln ein Fortbildungsmodul zu Sterben, Tod und Trauer für die Arbeit mit Migranten/-innen und multikulturelle Teams. Bekannt ist die transkulturelle Pflegeanamnese nach Domenig et al. (2007: 301 ff.), auf die sich auch Kayser (2011) bezieht. – Flaiz (2009) stellt ein interkulturelles Pflegekonzept für die Begleitung türkischer Gäste vor. – Mit transkultureller Kompetenzerweiterung setzen sich pädagogisch Sprung (2007) und Stanjek (2007) auseinander.

Fazit

Wie die Literaturanalyse zeigt, gibt es wenige Studien zu den *Bedürfnissen von Migranten/-innen in der Palliativpflege* und deren Berücksichtigung wie auch zur *Dokumentation* palliativpflegerischer Tätigkeiten. Demographisch ist jedoch mit einer Verdoppelung pflegebedürftiger Migranten/-innen von mehr als 65 Jahren in den nächsten Jahren zu rechnen. – Die soziokulturelle Vielfalt dieses Klientels bedeutet eine Bereicherung wie auch eine Herausforderung für die Palliativeinrichtungen. Häufig sind die Mitarbeiter/-innen für eine transkulturelle Pflege nur unzureichend geschult, wenig fortgebildet und im Alltag überfordert. Strukturell-organisatorische Voraussetzungen für eine kultursensible individuelle Palliativpflege sind nicht immer vorhanden. Eine Ist-Erhebung zur Versorgungssituation und Dokumentation erscheint daher überfällig.

Auswertung der Fragebögen

Die Literaturlage zur Palliativpflege der Erkrankten ist defizitär und die Erfahrung zeigt, dass die verwendeten Dokumentationssysteme den Umfang und Bedarf an Daten für die palliative Versorgung der Zielgruppe nur unzureichend widerspiegeln. Dokumentation ist jedoch das Instrument, das pflegerische Entscheidungen für den einzelnen Gast² begründet und Grundlage von Qualitätsprüfungen ist. Es ermöglicht eine lückenlose Leistungserfassung und macht die – auch soziokulturellen – Anforderungen an Pflege deutlich. Die Ergebnisse unseres Projekts zeigen, dass die gegenwärtige Dokumentationspraxis ergänzungsbedürftig ist. Der vollständige Forschungsbericht kann unter <http://www.johannes-hospiz.de/cms/Akademie/index-a-11.html>; <http://drk-westfalen.de/ueber-uns/publikationen/buecher-und-broschueren.html> als PDF kostenlos heruntergeladen werden.

Methode

Die Bedarfsanalyse bezog alle *stationären Hospize und Palliativstationen in NRW* ein, einschließlich der für Kinder und Jugendliche (n = 101), ohne den ambulanten Bereich. Nachstehend ist nur noch von „Hospizen“ und „Palliativstationen“ die Rede. Verwendet wurde ein quantitatives Design (standardisierter Fragebogen) mit geschlossenen und offenen Fragen soziokultureller Ausrichtung für Gäste mit Migrationshintergrund, der 12 Hauptuntersuchungsaspekte mit 72 Unterpunkten zu vielen Betreuungsinhalten und ihrer Dokumentation enthielt. Er wurde auf der Basis der Literaturanalyse, sonstiger Literatur zur Pflege von Migranten/-innen und Erfahrungen der beteiligten Forscher erstellt. Die Auswertung erfolgte mittels SPSS.

Die 12 Hauptuntersuchungsaspekte umfassen: Ernährung, Körperpflege, Umgang mit Stress, Symptombeobachtung am Beispiel Schmerz, individuelle Krankheitserklärun-

² „Gast“ meint im Folgenden den/die Bewohner/-in eines stationären Hospizes.

gen, Krankheitsvorgeschichte, erfolgreiche bzw. erfolglose Bewältigungsstrategien von Gast und Angehörigen, Kommunikation, (Migrations-)Biographie des erkrankten Menschen, soziales Netz, Religion und Sterben / Tod.

Von 101 an Leitungspersonen, Mitarbeiter/-innen und Ärzte/-innen in Hospizen und auf Palliativstationen versandten Fragebögen wurden 37 ausgefüllt zurückgeschickt. Von 56 an Hospize versandten Bögen kamen 24 zurück, davon 2 von insgesamt 3 Kinderhospizen sowie einer pädiatrischen Palliativstation für Kinder und Jugendliche, und 13 von 45 an Palliativstationen versandte Bögen. Dies ergibt eine Rücklaufquote von 37,37%.

Ergebnisse

Von den Ergebnissen werden schwerpunktmäßig die demographischen Daten, Daten zur Dokumentation religiöser Aspekte, zu Sterben / Tod und zu den Gefühlen der Befragten von Belastung und Bereicherung im Rahmen kultursensibler Betreuung dargestellt. Zusammenfassend wird über Differenzen zwischen Hospizen und Palliativstationen berichtet, und es werden praxisrelevante Schlussfolgerungen gezogen.

Demographische Daten

Von den 37 befragten Leitungspersonen/Mitarbeitenden arbeiten 22 in einem Hospiz, 2 in einem Kinderhospiz und 13 auf einer Palliativstation. Die Teilnehmer/-innen waren zwischen 31 und 61 Jahren alt, die Mehrzahl der Befragten (27 Personen) ist zwischen 41-55 Jahre alt. Sie bringen eine große Bandbreite an Ausbildungen und Zusatzqualifikationen mit; 50% haben eine Berufserfahrung von 6-10 Jahren.

Die Tabellen 1a/1b geben einen Überblick über die **Herkunft der Gäste/Erkrankten** mit Migrationshintergrund und ihre **Religionszugehörigkeit** aus den Jahren 2010-2011. Dabei wird zwischen Erwachsenen und Kindern/Jugendlichen sowie zwischen genauen Angaben der Einrichtungen und Schätzungen unterschieden. Hinter der jeweiligen Gesamtzahl aus den Herkunftsländern wird in Klammern noch einmal nach Religionszugehörigkeit differenziert.

Tab. 1a: Herkunft der erwachsenen Gäste und Religionszugehörigkeit von 2010-2011

Herkunft	Genaue Anzahl		Geschätzte Anzahl		Gesamt
Türkei	61	60 MU, 1 AL	87	59 MU, 28 OR	148
Russland	23	1 OR, 22 RO	118	61 OR, 55 RO, 1JU, 1 EV	141
Polen	4	4 KA	83	22 OR, 34 KA, 27 CH	87
Weißrussland	-		20	20 RO	20
Andere muslimische Länder	-		10	6 MU, 4 JU	10
„Jugoslawien“	-		7	7 MU	7
Kroatien	2	1 CH, 1 OR	4	3 KA, 1 OR	6
			5	Zeugen Jehovas	5

Griechenland	2	2 GO	1	1 GO	4
Thailand	4	4 BU	-		4
Albanien	-		3	3 MU	3
Marokko	-		3	1 OR, 2 MU	3
Spanien	2	1 KA, 1 OR	1	1 KA	3
Afghanistan	1	1 MU	1	1 MU	2
Bosnien	2	2 OR	-		2
Großbritannien	-		2	2 OR	2
Indien	1	1OR	1	1 CH	2
Iran	-		2	1 EV, 1 OR	2
Italien	-		2	2 OR	2
Kongo	1	1 CH	1	1 KA	2
Rumänien	-		2	2 OR	2
Vietnam	2	2 KA	-		2
„Afrika“	-		1	1 OR	1
China	1	1 DA	-		1
Ghana	1	1 OR	-		1
Israel	-		1	1 JU	1
Jordanien	1	1 MU	-		1
Nigeria	1	1 CH	-		1
Pakistan	-		1	1 OR	1
Schweden	-		1	1 OR	1
Tunesien	1	1 MU	-		1
Ukraine	-		1	1 UO	1
Gesamtzahl: 469					

Legende: CH=Christen, KA=Katholiken, EV=Evangelen, MU=Muslime, AL=Aleviten, JU=Juden, GO=Griechisch-Orthodoxe, DA=Daoisten, OU=Ukrainisch-Orthodoxe, RO=Russisch-Orthodoxe, BU=Buddhisten, OR=ohne Religionsangabe

2011 lebten in NRW rd. 1.825.000 Menschen ausländischer Herkunft (Statistisches Bundesamt 2012b). Tabelle 1a zeigt die große Bandbreite an Herkunftsländern und Religionszugehörigkeiten der erwachsenen Gäste und Patienten/-innen in der Palliativpflege, aber auch, wie sehr **erwachsene Migranten/-innen** auf Palliativstationen und in Hospizen NRW **unterrepräsentiert** sind.

Tab. 1b: Herkunft der Kinder und jugendlichen Gäste mit Religionszugehörigkeit von 2010-2011

Herkunft	Genauere Anzahl		Geschätzte Anzahl		Gesamt
Türkei	16	16 MU	12	11 MU, 1 JE	28
Naher Osten	17	17 MU	-		17
Polen	7	7 KA	-		7
Italien	7	7 KA	-		7
Griechenland	3	3 GO	1	1 GO	4
Albanien	-		1	1 MU	1
Irak	-		1	1 MU	1
Gesamtzahl: 65					

Legende: MU=Muslime, KA=Katholiken, GO=Griechisch-Orthodoxe, JE=jesidisch (Christl.-Kaldäisch)

Ein etwas anderes Bild ergibt sich in den **Kinderhospizen** (Tab. 1b): in 2 von insgesamt 37 Einrichtungen waren in den Jahren 2010-2011 immerhin 65 Kinder und Jugendliche, vornehmlich muslimischen Hintergrunds (n=47), untergebracht, d.h. rd. 14% von 469 (siehe Tabelle 1a) in rd. 5% der 37 Einrichtungen.

Religion

Die Bedeutung der Religion für die Palliativpflege von Migranten/-innen wurde unter den Gesichtspunkten der Dokumentation der religiösen Überzeugungen des/der Erkrankten, der bisher gelebten religiösen Praxis, der diesbezüglichen religiösen Wünsche und Gebetszeiten, der Kontaktdaten von Gemeinde bzw. religiöser Gemeinschaft und der religiösen Festtage erhoben.

Tab. 2: Dokumentation religiöser Aspekte

Religiöse Überzeugungen des Erkrankten						
Einrichtung	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Hospiz	0 0,0%	3 13,6%	0 0,0%	4 (1) 18,2%	15 (1) 68,2%	22 (2) 100,0%
Palliativstationen	0 0,0%	0 0,0%	1 9,1%	2 18,2%	8 72,7%	11 100,0%

Bisher gelebte religiöse Praxis*						
Einrichtung	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Hospiz	0 0,0%	4 16,7%	2 8,3%	4 (1) 16,7%	14 (1) 58,3%	24 (2) 100,0%
Palliativstationen	1 7,7%	2 15,4%	3 23,1%	6 46,2%	1 7,7%	13 100,0%

Diesbezügliche religiöse Wünsche des Erkrankten*						
Einrichtung	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Hospiz	0 0,0%	0 0,0%	3 (1) 12,5%	4 16,7%	17 (1) 70,8%	24 (2) 100,0%
Palliativstationen	1 7,7%	2 15,4%	2 15,4%	5 38,5%	3 23,1%	13 100,0%

Gebetszeiten*							
Einrichtung	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	K. Angabe	Gesamt
Hospiz	2 8,3%	3 12,5%	5 (1) 20,8%	3 (1) 12,5%	10 41,7%	1 4,2%	24 (2) 100,0%
Palliativstationen	4 30,8%	1 7,7%	3 23,1%	3 23,1%	2 15,4%	0 0,0%	13 100,0%

Kontaktdaten der Gemeinde/religiösen Gemeinschaft, in die der Erkrankte eingebunden ist							
Einrichtung	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	K. Angabe	Gesamt
Hospiz	1 4,6%	1 4,6%	4 (1) 18,2%	8 (1) 36,4%	7 31,8%	1 4,6%	22 (2) 100,0%
Palliativstationen	0 0,0%	3 27,3%	4 36,4%	4 36,4%	0 0,0%	0 0,0%	11 100,0%

Religiöse Festtage*							
Einrichtung	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	K. Angabe	Gesamt
Hospiz	3 12,5%	5 20,8%	1 (1) 4,2%	4 (1) 16,7%	10 41,7%	1 4,2%	24 (2) 100,0%
Palliativstationen	6 46,2%	2 15,4%	2 15,4%	2 15,4%	0 0,0%	1 7,7%	13 100,0%

Legende: (x) = davon x Kinderhospize; * = Antworten aus 4 Pretests wurden mit in die Auswertung hineingenommen

19 Hospize und 10 Palliativstationen dokumentieren *die religiösen Überzeugungen des Erkrankten* häufig oder immer, 6 Hospize tun dies selten, 1 Palliativstation tut dies manchmal. Beide Kinderhospize dokumentieren dies häufig bzw. immer. – Dieses Ergebnis für die Hospize überrascht, spielt doch die Religion gerade in der Endphase des Lebens eine zentrale Rolle.

18 Hospize und 7 Palliativstationen dokumentieren *die bisher gelebte religiöse Praxis des Gastes* häufig bzw. immer, aber immerhin 6 Hospize dokumentieren dies selten bis manchmal und 6 Palliativstationen nie bis manchmal. Beide Kinderhospize dokumentieren dies häufig bzw. immer.

21 Hospize, aber nur 8 Palliativstationen dokumentieren *religiöse Wünsche* des Erkrankten häufig bzw. immer. Beide Kinderhospize dokumentieren dies manchmal bzw. immer. – Da religiöse Praktiken und Wünsche variieren, ist eine bloße Dokumentation der Religionszugehörigkeit für pflegerische Zwecke unzureichend. Hier sei auch auf Kalender verwiesen, die die Festtage der großen Religionen beinhalten, da religiöse Festtage für Gäste bedeutungsvoll sind.

Nur 13 Hospize und 5 Palliativstationen dokumentieren *Gebetszeiten* häufig bzw. immer. Die beiden Kinderhospize dokumentieren dies manchmal bzw. häufig. – Es überrascht, dass zwar 70,8% der Hospize immer die religiösen Wünsche des/der Erkrankten notieren, aber nur 41,7% die Gebetszeiten, die doch zu den religiösen Wünschen gehören. Da Palliativpflege sehr zeitaufwändig ist, ist davon auszugehen, dass Pflegenden insbesondere Muslime/-innen leicht bei ihren 5mal täglich zu verrichtenden Gebeten stören können, Gebetszeiten also bekannt sein sollten.

15 Hospize dokumentieren *die Kontaktdaten der Gemeinde bzw. religiösen Gemeinschaft* häufig bzw. immer; nur 4 Palliativstationen dokumentieren diese häufig. Die beiden Kinderhospize dokumentieren dies manchmal bzw. häufig. Da die Gemeinden Ansprechpartner bei religiösen Fragen sein können, liegt hierin ein Defizit. Religion und Krankheitsverständnis sind oft eng verbunden: Grundlegend ist die Frage der *Ursachenzuschreibung*: So können Fehlverhalten oder Tabubrüche als krankheitsauslösend betrachtet werden. Dementsprechend wird Krankheit als Strafe oder Sühne, Verhexung oder Verwünschung verstanden, z.B. im Islam oder im Voudou (Benin, Togo, Ghana oder Nigeria), der keine rein körperlichen Krankheitsursachen

kennt³. Das individuelle Krankheitsverständnis des Gastes bedingt seine Sorgen und seine Kooperation. Um ihre Krankheit im spirituellen Sinne zu überwinden, möchten Migranten/-innen häufig religiösen (und soziokulturellen) Geboten gerecht werden, z.B. durch Fürbittgebete (Türkis et al. 2012) oder den Empfang bestimmter Besucher/-innen bzw. das Aufstellen religiöser Gegenstände im Krankenzimmer.

Des Weiteren entsteht Krankheit durch Ungleichgewicht. Die ayurvedische Medizin kennt z.B. temperaturbedingtes Ungleichgewicht. In vielen Kulturen Lateinamerikas, Afrikas und Asiens entsteht Ungleichgewicht auch durch Probleme im sozialen Umfeld. Geister, Ahnen oder Götter müssen dann durch (Opfer-)Rituale besänftigt werden.

Islam und Judentum vertreten, dass Gott Krankheit gibt und nimmt, im Sinne einer Strafe oder als pädagogisch wirksames Leiden (www.vodafone-stiftungsinstitut.de). Muslime/-innen schätzen daher Heilungsaktivitäten häufig gering. Man fügt sich dem Schicksal, und das Ausgeliefertsein an die göttliche Vorsehung wird mehr oder weniger ausgeprägt empfunden. Eine weitere Perspektive ist das Sich-getragen-Wissen / Vertrauen in die göttliche Vorsehung. Beides steht einem partizipatorischen Patientenbegriff teilweise entgegen. Schließlich kann Krankheit eine Bewährungsprobe Allahs für die Frömmigkeit eines Patienten darstellen. Da z.B. Türkinnen der 1. Generation häufig nur wenig Schulbildung aufweisen, fehlt ihnen ein anatomisch-physiologisches Körpervverständnis. Vorwiegend metaphysische Krankheitserklärungen sind daher verständlich (Amulette, Angst vor dem „bösen Blick“) (Meier und Zielke-Nadkarni 2011: 19; www.professionalchaplains.org).

Sterben / Tod

Um eine kultursensible Betreuung in Sterbesituationen zu gewährleisten, wurde nach der Dokumentation gefragt, wie aus kultursensibel-religiöser Sicht mit der Sterbesituation umzugehen ist. Dies dokumentieren 7 Palliativstationen jedoch nie bis manchmal, was erstaunt, ist es doch eigentlich zentrales Anliegen der Palliativpflege, sich personenorientiert mit dem Sterben auseinander zu setzen. Gefragt wurde auch nach der Dokumentation der Informationen, die der/die Erkrankte **nicht** erhalten darf. Der Umgang mit Wahrheit ist ein besonders schwieriges Thema, wenn beim Gast der Wunsch nach Aufklärung besteht, jedoch von der Familie ein offenes Schweigegebot an Pflegende ausgesprochen wird. Dies wird nur von rd. der Hälfte der Einrichtungen dokumentiert. Beide Kinderhospize dokumentieren dies immer.

Gefühle von Belastungen im Rahmen kultursensibler Betreuung

Die Mitarbeitenden der Hospize und Palliativstationen erleben in 18 Fällen Belastungen wie Unsicherheit (10x), Schwierigkeiten in Kommunikationssituationen durch feh-

³ Mündliche Auskunft des Voudou-Spezialisten H. Christoph – Journalist und Ethnologe.

lende Sprachkenntnisse (5x) oder mangelnde Offenheit im Gespräch (3x), z.B. wenn eine Aufklärung des Patienten/der Patientin über seinen/ihren Zustand verboten werde oder alle wissen, wie es aussieht, aber nicht darüber sprächen. – Fehlendes Basiswissen über kulturelle Gewohnheiten und religiöse Praktiken (5x) sind weitere genannte Aspekte. – Als besondere Belastungen, wenn ein Muslim verstirbt, wurden bezeichnet: der zahlreiche Besuch, da dies Unruhe auf die Station bringe (1x) und man das Gefühl habe, überwacht zu werden (1x) sowie keinen weiteren Einfluss auf die Versorgung des Gastes zu haben und als Pflegepersonal ohne genaue Information außen vor zu stehen (1x) sowie der Umgang mit Frauen (1x). – Offensichtlich falsche Übersetzungen (1x) und bestimmte kulturspezifische Heilungsmethoden (Tinkturen, Voudou) (1x) belasten ebenfalls, wie auch bestimmte Trauerreaktionen (4x), z.B. Fäuste an der Wand blutig schlagen (1x), laute Trauer (1x) oder die unbewusste Einbeziehung des gesamten Umfelds des Hauses (1x), insbesondere die hohe Emotionalität beim Wehklagen (Grammatico 2008: 40) über Stunden (1x). – Türkis et al. (2012) beschreiben die Totenklage als festen Bestandteil der Trauerrituale im Islam und „kulturelle Fähigkeit, die es ermöglicht, dem Schmerz über den Verlust eines geliebten Menschen auf kollektive Weise Gestalt zu geben“.

Gefühle von Bereicherung im Rahmen kultursensibler Betreuung

Als Bereicherung erleben die Pflegenden die andere Kultur (14x) und Religion (5x), die dem Patienten u.a. Gelassenheit schenke (1x), den anderen Umgang mit Werten und Jenseitsvorstellungen (1x), den engen Familienzusammenhalt (4x), den Zusammenhalt und die Wertschätzung in den Gemeinden (4x), die häufig große Freundlichkeit (2x), der andere Umgang mit Sterben, Tod und Trauer (1x), die Einbeziehung durch Angehörige in fremde Trauerrituale (1x), den tradierten klaren Handlungsablauf nach dem Tod (1x) und die Selbstverständlichkeit der Verantwortung vieler Menschen für die Sorge um die erkrankte Person (1x).

Wünsche nach mehr Entwicklung im Blick auf kultursensible Betreuung

Wünsche nach mehr Entwicklung im Blick auf kultursensible Betreuung äußern insgesamt 16 Hospize und 9 Palliativstationen. Für eine Weiterentwicklung der transkulturellen Kompetenz wird Folgendes gewünscht:

- die Themen Sterben / Tod und Religionskunde in verschiedenen Kulturen sollten in Aus-/Fort-/Weiterbildung mehr berücksichtigt werden (14x), dabei sollten Seminare mit Vertretern/-innen der Kulturen und Religionen selbst durchgeführt werden (1x), Projekte vor Ort begleitet werden, z.B. in der Betreuung, beim Netzwerkaufbau (2x), und kostenlos für die Einrichtung sein (1x)
- Informationen über kulturelle Gewohnheiten, z.B. Broschüre, Nachschlagewerk (8x)

- und allgemeine Hinweise in den üblichen Zeitschriften/Magazinen (1x), Handreichungen auf einer kulturtheoretischen Grundlage (1x)
- direkte Kontakte zu und längere Zusammenarbeit mit Gemeinden, kulturellen Einrichtungen / Gruppen, z.B. Moscheevereinen (3x)
- mehr Gespräche (1x)

Weitere Wünsche für das eigene Hospiz / die eigene Palliativstation für eine angemessene Palliativversorgung von Migranten waren:

- bessere Vernetzung mit unterstützenden Einrichtungen, z.B. Vereinen oder Gemeinden, Dolmetschern (3x), Ansprechpartnern z.B. der verschiedenen Religionen (1x)
- Raum für rituelle Waschungen (2x)
- kompetente Ansprechpartner mit Palliativweiterbildung in allen Beratungsstellen, Ämtern (2x) etc.
- mehr Platz für Biographie im Dokumentationssystem (1x), Erweiterung des Krankenhausinformationssystems (1x)
- mehr muslimische Ehrenamtliche (1x)
- für häusliche Versorgung: muslimischer Pflegedienst (1x)
- Besuchsdienste (1x)
- interkulturelle Seelsorge (1x)
- Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige (1x)
- die Möglichkeit, großen Familienverbänden das Verbleiben beim Gast zu ermöglichen, da die Zimmergröße oft die Anzahl der Besucher nicht fassen kann (1x).

Fazit der Bedarfsanalyse

Abschließend soll die Dokumentation der 12 Hauptuntersuchungsaspekte und ihrer 72 Unterpunkte (vgl. Forschungsbericht) noch einmal für die beteiligten Einrichtungstypen dargestellt und in diesem Zusammenhang wünschenswerte Änderungen aufgezeigt werden.

Am konsequentesten dokumentieren insgesamt die beiden Kinderhospize.

Bei insgesamt 24 teilnehmenden Hospizen und 13 Palliativstationen machen die Hospize knapp zwei Drittel der befragten Einrichtungen aus.

Sie dokumentieren bei bestimmten Themen mehr als die Palliativstationen, womit mit dieser Studie ein erhöhter Dokumentationsbedarf insbesondere, wenngleich nicht ausschließlich, bei den beteiligten Palliativstationen nachgewiesen werden kann.

Tab. 3: Dokumentationshäufigkeit der 12 Hauptuntersuchungsaspekte und ihrer 72 Unterpunkte in den verschiedenen Einrichtungstypen

Einrichtungstypen		Dokumentation			
	Anzahl	Nie	Selten	Häufig	Immer
Kinderhospize	2	-	3	29	81
Hospize für Erwachsene	22	74	122	228	842
Palliativstationen	13	91	95	250	210

Die rein quantitative Auflistung in Tab. 3 zeigt deutlich die konsequente Dokumentation in den Kinderhospizen. – Betrachtet man die Merkmalsausprägung „immer“ für sich, so dokumentieren die 22 Hospize mit 842 Angaben im Verhältnis deutlich mehr als die 13 Palliativstationen mit 210 Angaben. Auch wird von den Hospizen nur in 74 Fällen „nie“ dokumentiert, dagegen in 91 Fällen von den Palliativstationen. Die Merkmalsausprägung „selten“ findet sich ebenfalls proportional häufiger bei den Palliativstationen (95x) als bei den Hospizen (122x). Die Merkmalsausprägungen „manchmal“ oder „keine Angaben“ wurden hier nicht berücksichtigt, um einen dezidierten Blick nur auf die wichtigsten 4 Merkmalsausprägungen zu werfen.

Dennoch bedeutet eine fehlende Dokumentation nicht zwangsläufig, dass die betreffenden Aspekte in den Einrichtungen nicht berücksichtigt werden.



Im Rahmen dieses Projektes konnte die Frage nicht beantwortet werden, WARUM bzw. WARUM NICHT dokumentiert wird. Dies ergänzend zu erheben, muss einer weiteren qualitativen Untersuchung vorbehalten bleiben.

Zu den Auffälligkeiten der Dokumentation im Einzelnen:

Die folgenden Themen werden **sowohl von den Hospizen als auch von den Palliativstationen nicht ausreichend dokumentiert:**

- individuelle Krankheitserklärungen
- erfolgreiche bzw. erfolglose Bewältigungsstrategien des erkrankten Menschen und seiner Angehörigen
- die Fähigkeit zu lesen und zu schreiben
- Gebetszeiten
- Kontaktdaten der Gemeinde bzw. religiösen Gemeinschaft

Die folgenden Themen werden vor allem **von den Palliativstationen nicht ausreichend dokumentiert:**

- Wünsche zu Pflegemaßnahmen durch Angehörige (z.B. Intimpflege)
- die Rolle der Familie bei der Schmerzbewältigung
- die sprachliche Verständigung mit den Angehörigen und die Notwendigkeit von Übersetzungshilfen
- spezifische Verhaltensweisen
- die Bedeutung von Nähe und Distanz für den erkrankten Menschen
- religiöse Wünsche

Aufschlussreich ist schließlich, dass auf die Frage nach dem Wunsch, mehr Menschen mit Migrationshintergrund zu betreuen, 6 Einrichtungen mit „eher nein“ antworten und 13 „keine Angabe“ machen. Das ist eine hohe Zahl, welche die Unsicherheit und die Belastung zeigt. In die gleiche Richtung weist das auffällige Ergebnis, dass 32 Einrichtungen nicht für sich in Informationsstellen für Migranten/-innen werben (wobei weitere 5 keine Angabe machen).

Nimmt man zu diesen Aspekten die von den Leitungspersonen / Mitarbeitern/-innen der Hospize und Palliativstationen erlebten Belastungen wie Unsicherheit (10x genannt), Schwierigkeiten in Kommunikationssituationen durch fehlende Sprachkenntnisse (5x) oder mangelnde Offenheit im Gespräch (3x), z.B. wenn eine Aufklärung über den Zustand des Erkrankten verboten wird, hinzu, wird der **Bedarf an Schulung zu transkulturellen Themen und organisatorischen Veränderungen, z.B. durch ein angepasstes Dokumentationssystem**, überdeutlich. Dieser Bedarf wird auch durch den Wunsch von 25 Einrichtungen nach mehr Entwicklung im Blick auf kultursensible Betreuung unterstrichen (s.o.). Die Ergebnisse zeigen somit, **dass die Einrichtungen der Palliativpflege Unterstützung bei der Versorgung von Migranten/-innen benötigen**. Die mit dieser Studie verbundenen Empfehlungen zur Hospiz- und Palliativbetreuung, die als Grundlage für eine adäquatere Dokumentation in den Einrichtungen der Palliativpflege intendiert sind, bilden einen wichtigen Schritt in diese Richtung.

Einschränkend ist zu sagen, dass, obwohl immerhin 37 Fragebögen von 101 ausgewertet werden konnten, sie die Situation in Hospizen und Palliativstationen natürlich nur unvollständig abbilden. ●

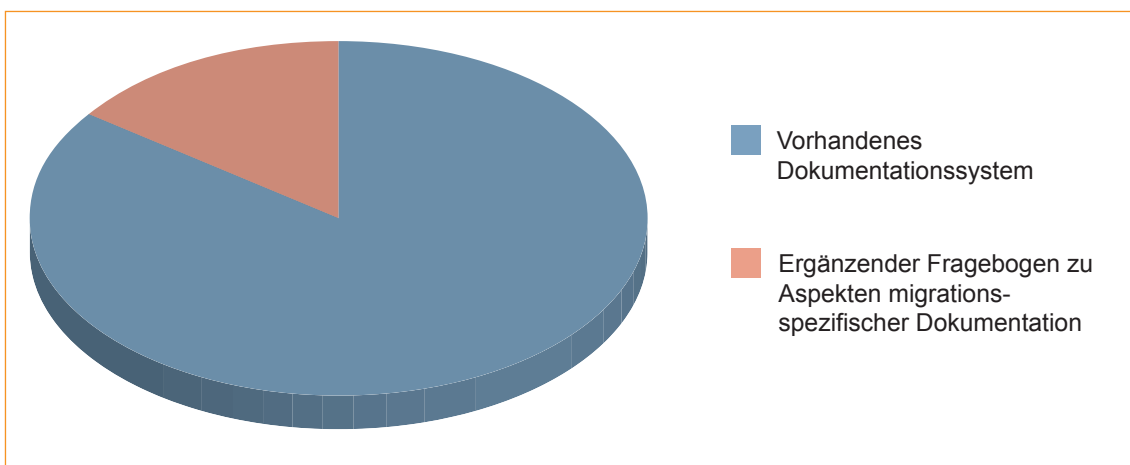
Erläuterung und Anleitung zum erweiterten Pflegeanamnesebogen

Von Dr. Andreas Stähli

Titel und Erklärung

Im Anhang der Handreichung finden sich zwei Bögen zur Dokumentation, einer für das Erwachsenen-, einer für das pädiatrische Feld. In ihm sind ergänzende Fragen zu migrationsspezifischen Aspekten formuliert, die der Pflegeanamnese in stationären Hospiz- und Palliativeinheiten im Erwachsenenbereich (bzw. im pädiatrischen Bereich) dienen. Sie sind Orientierung für das Erst-/Aufnahmegespräch bzw. für den weiteren Betreuungsprozess.

Auf zwei Elemente ist hinzuweisen. Zum einen geht es um die Perspektive der Ergänzung, die im Hinblick auf kultursensible Belange in der Betreuung bedacht wird. Die Situation in der Palliative Care ist die, dass es gegenwärtig kein einheitliches Dokumentationssystem gibt, weder in ambulanten noch in stationären Organisationsformen. Die Abfolge der Fragen wird sich daher auch nicht an einem ohnehin fehlenden Standard orientieren. Zudem ist ein eigenes, vollständig neues System für migrationsspezifische Dokumentation nicht erforderlich. Vielmehr geht es um eine Erweiterung und Vertiefung im Bestehenden. Die kultursensible Begleitung basiert auf einer sensiblen Begleitung. Eine vorhandene Dokumentation wird dann mit dem erweiterten Pflegeanamnesebogen soziokulturelle Besonderheiten berücksichtigen. Die folgende Grafik soll den ergänzenden Charakter darstellen.



Zum anderen ist an dieser Stelle die Bedeutung des Anfangs und die eines gelingenden Aufnahmegesprächs zu betonen, in dem vieles von dem grundgelegt wird, was im

Weiteren für alle Sicherheit gibt und Vertrauen bildet. Die Fragen dienen dem weiteren Betreuungsprozess. Manche von ihnen können möglicherweise erst später gestellt werden, weil sie bei den Betroffenen die Erfahrung des guten Miteinanders voraussetzen.

Zum Forschungsbericht

Der Bericht, der sich auf Daten von ca. 35% der stationären Hospiz- und Palliativ-einrichtungen in NRW stützt, markiert erstmals konkrete Zahlen zur Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund und ihrer Religionszugehörigkeit aus den Jahren 2010 und 2011. Aus der Tabelle wird sichtbar, dass Menschen verschiedenster Herkunft das Angebot von Palliative Care wahrnehmen. Sie zeigt insbesondere auch, dass in der Religionszugehörigkeit Muslime die größte Gruppe bilden, im Erwachsenen- wie auch im pädiatrischen Bereich.

Nun sollte aus der eher geringen Anzahl erwachsener Migranten/-innen nicht geschlossen werden, dass sie die verschiedenen Organisationsformen von Palliative Care kaum betreffen. Zweierlei spricht dagegen. Einmal die sich verändernde Altersstruktur hin zur Überalterung, zum anderen das Ethos palliativer und hospizlicher Arbeit. Jeder Einzelne, unabhängig von Herkunft und Religion, der in der Grenzsituation schwerer Erkrankung und des nahen Sterbens lebt, ist gleichermaßen wichtig und hat einen Anspruch auf eine gute Versorgung. Es zählt nicht die Höhe der Zahl bestimmter Nationalitäten und die Wahrscheinlichkeit bestimmter religiöser Bindungen. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, bedarf es auch im Rahmen der transkulturellen Pflegeanamnese eine die Menschen in ihren Belangen gerecht werdende Dokumentation.

Aus der wissenschaftlichen Auswertung wird deutlich, wo sich Lücken in der Dokumentation befinden. In jenen Feldern, in denen nicht, kaum oder nur manchmal dokumentiert wird, kann gefolgert werden, dass diesen Bereichen nur geringe Bedeutung zugesprochen wird, oder aber, dass kein Bewusstsein dafür besteht, dass sie eine Relevanz haben können. Aber auch, wenn der Prozentsatz für „immer dokumentiert“ bei einem Wert von 50 liegt, heißt dies andererseits, dass zu einem hohen Anteil ein bestimmtes Themenfeld nicht immer befragt bzw. dokumentiert wird.

Insgesamt wird aus den Ergebnissen deutlich, dass in der Dokumentation viel von dem vorhanden ist, was eine kultursensible Betreuung benötigt. Hier zeigt sich, dass sensibel begleitet wird, also an den Bedürfnissen des Einzelnen und seiner Familie orientiert. Ein schönes Beispiel dafür ist die hohe Berücksichtigung von individuellen Essensgewohnheiten des Erkrankten. Zu 90,9% wird dies in den Hospizen, einschließlich der Kinderhospize, zu immerhin 75,0% auf den Palliativstationen befragt. Ein anderes Beispiel ist die Frage nach dem ersten Ansprechpartner in der Familie. 95,8% aller Hospize und 83,3% der Palliativstationen beantworten sie mit „immer“. Hier zeigt sich, dass erkannt wird, wie wichtig eine Klärung innerhalb der oft genug nicht einfach zu übersehenden Familienstrukturen und die Gewichtung von Verantwortlichkeit darin ist.

Andererseits gibt es eine Fülle von Themenfeldern, in denen aus der nicht zufrieden stellenden Prozentzahl der Dokumentation darauf geschlossen werden kann, dass in ihnen noch Handlungsbedarf besteht. Zu nennen wären beispielsweise: Auf den Palliativstationen befragen nur 38,5% „immer“ Spezifika bei der Hygiene (Thema Religion und Hygiene), 30,8% „immer“ den Wunsch des Erkrankten nach bestimmten Pflegemaßnahmen durch Angehörige, nach spezifischen Kommunikationsregeln „häufig“ nur 9,1 %, nach Werten und Überzeugungen des Erkrankten „häufig“ lediglich 38,5%. In Hospizen und auf Palliativstationen gibt es unter bestimmten Aspekten von Religion wie auch von Sterben und Tod Verbesserungsbedarf. Zum Beispiel fragen nach Kontaktdaten zur Gemeinde bzw. religiösen Gemeinschaft, in die der Erkrankte möglicherweise eingebunden ist, Hospize (ohne Pädiatrie) lediglich „immer“ 31,8%, Palliativstationen „häufig“ 36,4%. Wie aus kultursensibel-religiöser Sicht mit der Sterbesituation umzugehen ist, dokumentieren Hospize etwa 20% „nie“, „selten“ oder „manchmal“, Palliativstationen über 50%. In den Hospizen werden also etwa ein Drittel der Betreuten nicht „immer“ danach befragt, auf Palliativstationen mehr als die Hälfte.

In der Befragung der einzelnen Einrichtungen ging es zudem um Themen wie Belastung und Bereicherung, um Werbung und um Schulung. Sie alle haben mit dem zu tun, was als Teil palliativer Identität im Blick auf die Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund bezeichnet werden kann. Sie tragen gemeinsam mit den Antworten zur Dokumentation dazu bei, dass jede einzelne stationäre Organisationsform darauf reflektieren kann, wo sie personell und organisatorisch steht und in Zukunft stehen möchte.

Zum Instrument des erweiterten Pflegeanamnesebogens im Anhang

Ziel

Übergeordnetes Ziel ist die gelingende Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund in der Palliative Care. Ein konkretes Instrument dafür ist der ergänzende Fragebogen im Anhang. Er ist orientiert am einzelnen Menschen und seiner Biografie im familiären und kulturellen System. In seiner Hinwendung zum individuellen Bedürfnis umgeht er die Gefahr, den einzelnen Menschen kulturellen Stereotypen zu unterwerfen. Leben verläuft niemals nach Standards, und auch Religion ist nichts Statisches, sondern ist dynamisch.

Weil Gewohnheiten in jeder Familie anders gefärbt sind, weil in der Familie oftmals selbst unklar ist, was in der Situation der schweren Krankheit aufbricht, weil für sie vielleicht erst zu finden ist, was ansteht, darf nicht vorausgesetzt werden, dass es einen Status gibt, der einmal befragt, die Dinge klärt. Ziel ist eine prozesshafte Betreuung, die alle Beteiligten auf ihrem Weg unterstützt.

Mittelwahl: Wie ist dieses Instrument konkret zu nutzen?

Der ergänzende Fragebogen, der zwischen dem Erwachsenen- und pädiatrischen Bereich unterscheidet, soll sich praxisnah und unkompliziert in das bestehende Dokumentationssystem integrieren. Wichtiges Kriterium ist seine Alltagstauglichkeit. Die Formulierung als Fragen unterstützt dieses Anliegen. Dieses Instrument ist Teil des transkulturellen Pflegeprozesses, in dem Beobachtungen, Ressourcen und Probleme, Ziel- und Maßnahmenformulierung eine Schlüsselrolle spielen.

„Sich durchfragen“ ist das Leitmotiv des Fragebogens und macht zugleich seine Anstrengung aus. Es ermöglicht, immer wieder den aktuellen Ist-Stand zu erfassen und auf Augenhöhe zu begleiten.

Zu den im Anhang gegebenen Fragen können weitere hinzugefügt werden, die sich möglicherweise aus der jeweiligen Betreuung ergeben. Immer ist etwas Platz für Antworten. Der Bogen kann im Aufnahmegespräch und zur weiteren Pflegeplanung unterstützend hinzugelegt und gegebenenfalls in das bestehende Dokumentationssystem eingefügt werden. Es empfiehlt sich, das Originaldokument im Anhang zu kopieren, um es so individuell und mit Eintragungen versehen nutzen zu können. Ambulante Dienste können viele der Fragen heranziehen.



Inhalt

Der Fragebogen zur Dokumentation ist in verschiedene Themenfelder untergliedert. Aspekte aus folgenden Schwerpunkten werden bedacht: Kommunikation, soziales Netz, (Migrations-) Biografie, Krankheitsvorgeschichte, Umgang mit Stress, Symptombenbeobachtung, Ernährung, Körperpflege, Religion, Sterben und Tod. Nicht ohne Grund steht am Beginn die Kommunikation, denn sie bildet das Eingangstor des Prozesses. Die einzelnen Themen bergen Überschneidungen, so zum Beispiel die Felder Stress und Migrationsbiografie.

Nachfolgend werden einige knappe inhaltliche Erläuterungen gegeben. Dabei werden aus Platzgründen keine Spezifika einzelner Religionen behandelt. Dafür ist auf die im Forschungsbericht formulierten Ausführungen von A. Zielke-Nadkarni hinzuweisen sowie auf die dort ausführlich angegebene Fachliteratur.

Kommunikation

In der Kommunikation liegt von Beginn an einer der Schlüssel für eine gelingende Betreuung. Zu den Voraussetzungen dafür zählt, dass im Vorfeld überlegt wird, wer aus dem Team das Aufnahmegespräch führen kann. Dabei sollten Aspekte wie Erfahrung, Gleichgeschlechtlichkeit und spezifische Sprachkenntnisse eine wichtige Rolle spielen. Für dieses Erstgespräch empfiehlt es sich, etwas mehr Zeit als üblich einzuplanen, um in Ruhe die für den Beginn wichtigen Fragen klären zu können. Vieles an Grundlegendem wird deutlich werden, so zum Beispiel, ob eine gute sprachliche Verständigung möglich ist, wer an dem Gespräch teilnimmt, welche Erwartungen, Befürchtungen und Ängste bestehen und ob weitere externe Hilfen notwendig sind. Wünschenswert ist auch, dass der für das Erstgespräch Zeichnende schwerpunktmäßig die weitere Betreuung übernimmt, denn gerade im Erstkontakt kann eine Vertrauensbasis entstehen, die für den weiteren Prozess und seine Dokumentation hilfreich ist.

Soziales Netz

Der sogenannte „systemische Blick“, der die hohe Bedeutung von Familie, Bekannten und Freunden wahrnimmt und anerkennt, wird gerade bei Menschen mit Migrationshintergrund geschärft sein müssen. Eine wichtige Brücke zwischen dem erkrankten Menschen und der Familie ist dabei eine aus ihrem Kreis benannte Ansprechperson. Gemeinsam mit dem oder der Erkrankten kann beispielsweise mit ihr die Möglichkeit und Grenze von Besuch abgesprochen werden. Besonders in der Terminalphase der Erkrankung ist diese Kontaktperson in Fragen der Betreuung und Organisation hilfreich. Es ist zudem unterstützend, wenn die Möglichkeit eines eigenen Zugehörigen-/Familienzimmers besteht, welches Gemeinschaft, aber auch Rückzug und Schlaf erlaubt.

(Migrations-) Biografie

Im Aufnahmegespräch werden Fragen nach der Herkunft und der Nationalität zu stellen sein. Wichtig ist es dabei, den Aufenthaltsstatus behutsam anzusprechen, gerade bei Eltern, die mit der Erkrankung eines Kindes konfrontiert sind. Vielleicht ist bereits jetzt schon ein Eingehen auf die Migrationsgeschichte und ihre Bedeutung möglich. Die Aufmerksamkeit für die Biografie des/der Einzelnen hat einen hohen Stellenwert, so etwa wenn Verfolgung, Vertreibung oder Krieg erlitten wurden, die gerade in der letzten Lebenszeit zu Alpträumen und massiver motorischer Unruhe führen können. Aus der Biografie wird zudem schon vieles von dem, was an Werten, Überzeugungen und Interessen ausgesprochen wurde, verstehbar.

Krankheitsvorgeschichte

Vielfach besteht eine lange Krankengeschichte. Es ist wertvoll, im Vorfeld mögliche Belastungen durch Pflege und Behandlung für alle Beteiligten anzusprechen. Wie wurde damit umgegangen? Was wurde als stärkend, was als überfordernd erlebt? Darüber zu sprechen, lässt erkennbar werden, worauf in der neuen Betreuungssituation aufgrund der Vorerfahrungen besonders zu achten ist. In die Beschreibung der Krankheitsvorgeschichte wird vielleicht auch schon das je spezifische, kulturell geprägte Verständnis von Gesundheit und Krankheit zum Ausdruck kommen.

Umgang mit Stress

Eng im Zusammenhang mit dem Thema „Krankheitsvorgeschichte“ stehen Fragen zum Umgang mit Stress. Dabei sollte wieder sowohl der Erkrankte selbst als auch seine Familie angesprochen werden. Welche stressauslösenden und welche stressreduzierenden Faktoren gibt es sowohl in der ärztlich-pflegerischen als auch in der psychosozialen Betreuung? Diese zu kennen, hilft zu vermeiden, was Stress auslöst. So zum Beispiel wird das Wissen um Tabuzonen diese anerkennen und so inneren Druck und Anspannung durch Fehlverhalten fernhalten. Weiter dient die Kenntnis entlastender Angebote dem Wohlbefinden des Menschen, so etwa die Möglichkeit zum ungestörten Gebet.

Symptombeobachtung

Der Schmerz ist vielfach das zentrale Symptom, nicht aber das einzige. Daher wird im Fragebogen allgemein von Symptombeobachtung gesprochen, also dem Auftauchen von körperlichen oder seelischen Belastungen wie Atemnot, Übelkeit oder Angst. Wenn im Anhang beispielsweise nach individuellen Formen des Umgangs mit einem Symptom gefragt wird, so ist damit nach individuellen Formen des Umgangs mit Atemnot, Übelkeit, Angst etc. zu fragen.

Leidvolles zeigt sich immer wieder kulturell gebrochen, beispielsweise in starker Verinnerlichung oder umgekehrt in deutlichem äußeren Ausdruck. Zudem ist es in seiner sozialen Dimension zu sehen. Die Familie kann hier verstärkend, aber auch entlastend wirken.

Ernährung

Ernährung ist eine bedeutsame Größe in der Sterbebegleitung. Mit ihr verbindet sich Lebensqualität durch Freude am Geschmack, durch gemeinsames Essen und nicht zuletzt auch durch die Wahrung kulturell-religiöser Vorgaben. Daher sind individuelle Essensgewohnheiten, bevorzugte und auch abgelehnte Nahrungsmittel und das Angebot an die Familie, spezielles Essen erwärmen, vielleicht sogar zubereiten zu können, ebenso wichtig wie die Beachtung bestimmter Nahrungsgebote und -verbote, einschließlich bestimmter hygienischer Aspekte vor den Mahlzeiten.

In allen Menschen tief verankert ist die Gleichung „Essen = Leben“. Nicht essen erzeugt so eine Konfrontation, die zu einem mühevollen Austrag in der Begleitung führen kann.

Körperpflege

Körperliche Reinheit ist im Kontext religiöser Überzeugungen vielfach auch eine der inneren. Daher wird der Hygiene eine besondere Aufmerksamkeit zuerkannt werden müssen. In der Frage, wer die Körperpflege, insbesondere die Intimpflege, übernehmen kann, sollte die Gleichgeschlechtlichkeit berücksichtigt werden. Besteht der Wunsch beim Erkrankten, die Pflegemaßnahmen von den Eltern bzw. Angehörigen durchführen zu lassen, so sollte den Angehörigen Unterstützung von Seiten der Pflegepersonen angeboten werden, um Überforderung zu vermeiden und Pflegekompetenzen sicherzustellen. Eine ausdrückliche Ablehnung bestimmter Pflegemaßnahmen sollte gehört, verstanden und anerkannt werden.

Religion

Der Auftrag in der begleitenden Dokumentation ist es, die Art und Weise des je persönlichen religiösen Lebens zu erfragen. Was sind die religiösen Überzeugungen des oder der Erkrankten und bei Kindern auch die der Eltern (z.B. orthodoxe, konservative oder liberale Einstellung)? Was sind deren Jenseitsbilder? Worin besteht die gelebte religiöse Praxis und was sind die diesbezüglichen Wünsche des/der Erkrankten? Gibt es bestimmte, ihm/ihr wichtige Gebetszeiten oder Festtage? Wie lauten die Kontaktdaten der Gemeinde, wenn es eine solche Zugehörigkeit gibt?

Deutung von Krankheit kann eng mit der Religion verbunden sein. So kann sie als Strafe oder Sühne, als Bewährung oder als karmischer Ausgleich verstanden werden. Aus ihnen können der Wunsch nach einem Vollzug bestimmter Rituale und das Einhalten bestimmter Gebote entspringen.

Sterben und Tod

Häufig besteht eine große Unsicherheit, welche Formen des Umgangs in der Situation des Sterbens und nach dem Versterben kultursensibel angemessen sind. Hier ist es wichtig, möglichst frühzeitig zu klären, was im Kontext der jeweiligen familiären und soziokulturellen Praxis erwartet wird. Dazu gehört eine Absprache, was von den Pflegenden und was von der Familie bzw. von Mitgliedern einer Gemeinde übernommen wird, so etwa, wer die Waschung und Bettung des Leichnams übernimmt, ob und wo es gegebenenfalls die Möglichkeit zu einer rituellen Waschung gibt, ob bestimmte Rituale im Sterben und nach dem Tod bestehen und wer diese durchführt, aber auch Fragen zur Bestattung selbst, wie etwa die nach der Überführung. ●

Kultursensible Pflege in Fort- und Weiterbildung von Palliative Care

Von Anne Artmeyer

Einleitung

Bereits mit der Novellierung des Krankenpflegegesetzes im Jahre 2003 wurde das Thema „transkulturelle oder kultursensible Pflege“¹ in das Ausbildungskonzept integriert. Um die besondere Bedarfslage von älteren und kranken Menschen mit Zuwanderungsgeschichte zu berücksichtigen, wird zusätzliche Unterstützung benötigt, zumal die Umsetzung von kultursensibler Pflege im stationären und ambulanten Bereich bisher keinen großen Stellenwert besitzt. Vorhandene Unsicherheiten, Fehleinschätzungen, fehlendes Hintergrundwissen und Stereotypisierungen im Umgang mit Menschen anderer kultureller Herkunft bieten Anlass für die Implementierung von Themeneinheiten zu kultursensibler Pflege in Fort- und Weiterbildung im Bereich Palliative Care.

Zielsetzung des Moduls ist es, neben den erworbenen Kenntnissen zu den Grundlagen von Palliative Care vertiefende Kompetenzen im Umgang mit nicht vertrauten Situationen in der Begegnung mit schwerstkranken Menschen zu erwerben. Da der Themenbereich „Kultursensible Pflege“ sehr umfangreich ist, kann hier nur ein begrenzter und für die Weiterbildung relevanter Teil berücksichtigt werden. Wie können diese Inhalte nun angemessen unterrichtet werden?

Voraussetzungen und Rahmenbedingungen zur Umsetzung

Die Gestaltung einer Unterrichtseinheit ist eine Herausforderung bei zeitlich begrenzten Vorgaben. Welche Schwerpunkte sollen vermittelt werden? Wo liegt ein besonderer Bedarf? Welche Voraussetzungen bringen die Teilnehmenden mit? Welche Rolle übernimmt der Dozent bzw. die Dozentin in der Vermittlung dieses Themas? All diese Fragen sollten vorab geklärt werden.

Neben den thematischen Schwerpunkten zu Umgang mit Schmerz sowie Tod und Trauerbewältigung im kulturellen Vergleich geht es auch darum, die Situation älterer Menschen mit Zuwanderungsgeschichte zu berücksichtigen. Trotz des immer wiederkehrenden Wunsches nach festen Aussagen und Leitlinien im Umgang mit Men-

¹ Die Begriffe Transkulturelle Pflege und Kultursensible Pflege werden in der Literatur in der Regel synonym verwendet. Im weiteren Verlauf wird einheitlich der Begriff Kultursensible Pflege benutzt.

schen verschiedener Herkunft ist es wichtig, kulturelle Zuschreibungen zu vermeiden und die Vielschichtigkeit von individueller Begleitung eines kranken Menschen hervorzuheben.

Jeder Mensch ist nicht nur durch seine kulturelle Herkunft, sondern auch durch sein unmittelbares Umfeld, die familiäre Situation, die Wohn- und Arbeitsbedingungen und auch die Bewältigungsmechanismen nach erfolgter Migration geprägt worden. Teilnehmende sollen lernen, Themen aus einem anderen Blickwinkel zu betrachten und dadurch neue Einsichten zu erlangen. Die Vermittlung des Perspektivenwechsels kann ganz neue Erkenntnisse schaffen. Wie mag sich eine betroffene Person fühlen, die aufgrund sprachlicher Barrieren nicht in der Lage ist, angemessen ihre Schmerzen durch die richtigen Worte zu benennen, oder die ein Schmerzverhalten zeigt, das nicht in die gängigen Deutungsmuster passt? Oft sind Fehlinterpretationen und unbefriedigende therapeutische Hilfe eine Folge davon, nicht selten auch Rückzug und Verunsicherung auf beiden Seiten. Dem pflegerischen und therapeutischen Beziehungsaufbau, welcher ein wesentlicher Bestandteil im Rahmen der palliativen Betreuung ist, sind dadurch rasch Grenzen gesetzt. Deshalb bedarf es besonderer Aufmerksamkeit in der Begleitung, auch um andere Kanäle der Mitteilung zu erfassen und zu nutzen. Ziel der Sensibilisierung in Fort- und Weiterbildung von Palliative Care ist eine bedürfnisorientierte Gestaltung von individueller Begegnung und Begleitung.

Modul „Kultursensible Pflege in Fort- und Weiterbildung von Palliative Care“ - Didaktik und Methodik

Bei der Planung einer Unterrichtseinheit sollte ein Zeitrahmen von sechs Zeitstunden nicht unterschritten werden. Sonst besteht die Gefahr, dass Themen nur angerissen und vorhandene Unsicherheiten und Fehleinschätzungen nicht befriedigend abgebaut werden können. Der Fokus des Moduls richtet sich dabei auf die für die Palliative Care-Weiterbildung relevanten Themen. Vorkenntnisse in „kultursensibler Pflege“ sind nicht Voraussetzung, erleichtern aber den Einstieg in die Thematik.

Das Modul ist in verschiedene Sequenzen unterteilt und beinhaltet für jedes Thema Zielsetzung, Inhalt und methodische Umsetzung. Es ist ein Teilbereich des Themenkomplexes „Kultursensible Pflege“ und berücksichtigt deshalb in erster Linie querschnittartig die relevanten Themenfelder im Bereich Palliative Care. Die Schwerpunkte werden dabei auf kultursensible Aspekte gesetzt. Dessen ungeachtet ist eine überschaubare allgemeine Einführung in das Themenspektrum Interkulturelle Kompetenz mit entsprechenden praktischen Beispielen unumgänglich. Als Einstieg bieten sich Übungen zur individuellen kulturellen Prägung an, die anschließend zu dem Thema „Das Eigene und das Fremde“ hinüberleiten.² Eigene Erfahrungen der Teilnehmenden bilden einen wichtigen Bestandteil und sollten frühzeitig in den Seminarablauf einge-

² Gute Einstiegsübungen zum Thema Kultur sind z.B. in Handschuck und Klawe 2010: 65 ff. zu finden.

bunden werden. Der Themenbereich Kommunikation darf ebenfalls nicht unberücksichtigt bleiben. Gerade im Schmerzassessment geht es um die Erfassung nonverbaler Mitteilungen. Ein weiterer Schwerpunkt ist der Umgang mit Verlust, Tod und Trauer. Welche Unterstützungsmöglichkeiten gibt es? Worauf muss möglicherweise geachtet werden? Welche Bedeutung hat der individuelle Glaube für den sterbenden Menschen und seine Angehörigen?

Auch Krankheitskonzepte und Bewältigungsstrategien spielen eine wichtige Rolle im Umgang mit einer unheilbaren und terminal begrenzten Krankheit. Folgender Ablauf einer Unterrichtseinheit dient als Beispiel.

Einführung in das Thema Interkulturelle Kompetenz

Begriffsbestimmungen und der Umgang damit

Lernziele:

- Begriffe kennen- und voneinander unterscheiden lernen
- Sachliche Anwendung der Begriffe
- Bewusstsein für Migration und ihre Auswirkungen erlangen
- Wissen um die Bedeutung von Kultur und kulturellen Unterschieden erwerben

Methoden:

Kurzreferat

Nach der Begrüßung erfolgt die Vorstellungsrunde der Teilnehmenden. Erwartungen werden abgefragt und der Seminarablauf wird vorgestellt. Im Anschluss erfolgt anhand eines Kurzreferats die Erläuterung häufig verwendeter Begriffe. Diese Begriffsdefinitionen sollen einen sensiblen und reflektierten Umgang im Arbeitsalltag erzeugen. Folgende Begriffe werden dabei berücksichtigt:

1. Ausländer/Ausländerin
2. Migrant/Migrantin
3. Flüchtling
4. Menschen mit Migrationshintergrund
5. Kultur
6. Fremder/Fremde

Je nach vorhandenem Zeitrahmen kann durch Gruppenarbeiten das Thema erweitert werden. Dieser allgemeine Einstieg in das Thema ist empfehlenswert, da er eine Grundlage für die anschließende Vertiefung ist.

Interkulturelle Missverständnisse

Um die Wichtigkeit von Interkultureller Kompetenz im Hospizalltag darzustellen, eignet sich hierfür eine Übung zur Entstehung eines interkulturellen Missverständnisses. Interkulturelle Missverständnisse haben viele Ursachen. Ein konkretes Fallbeispiel kann zeigen, wie schnell ein Missverständnis entstehen und im weiteren Verlauf zu einer konflikthafter Situation führen kann.

Lernziele:

- Umgang mit Missverständnissen und nicht eindeutigen Situationen
- Bewusstwerdung des eigenen kulturellen Hintergrundes
- Unterscheidung zwischen dem Eigenem und dem Fremden
- Erkennen von Stereotypen und Vorurteilen

Methoden:

Präsentation eines Fallbeispiels und Analyse des Beispiels im Plenum

Ein Fallbeispiel wird vorgestellt und die Teilnehmenden sollen die Ursachen für das entstandene Missverständnis erläutern. Es dient dazu, mit nicht eindeutigen Situationen vertraut zu werden, handlungsfähig zu bleiben und Lösungen zu finden. Folgendes Beispiel eignet sich methodisch gut, auch wenn es in unterschiedlichen Kontexten häufig beschrieben wird. Es vermittelt exemplarisch das zugrunde liegende Muster von Missverständnissen.

Fallbeispiel:

Auf Ihrer Station ist ein Mann marokkanischer Herkunft aufgenommen worden. Vor Beginn des Aufnahmegesprächs stellen Sie sich mit Handschlag und Namen vor. Dieser Handschlag wird von dem Mann nicht erwidert. Sie sind irritiert und teilen Ihren Unmut anschließend den Kollegen und Kolleginnen mit.

Input zum Themenkomplex „Umgang mit unbekannten Situationen, Stereotypenbildung und Entstehung von Ethnozentrismus“

Die Seminarleitung greift das Fallbeispiel noch einmal auf und reflektiert anhand eines kurzen Inputs den Umgang mit nicht bekannten und uneindeutigen Situationen. Ziel soll es sein, Zustände des Sich-fremd-Fühlens zu erkennen, Unsicherheiten und Ängste abzubauen und eine Orientierung zu behalten. Die Bedeutung von Interkultureller Kompetenz im Arbeitsalltag schließt sich thematisch daran an.

Arbeit im Plenum zu notwendigen Voraussetzungen für die Ausübung von kultursensibler Pflege

Die Voraussetzungen zur kultursensiblen Pflege können z.B. mittels eines Brainstormings im Plenum zusammengetragen werden.

Eigene Erfahrungen

Die Erfahrungen von Schulungen und Seminarabläufen zeigen immer wieder den vorhandenen Bedarf, eigene Erlebnisse in der interkulturellen Begegnung zu reflektieren und auszutauschen. Oft sind Begegnungen mit Unsicherheiten oder Fehlinterpretationen verbunden und lösen Handlungsunfähigkeit oder Rückzug aus. Viele erweisen sich als Missverständnisse, die sich nicht selten zu Konflikten ausweiten und oftmals zu unangemessenen Reaktionen führen. Gerade Schulungen und Seminare bieten einen geschützten Raum, in dem diese Erlebnisse reflektiert und bearbeitet werden können.

Lernziele:

- Reflexion von subjektivem Erleben in nicht eindeutigen Situationen
- Erkennen von eigenen und strukturellen Grenzen
- Bearbeitung ungelöster Missverständnisse und Konflikte
- Erstellung eines Leitfadens zur Entwicklung von Interkultureller Kompetenz

Methoden:

Einzelarbeit und Plenum

Die Teilnehmenden sollen in Einzelarbeit eine von Missverständnissen und Problemen flankierte Begegnung retrospektiv bearbeiten und mögliche Ursachen dazu stichwortartig auf eine Moderationskarte schreiben. Anschließend wird die Moderationskarte an eine Wandzeitung geheftet und das Beispiel im Plenum vorgestellt. Gemeinsam können Missverständnisse geklärt und damit verbundene Gefühle in einem geschützten Raum bearbeitet werden.

Alternativ können vorgegebene Fallbeispiele dazu dienen, in Gruppenarbeit Ursachen von konflikthafter Begegnungen zu ermitteln und nach Lösungen zu suchen. Auslöser für Missverständnisse sind mannigfaltig. Sie können in unterschiedlichen Wertvorstellungen, fehlender Toleranz, sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten, unterschiedlichen Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen und deren Bewältigungsstrategien, fehlendem Wissen, unterschiedlichen Geschlechterkonzeptionen und vielen anderen Themen begründet liegen.

Das Fazit dieser Übung ist die Zusammenstellung eines Leitfadens zur Benennung von Haltungen im Zusammenhang mit Interkultureller Kompetenz. Was brauche ich, um in unsicheren Situationen angemessen zu handeln und Unsicherheit auf beiden Seiten zu vermeiden? Das Ziel ist es, mehr Gelassenheit im Umgang mit unbekannten Situationen in der pflegerischen Beziehung zu entwickeln.

Die Bedeutung von Kommunikation

Kommunikation findet permanent statt. Gerade in der Begleitung sterbenskranker Menschen ist es das Medium, durch das Begegnung und Beziehung sich vollzieht. Kommu-

nikation in der interkulturellen Begegnung geht oft mit vielen Einschränkungen einher. Fehlende sprachliche Verständigung führt zu erheblichen Beeinträchtigungen in der pflegerischen Beziehung. Hinzu kommt eine Abhängigkeit des kranken Menschen von Pflegepersonen. Wichtige Informationen zur Erkrankung und dem Befinden können nur eingeschränkt vermittelt werden. Kommunikationsmuster können so sehr gegenseitig voneinander abweichen, dass sie zu ernsthaften Missverständnissen in der Verständigung führen. Besonders Mimik und Gestik sind kulturell geprägt und können falsche Annahmen bewirken. So wird ein Kopfnicken nicht überall als Zeichen der Zustimmung eingesetzt, sondern kann vielleicht ein Nein bedeuten.

Lernziele:

- Körpersprache und Gefühle – Mitteilungsebenen kennen lernen
- Nonverbale Kommunikation und ihre Bedeutung kennen lernen
- Erkennen von Kommunikationsmustern und -störungen in der Begleitung schwerstkranker Menschen
- Sensibilisierung für den Umgang mit Nähe und Distanz sowie körperlichen Berührungen

Methoden:

Gruppenarbeit: Möglichkeiten der Verständigung sollen in Kleingruppen erarbeitet und anschließend im Plenum vorgestellt werden

Folgende Fragen sollen dabei berücksichtigt werden:

1. Wie erleben Sie die Situation, wenn ihr Gegenüber nicht dieselbe Sprache spricht?
2. Welche Situationen sind besonders belastend bei Einschränkungen in der verbalen Kommunikation?
3. Welche alternativen Unterstützungsmöglichkeiten der Verständigung sind vorhanden bzw. werden genutzt?

Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse im Plenum. Im Anschluss können verschiedene Medien zur Unterstützung bei Sprachbarrieren vorgestellt werden, z.B.:

1. Dolometer – eine Gesichterskala zum Zeigen von „keine Schmerzen“ bis „unerträgliche Schmerzen“
2. Bildertafeln und Piktogramme
3. Wörterbücher ohne Worte zu verschiedenen Themengebieten
4. Informationsmaterialien in der Muttersprache

Zusammenfassend werden die Wichtigkeit von Kommunikation – verbal und nonverbal –, die Defizite und vorhandene Ressourcen in der Begleitung präsentiert.

Schmerz im soziokulturellen Zusammenhang

Der Umgang mit Schmerz und Schmerzäußerungen zeigt Pflegepersonal und ärztlichem Personal immer wieder die Grenzen des Verstehens und des Handelns auf. Schmerz hat viele Mitteilungsebenen. Deshalb bildet Schmerz auch als Thema im Bereich „Kultursensible Pflege“ einen wichtigen Schwerpunkt in der Fort- und Weiterbildung von Palliative Care.

Empathiefähigkeit im Umgang mit unbekannten Situationen, und hier besonders im Umgang mit einer anderen Form der Schmerzäußerung, sollte Voraussetzung für alle in der palliativen Versorgung tätigen Pflegenden sein. Sie ist Bestandteil von sozialer und interkultureller Kompetenz. Eine weitere wichtige Voraussetzung ist die Selbstreflexion von eigenen Verhaltensmustern bei Schmerzempfinden. Nur diese Auseinandersetzung schafft die Voraussetzung für Offenheit gegenüber Schmerzverhalten, welches nicht mit dem eigenen identisch ist.

Lernziele:

- Reflektieren des eigenen Umgangs mit Schmerzen
- Erkennen nonverbaler Schmerzmitteilungen
- unterschiedliche Ausdrucksweisen von Schmerz erfassen, einschätzen und für die Schmerzbehandlung umsetzen lernen
- Erwartungen, die an medizinisches Personal und Pflegepersonal im Umgang mit Schmerzen gerichtet werden, verstehen und nach Möglichkeit zu berücksichtigen lernen – Was ist hilfreich? Was wird abgelehnt? Welche Wünsche werden mitgeteilt?

Methoden:

Gruppenarbeit zur Selbstreflexion im Umgang mit Schmerzen

Diese Übung ist ein guter Einstieg im Umgang mit unterschiedlichen Schmerzäußerungen. Dabei haben die Teilnehmenden je nach Gruppengröße 20-30 Minuten Zeit, ihr eigenes Verhalten bei Schmerzen zu reflektieren und im Anschluss im Plenum zu präsentieren. Als Leitfaden können dabei nachfolgende Fragen dienen:

1. Wie ist Ihr Verhalten bei Schmerz?
2. Wie beschreiben Sie Schmerz?
3. Welche Erklärungen haben Sie für Schmerzen?
4. An wen wenden Sie sich bei Schmerzen?
5. Welche Erwartungen haben Sie in der Situation an Ihre Umgebung?

Die Vorstellung im Plenum kann entweder über Karteikarten oder mit Hilfe einer Wandzeitung geschehen. Die Ergebnisse sollen für alle sichtbar sein. Im weiteren Verlauf der Unterrichtseinheit kann immer wieder Bezug darauf genommen werden.

Analyse von Fallbeispielen³

Im Anschluss an diese Übung bietet es sich an, drei Fallbeispiele zur unterschiedlichen Darstellung von Schmerz vorzustellen. Dafür werden wiederum Kleingruppen von drei bis vier Personen gebildet. Die Gruppen sollen gemeinsam erarbeiten, welche Reaktionen diese Fallbeispiele bei ihnen auslösen und welche Konsequenzen sie entsprechend daraus ziehen.

Fallbeispiel 1

Ein Mann indischer Herkunft hat aufgrund seiner schweren Erkrankung möglicherweise starke abdominelle Schmerzen. Ihnen fällt die Anspannung in seinem Gesicht auf. Als Sie den Betroffenen nach Schmerzen befragen, reagiert er mit einer schüttelnden Kopfbewegung und einem freundlichen Gesicht. Sie geben diese Information an den Arzt weiter, der daraufhin keine stärkeren Schmerzmedikamente gibt. Als der Patient später dem Arzt seine starken Schmerzen mitteilt, sind Sie verärgert.

Fallbeispiel 2

Sie haben eine Frau russlanddeutscher Herkunft zu betreuen. Unter der Anteilnahme ihrer Familie teilt sie lautstark ihre Schmerzen mit. Auf Anweisung des Arztes verabreichen Sie ihr eine Schmerzspritze, die auch nach 20 Minuten noch keine Wirkung zeigt. Die Frau äußert weiterhin unklare Schmerzen und zieht sich immer mehr zurück. Sie ist nicht in der Lage, die Schmerzen zu lokalisieren und zu beschreiben.

Fallbeispiel 3

Ein Patient deutscher Herkunft zeigt nach einer Behandlung seiner Lebermetastasen eine starke Körperspannung. Zudem ist sein Blutdruck hyperten und sinkt trotz medikamentöser Therapie nicht in den Normbereich. Auf Ihre Nachfrage verneint er Schmerzen. Eine weitere medikamentöse Behandlung des hohen Blutdrucks zeigt keine Wirkung. Sie sind ratlos.

Auswertung:

Die Kleingruppen stellen ihre Ergebnisse im Plenum vor. Ziel der Fallanalyse ist die Darstellung der Bewertung von Schmerzen und die daraus abzuleitenden Maßnahmen. Alle drei Beispiele bieten Anlass für Fehlinterpretationen und daraus resultierende falsche Schlussfolgerungen, z.B. durch ein Zuwenig oder Zuviel an Schmerzmedikamenten zur Behebung der vorhandenen Schmerzen.

Übung zu nonverbaler Kommunikation – Körpersprache und Gefühle im Umgang mit Schmerz

Die Teilnehmenden erfahren, dass Gefühle auch durch Körperhaltung ausgedrückt werden. Die eigene Ohnmacht im Umgang mit anderen Schmerzäußerungen soll er-

³ Alle genannten Beispiele spiegeln Erfahrungen aus dem Praxisalltag wider.

lebbar und reflektiert werden. Zudem sollen die Teilnehmenden erkennen, dass Körperhaltungen situationsabhängig sind und subjektiv interpretiert werden.

Rollenspiel:

Drei Rollen werden mit entsprechender Anleitung vergeben:

Rolle 1: Patient/-in

Rolle 2: Pflegeperson

Rolle 3: Angehörige

Einführung:

Die Seminarleitung erläutert die unterschiedlichen Körperhaltungen im Zusammenhang mit Schmerz. Es werden unterschiedliche Schmerzäußerungen szenisch nacheinander dargestellt. Die Karten mit den Rollenanweisungen werden an die Protagonisten/-innen verteilt und nochmal mit ihnen durchgesprochen. Die Rolle der Pflegeperson erhält keine besonderen Zuschreibungen, da hier vor allem Alltagserfahrungen in die Rolle einfließen sollen. „Patient/-in“ und „Angehörige“ haben eine kurze Phase des Ausprobierens, und in dieser Zeit sollte die „Pflegeperson“ nicht im Raum sein.

Präsentation:

Nun beginnen die drei Personen ihre Rollen umzusetzen. Es werden unterschiedliche Schmerzäußerungen nonverbal gezeigt (Schmerzausdruck im Gesicht, Körperspannung, Embryonalhaltung, Kopf wiegen, Haare raufen etc.). Erlaubt ist Stöhnen, der Einsatz von Gesichtsmimik und entsprechender Körperhaltung. Nach Beendigung soll eine Einschätzung durch die „Pflegeperson“ erfolgen:

Welche Gefühle traten bei ihr auf?

Was blieb für sie unverständlich?

Welche Reaktionen stellten sich spontan ein?

Welche Erklärungen gab es für sie?

Wie ging es der Zuschauergruppe?

Hatten sie ähnliche Eindrücke?

Weitere Fragen im Umgang mit Schmerzäußerungen:

1. Welches Verhalten ist in der Begegnung mit unbekannten Ausdrucksformen des Schmerzes hinderlich?
2. Welches Verhalten ist förderlich?
3. Welche Auswirkungen hat ein anderer Schmerzausdruck in der Wahrnehmung und in der Bewertung?

Umgang mit Sterben, Tod und Trauer

Die Themen Sterben, Tod und Trauer sind weitere wichtige Bausteine in der Weiterbildung Palliative Care. Von Teilnehmenden wird immer wieder der Wunsch nach mehr

Hintergrundwissen zu anderen religiösen und kulturellen Vorstellungen im Umgang mit sterbenden oder verstorbenen Menschen und ihren Angehörigen geäußert. Darin zeigt sich eine vorhandene Unsicherheit in der Begegnung mit trauernden Menschen, in der korrekten Versorgung von Verstorbenen und es zeigt sich auch die Angst, nicht die richtigen Worte in der Begleitung von Angehörigen zu finden. Folgende Fragen haben zentrale Bedeutung:

- Wie wird eine unheilbare Krankheit mit einem absehbaren Ende erlebt?
- Welche Erklärungen gibt es dazu?
- Kann über die Krankheit gesprochen werden?
- Wenn nicht, warum nicht?
- Welche letzten Wünsche werden vom kranken Menschen und seinen Angehörigen in dieser Lebensphase geäußert?
- Wer hat in der Familie welche Funktion in der Begleitung des kranken Menschen?
- Gibt es weitere Unterstützung durch soziale Netzwerke?
- Gibt es den Wunsch nach professioneller seelsorglicher und spiritueller Unterstützung?
- Wird über den Tod und was danach kommt, gesprochen?
- Gibt es Wünsche für die Versorgung des Verstorbenen?
- Gibt es einen Wunsch bezüglich der Art und des Ortes der Beisetzung?

Bei aller Achtsamkeit, Stereotype zu vermeiden, haben Hintergrundinformationen zu verschiedenen Kulturen und Religionen dennoch eine Bedeutung. Sie geben Sicherheit und ermöglichen zugleich, bestimmte Dinge und Gewohnheiten in der Begleitung sterbenskranker Menschen zu erfragen.

Lernziele:

- Einblicke im Umgang mit Tod, Bestattung und Trauer anhand von Bildern und Beispielen aus verschiedenen Religionen und Kulturen geben
- Neugierde wecken und die eigene Bestattungskultur in unserer Gesellschaft reflektieren

Methoden:

Input-Vortrag zu Sterben, Bestattung und Trauer in beispielhaften Religionen und Kulturen

Dabei sollte es auch genügend Raum für Erfahrungsaustausch und Tipps für die Begegnung mit Menschen anderer kultureller Herkunft geben. Auch soll der Umgang mit Verstorbenen im Krankenhaus- oder Hospizalltag berücksichtigt und Möglichkeiten der seelsorglichen Unterstützung aufgezeigt werden.

Filmbeiträge zu Tod und Trauer in verschiedenen Kulturen, z.B.:

1. Nokan – Die Kunst des Ausklangs
2. Heimerde – Letzte Ruhestätte Türkei (Fernsehdokumentation Radio Bremen 2012)

Biografiearbeit, Netzwerkarbeit, Transkulturelle Pflegeanamnese – Möglichkeiten der Umsetzung kultursensibler Pflege

Die Biografiearbeit bei Menschen mit Zuwanderungsgeschichte bietet die Möglichkeit, im Rahmen einer Pflegeanamnese wichtige Ereignisse aus dem Leben zu erfahren und im Pflegeprozess zu berücksichtigen. Es erleichtert den Zugang zum betroffenen Menschen und seinen Angehörigen und schafft eine gute Vertrauensbasis. Folgende Fragen bieten als Leitfaden eine Orientierung:

- Wie lange lebt die Patientin bzw. der Patient schon im Aufnahmeland?
- Wo ist sie oder er geboren und aufgewachsen?
- Gab es den Wunsch nach Rückkehr?
- Ist die Integration im Aufnahmeland erfolgreich verlaufen?
- Gibt es Diskriminierungserfahrungen?
- Gibt es traumatische Gewalt- oder Kriegserfahrungen?
- Wie wird in der Familie mit der erfolgten Migration umgegangen?
- Werden bestimmte Traditionen weiter gelebt?

Im Rahmen dieser Einheit sollten sich die Teilnehmenden auch mit dem Thema Lebenswelten von Migrantinnen und Migranten auseinander setzen. Dabei geht es um soziale Netzwerke wie Ehe, Familie und Verwandtschaft, Zugehörigkeit zu religiösen Gemeinschaften und Gemeinden, Nachbarschaftsnetzwerke und Gemeinwesenarbeit. Es soll dabei ermutigt werden, z.B. Kontakt zu Vertretern und Vertreterinnen religiöser Gemeinschaften und Verbände aufzunehmen. Auch der Besuch von Orten wie z.B. einer Synagoge, einer Moschee oder eines Kulturvereins zwecks Austausch und Zusammenarbeit kann hilfreich und bereichernd sein. Solche Angebote haben zudem den Nutzen, bei Wunsch nach seelsorglicher Begleitung, Möglichkeiten der Unterstützung zu erfahren.

Methoden:

- Besuch einer Moschee, Synagoge oder anderer religiöser Einrichtungen
- Planung gemeinsamer Informationsveranstaltungen z.B. zum Thema Hospiz und seine Aufgaben

Kultursensible Pflege in der Begleitung schwerstkranker Kinder mit Zuwanderungsgeschichte

Grundsätzlich ist zu beachten, dass Kinderhospizarbeit konzeptionell eine etwas andere Ausrichtung hat. Palliative Care mit dem Schwerpunkt Kultursensible Pflege im Bereich Pädiatrie unterscheidet sich in einigen wesentlichen Punkten von dem Bereich

der Erwachsenenpflege. Sie bezieht sich zum einen auf den Umgang mit dem schwerstkranken oder sterbenden Kind und seinen Eltern und Angehörigen, zum anderen auf die Rolle des Kindes innerhalb seiner Familie. Besonders in großen Familienverbänden gibt es oftmals mehr Personen mit Erziehungsfunktion als ausschließlich Vater und Mutter. Auch Großeltern, Verwandte und ältere Geschwisterkinder haben Mitspracherecht und Einflussmöglichkeiten. Diese Besonderheiten spielen gerade im Bereich der Kommunikation eine wichtige Rolle. Darüber hinaus gibt es viele andere Themen, die angesprochen werden müssen, z.B. das Thema Schmerzäußerung bei sprachlich eingeschränkten Mitteilungsebenen. Auch hier gibt es die Möglichkeit der nonverbalen Erfassung von Schmerzen und anderer Symptome (Zernikow et al. 2008: 100-130, 131ff.).

Ein weiteres wichtiges Thema ist der Umgang mit Trauer und Bestattung beim Tod eines Kindes. Ein verstorbene Kind nimmt in den meisten Religionen eine Sonderstellung ein. Im Islam gilt es beispielsweise als engelsgleich und unschuldig, da es noch keine schwerwiegenden Verfehlungen auf sich geladen hat. Deshalb kehrt ein verstorbene Kind sofort in das Paradies ein. Die Vermittlung von Hintergrundwissen zu Tod und Trauer im kulturellen Vergleich mit dem Fokus Kind ist deshalb auch hier zu berücksichtigen.

Darüber hinaus müssen die Informationsdefizite zu den Angeboten und Versorgungsstrukturen von pädiatrischer Palliative Care und Hospizeinrichtungen reduziert und Vertrauen für externe unterstützende Maßnahmen in der Versorgung schwerstkranker Kinder und deren Familienangehörigen geschaffen werden.

Es gibt wenig Literatur zum Thema Kultursensible Pflege im Bereich Palliative Care in der Pädiatrie bei gleichzeitig zunehmendem Bedarf an Fort- und Weiterbildung zu diesem Thema. Das Thema ist insgesamt anspruchsvoll, komplex und emotional aufgeladen. Es kann deshalb an dieser Stelle nur unzureichend dargestellt werden, soll aber nicht aus dem Blick geraten.

Methoden:

Textarbeit über die Bedeutung von Kindern weltweit

Es stehen Beispiele über Erziehung und Stellung der Kinder aus den verschiedenen Kulturen zur Verfügung.

Rollenspiele z.B. zu einem Beratungsgespräch zwischen Eltern und Pflegepersonal/ärztlichem Personal

Rollenspiel: Zwei Rollen werden mit entsprechender Anleitung vergeben:

Rolle 1: Eltern (zwei Personen)

Rolle 2: Pflegeperson oder Arzt/Ärztin

Das Rollenspiel ist thematisch variabel. Es kann sich z.B. auf ein erlebtes konflikthafes Geschehen der Teilnehmenden beziehen und als Rollenspiel noch einmal nach-

bearbeitet werden. Das Rollenspiel kann aber auch dazu dienen, in verschiedene Rollen zu schlüpfen und dadurch eine andere Sicht zu erlangen. Besonders belastende Themen wie z.B. die Mitteilung einer unheilbaren Erkrankung können dann aus verschiedenen Perspektiven betrachtet und für alle annähernd erlebbar werden.⁴ Im Anschluss findet dann wieder eine gemeinsame Auswertung im Plenum statt (oben bereits beschriebene Fragen bei der Auswertung von Rollenspielen können dabei erneut berücksichtigt werden).



Resümee

Die Notwendigkeit von Schulungen und Unterrichtseinheiten zum Thema „Kultursensible Pflege“ im Bereich Palliative Care ist trotz vorhandenen Bedarfs bislang kaum berücksichtigt worden. Die Auswertung der Befragung von Hospiz- und Palliativeinrichtungen durch A. Zielke-Nadkarni macht den Bedarf nach Fort- und Weiterbildungen zum Thema nochmal besonders deutlich.

Eine Unterrichtseinheit sollte dabei logisch aufgebaut sein und gleichzeitig genügend Zeitpuffer und Repertoire in den Methoden haben, um situationsgerecht die Schulungsbedarfe der Teilnehmenden zu berücksichtigen. Dabei ist es empfehlenswert, die eigenen Erfahrungen der Teilnehmenden im Unterricht immer wieder aufzugreifen und durch Beispiele und Hintergrundinformationen seitens der Seminarleitung zu klären. Dann kann eine solche Schulung viele Einsichten mit Wiedererkennungswert auslösen, interkulturelle Kompetenzen stärken und Gelassenheit im Umgang mit nicht eindeutigen Situationen vermitteln. Am Ende bleibt zu sagen, dass auch eine Unterrichtseinheit im Rahmen einer Weiterbildung oder Fortbildung nur ein Einstieg in die Thematik sein kann, sie aber damit nicht abgeschlossen ist. Viele weitere Themen im Rahmen von Interkultureller Öffnung schließen sich daran an. ●

⁴ Rollenspiele haben eine wichtige Funktion in Trainings und Seminareinheiten, da sie gut geeignet sind, Themen lebendig und menschlich werden zu lassen. Anleitungen für Rollenspiele gibt es zuhauf. Eine Recherche im Internet oder eine Literaturrecherche kann dabei unterstützen.

Literaturliste

Adam, Y.; Stülb, M. (2006): Von der Sterbekultur zur individuellen Sterbebegleitung. In: Pflegezeitschrift, 59 (4): 235-239.

Assmann, J.; Maciejewski, F.; Michaels, A. (Hrsg.) (2007): Abschied von den Toten. Trauerituate im Kulturvergleich. 2. Aufl., Göttingen.

Aulbert, E. (2007): Psychische Grundlagen von Schmerzempfinden, Schmerzáußerung und Schmerztherapie. In: Aulbert, E.; Nauck, F.; Radbruch, L. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. 3. Aufl., Stuttgart, 246-254.

Balikci, A. (2010): Eine zerstückelte Leber oder wenn die Seele am Boden liegt. In: Pflegezeitschrift, 63 (12): 718-721.

Baumgartner Biçer J. (2007): Religiöse Hintergründe und soziale Praktiken. In: Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern, 67-85.

Binnewies, B. (2008): Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus am Beispiel muslimischer Patienten. Norderstedt.

Bischof, J. (2009): Das fremde Sterben der Muslime. Konzepte kulturkompetenter Trauerbegleitung für türkischstämmige Migranten und Migrantinnen. In: Praxis Palliative Care, (3): 12-14.

Bosma, H.; Aplan, L.; Kazanjian, L. (2010): Cultural conceptualizations of hospice palliative care: more similarities than differences. In: Palliative Medicine (24): 510-522.

Bourquin, C.; Singy, P.; Weber, O.; Stiefel, F. (2010): Patienten als Objekte, Patienten als Subjekte: der Fall der Migranten. In: Palliative-ch, (3): 27.

Büche, D. (2010): Spiritualität im ärztlichen Alltag. In: Palliative-ch, (1): 19-21.

Büche, D. (2012): Assessment und Assessmentinstrument in der Palliative Care. In: Therapeutische Umschau, 69 (2): 81-86.

Bühlmann, R. (2010): Transkulturelle Kompetenz: eine sinnvolle Ergänzung der palliativen Kompetenz. In: Palliative-ch, (3): 5-7.

Bühlmann, R.; Stauffer, Y. (2007): Die Bedeutung der Kommunikation in der transkulturellen Pflege. In: Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern, 275-285.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2012): <http://www.bamf.de/DE/Migration/JuedischeZuwanderer/AktuelleInfo/aktuelleinfo-node.html> (Stand: 5.2.13)

Coupland, V.; Madden, P.; Jack, R. et al. (2011): Does place of death from cancer vary between ethnic groups in South East England? In: Palliative Medicine, (25): 314-322.

Cottier, Ch. (2012): Qualität in Palliative Care. In: Therapeutische Umschau, 69 (2): 120-125.

Curtis, C. (2001): Hypnotherapy in a specialist palliative care unit: evaluation of a pilot service. In: International Journal of Palliative Nursing, 7 (12): 604-609.

Der Koran (2007): Übersetzung: Paret, R. 10. Aufl., Stuttgart.

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (2011): Tod und Sterbebegleitung im Islam. Bundes-Hospiz-Anzeiger, 9 (6): 10-11.

DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2005): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Schriftenreihe des DNQP. Osnabrück.

Domenig, D.; Stauffer, Y.; Georg, J. (2007): Transkulturelle Pflegeanamnese. In: Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern, 301-310.

Domenig, D. (2007a): Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In: Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern, 165-204.

Domenig, D. (2007b): Behandlung und Pflege in soziozentrierten Kontexten. In: Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern, 205-219.

Dörschug, D. (2011a): Pflege Sterbender und der Umgang mit Verstorbenen unterschiedlicher Religionen. In: Zeitschrift für Palliativmedizin, 12 (2): 62-65.

Dörschug, D. (2011b): Umgang mit Verstorbenen und ihren Angehörigen unterschiedlicher Religionen/Kulturen. Erfahrungsbericht. In: Zeitschrift für Palliativmedizin, 12 (2): Einlage.

Duffy, S.; Jackson, F.; Schim, S. et al. (2006): Cultural concepts at the end of life. In: Nursing Older People, (19): 10-14.

Elibol, Z. (2009): Was kann die muslimische Tradition zu Spiritual Care beitragen? In: Spiritualität und Spiritual Care, Jahresheft 2009, 76-77.

Erim, Y. (2009): Interkulturelle Kommunikation in der psychoonkologischen Arbeit mit Migranten. In: Forum, 24 (4): 43.

Evans, N.; Menaca, A.; Andrew, E.V. et al. (2012): Systematic review of the primary research on minority ethnic groups and end-of-life care from the United Kingdom. In: *Journal of Pain Symptom Management*, (43): 261-286.

Eychmüller, S. (2012): SENS macht Sinn – Der Weg zu einer neuen Assessment-Struktur in der Palliative Care. In: *Therapeutische Umschau*, 69 (2): 87-90.

Fiedler-Löffelholz, K. (2011): Unterwegs mit Chivantarak – einem reisenden Hospiz in Thailand. In: *Bundes-Hospiz-Anzeiger*, 7 (1): 7.

Flaiz, B. (2009): Interkulturelles Pflegekonzept. Türkische Muslime in der letzten Lebensphase begleiten. In: *Die Schwester / Der Pfleger*, 48 (9): 850-854.

Freise, Josef (2007): Interkulturelle Soziale Arbeit. Schwalbach.

Gay, B.; Luethi, F. (2011): Die orale Mukositis in der Krebstherapie. In: *Palliative-ch*, (2): 13.

Giger, J.N.; Davidhizar, R.E.; Fordham, P. (2006): Multicultural and multi-ethnic considerations and advanced directives: Developing cultural competency. In: *Journal of Cultural Diversity*, 13: 3-9.

Grammatico, D. (2008): Die Bedeutung von Zuwendern im Kontext der Hospiz- und Palliativarbeit. In: *ALPHA-Westfalen* (Hrsg.), Münster.

Green, C. R.; Tait, R.C.; Gallagher, R.M. (2003): The unequal burden of pain: confronting racial and ethnic disparities in pain. In: *Pain Medicine*, 4 (3): 277-294.

Gunaratnam Y. (2002): Kultur ist nicht alles. Eine Kritik der Multikulturalität in der Palliative Care. In: Heller, B. (Hrsg.): *Aller Einkehr ist der Tod. Interreligiöse Zugänge zu Sterben, Tod und Trauer*. Freiburg i. Breisgau, 45-166.

Gunaratnam, Y. (2012): Kultur ist nicht alles. Eine Kritik der Multikulturalität in der Palliative Care. In: Heller, B. (Hrsg.): *Wie Religionen mit dem Tod umgehen. Grundlagen für die interkulturelle Sterbebegleitung*. Freiburg i. Breisgau, 256-282.

Hannah, S. D. I. (2011): Clinical Care in Environments of Hyperdiversity. In: DelVecchio-Good, M.J.; Willen, S.S.; Hannah, S.D.; Vickery, K.; Taeseng Park, L. (Hrsg.): *Shattering Culture: American Medicine responds to cultural diversity*. New York, 35-69.

Handschuck, S.; Klawe, W. (2010): Interkulturelle Verständigung in der Sozialen Arbeit. Weinheim u. München.

Handschuck, S.; Schröer, H. (2012): Interkulturelle Öffnung und Orientierung. Augsburg.

Haraldsdottir, E.; Clark, P.; Murray, S.A. (2010): Health-promoting palliative care arrives in Scotland. In: *European Journal of Palliative Care*, 17 (3): 130-132.

Heller, A. (2010): Editorial. In: *Praxis Palliative Care*, (7): 3.

Heller, B. (2010a): „Die Tage zu zählen, lehre uns“. In: *Praxis Palliative Care*, (7): 12-14.

Heller, B. (2010b): Altersaskese und Sterbefasten im Hinduismus. In: *Praxis Palliative Care*, (7): 15.

Heller, B. (2010c): Trauer hat viele Gesichter. In: *Praxis Palliative Care*, (9): 20-22.

Heller, B. (2012): Wie Religionen mit dem Tod umgehen. Grundlagen für die interkulturelle Sterbebegleitung. Freiburg i. Breisgau.

Helman, C.G. (2009): Culture, health and illness. An introduction for health professionals. 5. Aufl. Oxford.

Henke, O.; Thuss-Patience, P. (2012): Hospiz- und Palliativversorgung von Patienten mit Migrationshintergrund in Deutschland. In: *Zeitschrift für Palliativmedizin*, (13): 191-196.

Hess-Cabalzar, A. (2007): Wenn die Sprache versagt – nonverbale Kommunikation. In: *Palliative-ch*, (4): 12-14.

Hüper, Ch.; Kerkow-Weil, R. (2007): Schmerz im Migrationskontext. In: Domenig, D. (Hrsg.): *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern, 541-558.

Husić, K.; Sadiković, O.; Tahirović, H. (2011): Severe pain treatment of children in the terminal stages of malignant diseases: case report. In: *Paediatrics Today*, 7 (2): 145-149.

Ilkic, I. (2008): Kulturelle Aspekte bei ethischen Entscheidungen am Lebensende und interkulturelle Kompetenz. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* (51): 857-864.

Immenschuh, U.; Scheele-Schäfer, J.; Spahn, C. (Hrsg.) (2005): Ambulante Pflege: Die Pflege gesunder und kranker Menschen, Bd. 2: Wissenschaftlich fundiertes Pflegehandeln bei ausgewählten Krankheitsbildern. Hannover.

Jennessen, S.; Bungenstock, A. (2011): Kinderhospizarbeit. Konzepte, Erkenntnisse, Perspektiven. Stuttgart.

Johner, I. (2010): Jüdisch-christliches Zusammenleben im Pflegeheim. In: *Palliative-ch*, (3): 21-22.

Literaturliste

Joray, M.L.; Leuenberger, M.; Eychmüller, S.; Stanga, Z. (2012): Ernährung in der Palliative Care: Praxisrelevante Aspekte. In: Palliative-ch, (3): 5-9.

Kai, J.; Beavon, J.; Faull, C. (2011): Challenges of mediated communication, disclosure and patient-autonomy in cross-cultural cancer care. In: British Journal of Cancer, (105): 918-924.

Kayser, A. (2011): Die transkulturelle Pflegeanamnese in der Palliative Care. In: Zeitschrift für Palliativmedizin, (6): Beilage.

Kayser, A.; Bühlmann, R. (2012): Transkulturelle Kompetenz: Herausforderungen für die Weiterbildung und Umsetzung im Arbeitsfeld. In: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.): Transkulturelle Public Health. Ein Weg zur Chancengleichheit. Zürich, 41-58.

Kerkovius, S.; Kerkovius, T. (2010): Erkundungen in einem fernen Land. In: Praxis Palliative Care, (6): 40-42.

Kern, M. (2011): Pflege Sterbender und der Umgang mit Verstorbenen unterschiedlicher Religionen. In: Zeitschrift für Palliativmedizin, (2): 62-65.

Kleinman, A. (1980): Patients and Healers in the Context of Culture. Berkeley.

Kozłowska, L.; Doboszynska, A. (2012): Nurses' nonverbal methods of communicating with patients in the terminal phase. In: International Journal of Palliative Nursing, 18 (1): 40-46.

Lenzer, H. (2012): Palliativversorgung in Irland. In: Zeitschrift für Palliativmedizin, 13 (6): 277.

Leonhard, B. (2005): Die Pflege von Holocaust-Überlebenden im Alter. Frankfurt/M.

Lewkowicz, T.; Zielke-Nadkarni, A. (2011): Sterben und Tod. In: Zielke-Nadkarni, A. et al., Kultursensibel pflegen. Reihe: Grundlagen der Pflege für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. (30): 31-34.

Malin, D. (2010): Chronische Schmerzen und fern der Heimat. In: Praxis Palliative Care, (8): 21-23.

Mappes-Niediek, N. (2012): Arme Roma, böse Zigeuner. Berlin.

Marten, V. (2011): Besuch eines Hospizes in Venedig. In: Bundes-Hospiz-Anzeiger, 7 (1): 22.

Mascia, M. (2010): „Was habe ich noch, außer Schmerzen?“ In: Praxis Palliative Care, (8): 12-14.

Meier, R.; Zielke-Nadkarni, A. (2011): Krankheits- und Gesundheitsverständnis. In: Zielke-Nadkarni, A. et al.:

Kultursensibel pflegen. Reihe: Grundlagen der Pflege für die Aus-, Fort- und Weiterbildung, (30): 17-21.

Moser, C. (2007): Traumatisierungen bei Migranten mit Folter- und Kriegserfahrungen. In: Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern, 517-540.

Neuberger, J. (2009): Sterbende unterschiedlicher Glaubensrichtungen pflegen. 2. Aufl., Bern.

Oestmann, A. (2011): Vergessene Symptome. In: Palliative-ch, (2): 5-7.

Offermanns, P. (2010): Palliative Care und Spiritualität: eine interkulturelle und interreligiöse Herausforderung. In: NovaCura, 41 (7/8): 43-45.

Ostenrath, F. (2008): „Sorge, für deinen Leib, doch nicht so, als ob er deine Seele wäre“ – Ein Impuls. In: Hospiz Dialog NRW, (34): 12-14.

Poser, M.; Zielke-Nadkarni, A. (2009): Trauma. In: Zielke-Nadkarni et al.: „Man sieht nur, was man weiß“. NS-Verfolgte im Alter. Frankfurt/M., 163-170.

Proserpio, T. (2010): Spiritualität in der Palliative Care. Gelegenheit für einen interkulturellen und interreligiösen Dialog. In: Palliative-ch, (1): 31.

Radbruch, L.; Payne, S. and the EAPC Board of Directors (2010): White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. In: European Journal of Palliative Care, 17 (3): 22-33.

Renz, M. (2010): Spiritualität in Leid und Krankheit – Ein Forschungsprojekt am Kantonsspital St. Gallen. In: Palliative-ch, (1): 23-25.

Saalfrank, E.S. (2009): Was können buddhistische Traditionen zu Spiritual Care betragen? In: Spiritualität und Spiritual Care, Jahressheft 2009: 78-81.

Schmid, C.; Eglin, A. (2010): Spiritual Assessment in der Langzeitpflege. In: Palliative-ch, (1): 9-11.

Seeger, C. (2010): Biografisches Arbeiten in der Sterbegleitung – jedes Leben hinterlässt Spuren. In: Kränzle, S.; Schmid, U.; Seeger, C. (Hrsg.): Palliative Care. Heidelberg, 65-79.

Seel, M. (2003): Die Pflege des Menschen. 3. Aufl., Hannover.

Shanmugasundaram, S.; O'Connor, M. (2009): Palliative care services for Indian migrants in Australia: experiences of the family of terminally ill patients. In: Indian Journal of Palliative Care, 15 (1): 76-83.

Sittler, E.; Kruft, M. (Hrsg.) (2009): Handbuch Altenpflege. 3. Aufl., München.

Sprung, A. (2007): Transkulturelle Kompetenzerweiterung als Herausforderung für die Aus- und Weiterbildung. In: Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern, 311-322.

Stähli, A. (2011): Palliative Care im Kontext kulturell-religiöser Vielfalt. In: Zeitschrift für Palliativmedizin, 12 (6): 256-259.

Stanjek, K. (2007): Die Vermittlung der transkulturellen Pflege in der Aus- und Weiterbildung. In: Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern, 323-340.

Statistisches Bundesamt (2012): Pressemitteilung vom 18.12.2012-448/12, www.destatis.de, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2012a): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Ausländische Bevölkerung. Ergebnisse des Ausländerzentralregisters 2011. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2012b): Statistisches Jahrbuch 2012. Wiesbaden. www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuch2012.pdf?__blob=publicationFile, (Stand: 02.02.2013)

Statistisches Bundesamt (2013): www.destatis.de > Zahlen & Fakten > Gesellschaft & Staat > Bevölkerung > Migration & Integration, (Stand: 24.03.2013)

Strasser, F. (2004): Palliation von Appetitverlust und Mangelernährung. In: Palliative-ch, (1): 6-15.

Türkis, I.; Meiners, N.; Seeberger, B. (2012): Islamische Trauerrituale in der Fremde. In: Heilberufe (3): 119-125.

Urban, E. (2011): Transkulturelle Pflege am Lebensende. Stuttgart.

Uzarewicz, Ch. (2007): Die Bedeutung der leiblichen Kommunikation im Kontext transkultureller Pflege. In: Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern, 259-374.

Voigt, G., Reuter, B. (2009): Herausforderung an eine transkulturelle Verständigung. Wie sich eine Sinti-Familie ein würdiges Lebensende vorstellt. In: Pflegezeitschrift, 62 (12): 722-725.

Weiss, C. (2010): Vielsprachige Informationen über Krebsarten. In: Palliative-ch, (3): 39.

Weiss, M. (2012a): Erkennendes Geschehen. In: Praxis PalliativeCare, (15): 46-47.

Weiss, M. (2012b): Lebendige Leere. In: Praxis PalliativeCare, (16): 46-47.

Welsch, W. (1998): Transkulturalität. Zwischen Globalisierung und Partikularisierung. In: Drechsel, P. et al. (Hrsg.): Interkulturalität – Grundprobleme der Kulturbegrenzung. Trier, 45-72.

WHO, World Health Organization (2002): National Cancer Control Programmes, Policies and Managerial Guidelines. Second Edition, Geneva.

Wright, M.; Clark, D. (2006): Hospice and palliative care in Africa. A review of developments and challenges. New York.

Zernikow, B. (Hrsg.) (2008): Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Heidelberg.

Zielke-Nadkarni, A. (2003): Individualpflege als Herausforderung in multikulturellen Pflegesituationen. Bern.

Zielke-Nadkarni, A. (2005): Jüdische Flüchtlinge aus der GUS. Soziokulturelle Hintergründe, Versorgungsbedarf und Pflege. Bern.

Zielke-Nadkarni, A. (2007): Gesundheits- und Krankheitskonzepte. In: Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern, 191-204.

Zielke-Nadkarni, A.; Beckwermert, C.; Lewkowicz, T.; Meier, R. (2011): Kultursensibel pflegen. Reihe: Grundlagen der Pflege für die Aus-, Fort- und Weiterbildung, (30).

Zielke-Nadkarni, A.; Hilgendorff, C.; Schlegel, S.; Poser, M. (2009): „Man sieht nur, was man weiß“. NS-Verfolgte im Alter. Frankfurt/M.

Zielke-Nadkarni, A.; Poser, M. (2009): Traumatische Nachwirkungen der NS – Verfolgung vor dem Horizont der Pflegebedürftigkeit der Betroffenen im Alter. In: Zielke-Nadkarni et al.: „Man sieht nur, was man weiß“. NS-Verfolgte im Alter. Frankfurt/M., 171-177.

Autorenverzeichnis

Anne Artmeyer, M.A.

Referentin für Migration im Rahmen der Integrationsagenturen NRW im DRK-Landesverband Westfalen-Lippe e.V.. Ethnologin und Fachkrankenschwester Palliative Care. Arbeitsschwerpunkte: Schulungen und Projekte zu interkulturellen Themen im Bereich Gesundheit und Migration.

Anke Kayser, M.A.

Ethnologin, Physiotherapeutin, Fachexpertin für Migration und Gesundheit und Transkulturelle Kompetenz.

Dr. phil. Andreas Stähli, M.A.

Leitung Akademie am Johannes-Hospiz, Philosoph, Pflegefachkraft und Trainer in Palliative Care. Inhaltliche Schwerpunkte: Ethik, Spiritualität und Religionspluralität, kultursensible Begleitung.

Prof. Dr. Andrea Zielke-Nadkarni,

Fachhochschule Münster, Fachbereich Pflege und Gesundheit, Arbeitsgebiet Pflegewissenschaft. Forschungsbereiche: Pflege ethnischer Minoritäten, Pflege sozial benachteiligter gesellschaftlicher Gruppen, Frauengesundheitsforschung.

Sollten Sie Fragen oder Interesse an weiteren Informationen, Unterstützung und Schulungen haben, freuen wir uns über einen Kontakt.

Dr. Andreas Stähli

Akademie am
Johannes-Hospiz Münster
Rudolfstr. 31
48145 Münster
Tel.: 0251 37409-278
Fax: 0251 37409-326
E-Mail: a.staehli@johannes-hospiz.de

Anne Artmeyer

DRK-Landesverband Westfalen-Lippe e.V.
Fachbereich Suchdienst/Migration
Sperlichstr. 25
48151 Münster
Tel.: 0251 9739-199
Fax: 0251 9739-106
E-Mail: Anne.Artmeyer@drk-westfalen.de

Impressum

**DRK-Landesverband
Westfalen-Lippe e.V.**

Sperlichstraße 25
48151 Münster
Tel.: 0251 9739-0
Fax: 0251 9739-106
E-Mail: info@drk-westfalen.de

**Akademie am
Johannes-Hospiz Münster**

Rudolfstraße 31
48145 Münster
Tel.: 0251 37409-278
Fax: 0251 37409-326
E-Mail: a.staehli@johannes-hospiz.de

Verantwortlich für den Inhalt: DRK-Landesverband Westfalen-Lippe e.V.: Ludger Jutkeit; Akademie am Johannes-Hospiz Münster: Dr. Andreas Stähli

Redaktion: Dr. Andreas Stähli, Anne Artmeyer, Margreet Toxopéus

Lektorat: Dr. Peter Wiechens

Layout: Sebastian Maaß

Druck: Medienpark Ankum

Erscheinungsdatum: Juni 2013

Fotos: Bildarchiv des Johannes-Hospiz Münster, Fotos Seite 6-7: mit freundlicher Genehmigung des Zürcher Forums der Religionen, Zürich

An abstract artwork on a light-colored, textured background. In the upper half, there are three stylized crosses. Each cross has a green vertical bar and a white horizontal bar, set against a dark, scribbled background. Above each cross is a curved, rainbow-like shape. In the lower half, there are three stylized stars, each with a white outline and a dark, scribbled interior. The overall style is expressive and hand-drawn.

„Wir können andere nicht ausgrenzen,
ohne uns selbst einzusperren.“

Ernst Ferstl

www.drk-westfalen.de
www.johannes-hospiz.de

**DRK-Landesverband
Westfalen-Lippe e.V.**

Sperlichstraße 25
48151 Münster

Tel.: 0251 9739-0
Fax: 0251 9739-106
E-Mail: info@drk-westfalen.de

**Akademie am
Johannes-Hospiz**

Rudolfstraße 31
48145 Münster

Tel.: 0251 37409-278
Fax: 0251 37409-326
E-Mail: a.staehli@johannes-hospiz.de

gefördert durch:

**Ministerium für Arbeit,
Integration und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen**

