

Forschungsbericht zu den „Empfehlungen zur Hospiz- und Palliativbetreuung von Menschen mit Migrationshintergrund“ Andrea Zielke-Nadkarni





Die Autorin:

Prof. Dr. Andrea Zielke-Nadkarni

Fachhochschule Münster, Fachbereich Pflege und Gesundheit, Arbeits-
gebiet: Pflegewissenschaft, Forschungsbereiche: Pflege ethnischer Mino-
ritäten; Pflege sozial benachteiligter gesellschaftlicher Gruppen; Frauen-
gesundheitsforschung

Inhalt

<i>Hintergrund</i>	4
<i>Literaturanalyse</i>	6
<i>Auswertung der Fragebögen</i>	15
<i>Literaturliste</i>	64
<i>Anhang</i>	68
<i>Einbindung der Fragen an die Kinderhospize in den Gesamtpool</i>	

Hintergrund

In der Palliativpflege werden in NRW Menschen aus zahlreichen Ländern, mit verschiedener Religionszugehörigkeit sowie unterschiedlichen, teilweise entgegengesetzten soziokulturellen Bedürfnissen betreut. Der Anspruch der Palliativpflege ist grundsätzlich, diese Menschen individuell und kultursensibel zu begleiten. Um diese anspruchsvolle Betreuungssituation in der stationären Hospiz- und Palliativarbeit von NRW optimieren zu können, soll die gegenwärtige Versorgung mittels einer Literaturanalyse wie auch einer Bedarfsanalyse zur Dokumentation der Palliativpflege von Migranten erhoben werden.

Die Beforschung der Hospiz- und Palliativbetreuung von Menschen mit Migrationshintergrund setzt eine zumindest kurze begriffliche Betrachtung voraus. Die Gäste, 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, Spätaussiedler, d. V.)
3. Politische Flüchtlinge, Asylsuchende und Kontingentflüchtlinge.“ (Grammatico 2008: 10)

Zur 1. Gruppe gehören Menschen aus Italien, Spanien, Griechenland, Portugal, der Türkei, Marokko, Tunesien und dem ehemaligen Jugoslawien. Die 2. Gruppe umfasst Angehörige der deutschen Minderheit in der ehemaligen Sowjetunion, die ab den 1990er Jahren ohne individuelle Verfolgungsnachweise einreisen konnten. Nach Auflösung der Sowjetunion wurden diese Nachweise jedoch wieder eingeführt und im Jahr 2000 wurde eine Beschränkung auf 100.000 Personen jährlich verfügt. Insgesamt wanderten aus dieser Gruppe rd. 4,1 Millionen Aussiedler und Spätaussiedler ein (Grammatico 2008: 14). Zur 3. Gruppe gehören Flüchtlinge und Asylsuchende aus aller Welt, von denen jedoch nur eine verschwindende Zahl Anerkennung findet. Zu den Kontingentflüchtlingen zählen in erster Linie Juden aus der GUS, von denen nach Angaben des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (2012) zwischen 1991 und 2004 etwa insgesamt 230.000 Personen nach Deutschland kamen, bevor diese Möglichkeit durch eine Gesetzesänderung im Jahr 2005 abgeschafft wurde.

Insgesamt lebten 2010 in Deutschland rd. 15.750.000 Personen mit Migrationshintergrund, von denen 1.409.000 älter als 65 Jahre waren (Statistisches Bundesamt 2012a). Der Begriff verweist darauf, dass nicht jede/r von ihnen selbst eingewandert ist, sondern Eltern oder Großeltern. Der Lesbarkeit wegen wird im Folgenden primär der Begriff Migranten verwendet. Aufgrund demographischer Entwicklungen wird sich,

insbesondere in Bezug auf die 1. Gruppe, künftig die Zahl der Menschen, die Palliativpflege benötigen, deutlich erhöhen. Inwiefern Palliativstationen und Hospize in NRW darauf vorbereitet sind, soll diese Studie zeigen.

Von dem Projekt ist ein erster Einblick in die Anzahl der verschiedenen Nationalitäten von Migranten in der Palliativversorgung in NRW und eine erste Ist-Analyse zur Dokumentation von kultursensibler Palliativpflege zu erwarten. Eine Analyse der Fachliteratur soll zeigen, was diese an Informationen zur Palliativversorgung der Migranten beitragen kann. Darüber hinaus werden an die Bedürfnisse der Pflegepraxis angelehnte Empfehlungen zur Verbesserung der Betreuung wie auch der bestehenden Dokumentationssysteme erarbeitet. ●

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).

Für die Recherche wurden außerdem Literaturhinweise in einzelnen Beiträgen genutzt 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. Gründe für die Aussonderung von Quellen waren inhaltlicher Art (z.B. für Erwachsene: Migranten als Familienpflegende im Ausland; Altenpflege; für Kinder und Jugendliche: Kinder mit AIDS in Südafrika; psychisch kranke Kinder, Kinderflüchtlinge) oder Artikel boten keine neuen Erkenntnisse bzw. betrafen eingereichte Abstracts für Fachkonferenzen oder Poster.

Insgesamt waren keine spezifischen Quellen zu Kindern/Jugendlichen mit Migrationshintergrund in der Palliativpflege vorhanden. Jedoch sollen an dieser Stelle angesichts der defizitären Forschungslage zwei Fachzeitschriften erwähnt werden, die der Palliativpflege von Kindern/Jugendlichen ein Heft widmen: *Palliative-CH* 2/2004; *Leidfaden. Fachmagazin für Krisen, Leid, Trauer* 4/2012 und die Studie von Jennesen und Bungenstock (2011), die zwar nicht ausdrücklich Migranten einbezieht, aber die Qualität der verschiedenen Tätigkeitsbereiche aus Theorie und Praxis der Kinderhospizarbeit in Deutschland untersucht und Leitlinien vorstellt, die aus den Daten abgeleitet werden.

In die Untersuchung eingeschlossen wurden letztlich 57 Quellen.

Nur wenige Beiträge untersuchen das Thema Hospiz- und Palliativpflege (HPP) von Migranten wissenschaftlich. Es überwiegen deskriptive Aufsätze und Erfahrungsberichte. Da es jedoch konkret um die Pflege und Betreuung geht, können ihnen dennoch wichtige Hinweise zur gegenwärtigen Lage sowie zur Verbesserung der Versorgung der Gäste entnommen werden.

Eine Ausnahme bildet die wichtige Überblicksarbeit von Henke und Thuss-Patience (2012) zur Palliativversorgung von Migranten in Deutschland. Die Autoren verweisen auf graue Literatur als den umfangreicheren Informationsträger. Im Folgenden wird ein Überblick über die im Kontext Palliative Care von Migranten relevanten Themen in der Literatur gegeben, eine Vertiefung findet sich im Rahmen der Diskussion der Einzelergebnisse. Nicht immer ist eine eindeutige Zuordnung zu einem Thema möglich, da es Überschneidungen gibt, daher wird die Zuordnung gemäß dem wichtigsten Schwerpunkt vorgenommen. In die Analyse mit hineingenommen wurden darüber hinaus einzelne Artikel, deren Inhalte zwar nicht auf Migranten bezogen sind, aber hilfreiche Hinweise für die Begleitung dieses Klientels bieten.

Palliativpflege

Elke Urban (2011) stellt den palliativpflegerischen Umgang mit sterbenden Mormonen, Rastafari, Russlanddeutschen, Sinti und Roma, Jehovas Zeugen, Menschen aus chinesischen Kulturen u.a. wie auch mit Angehörigen der fünf Weltreligionen dar. Das Buch von Neuberger (2009) umfasst darüber hinaus Angehörige afrikanischer und afro-karibischer Traditionen, Sikhs und Japaner. Wie auch Urbans Werk bietet es mit seinen äußerst knappen Darstellungen (z.B. afrikanische und afro-karibische Traditionen auf 4 Seiten), eher eine allererste Orientierungshilfe, birgt aber die Gefahr der Typisierung. Beide Werke werden eher der Vollständigkeit halber erwähnt. – Aufschlussreiche Informationen zur Entwicklung und zu den Herausforderungen von Hospizen und Palliativpflege in 26 afrikanischen Staaten geben Wright und Clark (2006), allerdings geht es weniger um Palliativpflege als solche.

Grammatico (2008) untersucht die Bedeutung von Zuwanderern im Kontext der Hospiz- und Palliativpflege mittels 16 problemzentrierter Interviews, in die auch zwei Türken und ein Grieche als Repräsentanten verschiedener Organisationen zur Unterstützung von Migranten einbezogen werden. Sie kommt verschiedentlich zu ähnlichen Ergebnissen wie die vorliegende Studie. Unter anderem konstatiert auch sie die sehr geringe Anzahl erwachsener Nutzer mit Migrationshintergrund von Palliativeinrichtungen, die von Coupland et al. (2011) und Evans et al. (2012) auch für Großbritannien festgestellt wird. – Shanmugasundaram und Connor (2009) analysieren sechs Tiefeninterviews mit indischen Familienmitgliedern in Australien und nennen drei Haupt-

schwierigkeiten mit dem australischen Gesundheitssystem, die indische Patienten in der Palliativpflege erleben: Probleme der Kompatibilität mit indischen Unterstützungssystemen, kulturellen Aspekten und Pflegeerfahrungen.

Ein explizit gesundheitsförderndes Konzept der Palliativpflege stellen Haraldsdottir et al. (2010) vor, das aus Australien stammt, auch in Schottland eingesetzt wird und Gesundheitsförderung mit einem holistischen, individualistischen und partizipatorischen Ansatz verbindet. Ziel sind Information und Anleitung zur Gesundheitsförderung angesichts des Todes. Da in Australien mittlerweile eher in Institutionen als zu Hause gestorben wird, unterstützt die Regierung den Ansatz, auch angesichts des Todes zu leben (Saunders: den Tagen Leben geben). Hierzu wird eine helfende Umgebung kreiert, die persönliche Weiterentwicklung gezielt fördert, und individuelle Wünsche werden möglichst erfüllt. Eine hilfreiche Leitlinie bietet die Website www.latrobe.edu.au/pcu/guide.htm.

Ergänzend sei auch ausdrücklich auf das Leiden von Kindern/Jugendlichen in der Sterbesituation hingewiesen, für das Mascia (2010), wenn gleich nicht migrationsspezifisch, folgende seelische, soziale und spirituelle Belastungen aufführt:

- seelische Belastungen: verändertes Aussehen, Scham, Langeweile, Wechselspiel von Hoffen und Bangen bei Tumorrezidiven und beim Auftreten von Metastasen
- soziale Belastungen: Reaktionen der Freunde und Verwandten verunsichern das Kind
- spirituelle Belastungen: Lebensbegrenzung, verändertes Körperbild, Trauer um verlorene Möglichkeiten, Vorstellungen, die tödliche Krankheit selbst verschuldet zu haben.

Sie machen die Dringlichkeit einer umfangreichen, individuellen Dokumentation gerade für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund deutlich, damit sie von Schmerzen befreit, von Schamgefühlen entlastet, von Schuldgefühlen erlöst und in ihrer Trauer kindgerecht begleitet werden (s. auch Zernikow 2008; Jennessen und Bungenstock 2011). Ein Bewusstsein für diese Situation zu wecken, ist ein wichtiges Anliegen dieses Forschungsprojekts.

Spiritualität / Religion

Spiritualität und – eingeschränkter – Religiosität spielen angesichts des Todes eine besondere Rolle, die auch in der Literatur gewürdigt wird. So wird der Zusammenhang von Leben und Tod aus der Perspektive verschiedener Religionen dargestellt (Dörschug 2011a; Lewkowicz und Zielke-Nadkarni 2011; Offermanns 2010), so als Überblicksdarstellung Dörschug (2011a, 2011b), für den Buddhismus Ostenrath (2008), Saalfrank (2009), Fiedler-Löffelholz (2011) und für den Islam Elibol (2009), Bischof (2009), Dt. Hospiz- und Palliativverband e.V. (2011), Dörschug (2011b). Johnner (2010) beschreibt Erfahrungen mit jüdischen Gästen, wobei sie allerdings nicht zwischen den

verschiedenen Glaubensrichtungen (von orthodox bis zum Reformjudentum) differenziert, die sehr unterschiedlich mit den pflegerelevanten Geboten der Halacha umgehen, z.B. der Frage der Einnahme von Medikamenten am Sabbat. Dass gelebte Spiritualität individuelle Formen mit Elementen aus verschiedenen Religionen beinhalten kann, belegt eindrücklich Stähli (2011) an konkreten Fallbeispielen.

Zur Spiritualität gehören auch Rituale im weitesten Sinne. Umfangreich informiert hierzu das Buch von Birgit Heller (2012), das neben Aufsätzen zu Ritualen in den 5 Weltreligionen auch medizinethische Aspekte am Lebensende und kritische Aspekte der Palliativpflege bearbeitet. In einem komparativen Werk beschreiben Assmann et al. (2007) Trauerrituale ausgewählter Kulturkreise (Südasien, westliche Länder, Ägypten und Alter Orient). – Türkis et al. (2012) betrachten islamische Trauerrituale, insbesondere nach der Bestattung, und ihre Veränderungen als Folge der Migration. Dafür führten sie neun problemzentrierte Experteninterviews mit fünf Repräsentanten türkischer Organisationen in Deutschland und vier in der Türkei durch, die zeigen, dass sich durch die räumliche und emotionale Distanz zwischen Trauergemeinde und Verstorbenem Trauer weitestgehend in der Familie vollzieht. Bischof (2009) offeriert Konzepte für eine kulturkompetente Trauerbegleitung von Muslimen. – 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: als wortwörtliche Übersetzer, als Sinnübersetzer, als Anwälte des Patienten sowie als Co-Therapeuten.

Grammatico (2008: 41) zitiert einen türkischen Psychiater, nach dem migrationsbedingte Entwurzelung, Rückkehrillusion und Armut wichtige Gesprächsaspekte der psychosozialen Betreuung von Migranten darstellen.

Weiss (2010) weist auf leicht verständliche, illustrierte Sprachführer für krebserkrankte Gäste in den Sprachen Albanisch, Serbisch, Kroatisch, Bosnisch, Portugiesisch, Spanisch, Türkisch, Deutsch, Französisch und Italienisch hin, die unter www.krebsliga.ch/migranten zu finden sind. – Besonders schwierig, so Oestmann (2011), wird die verbale Verständigung bei Symptomen mit kompliziertem Entstehungsmechanismus, die sich seitens der professionellen Helfer kaum einfach erklären lassen, wie der Juckreiz oder ein persistierender Schluckauf.

Ein wichtiges Gesprächsthema mit dem Gast und seinen Angehörigen kann auch die Frage danach sein, was geschehen soll, wenn der Patient nicht mehr selbst bestimmen kann, womit sich Radbruch et al. (2010) befassen.

Büche (2010) beschreibt eine andere Art des Zuhörens, nämlich eine spirituelle, die nicht verstehend sein müsse oder könne. Diese Sicht mag es Pflegenden erleichtern, mit fremdem Gedankengut, gerade bezüglich der spirituellen Orientierung (z.B. der Angst vor bösen Geistern), in einer Form umzugehen, die einen Austausch bei aller Fremdheit dennoch möglich macht.

Strukturelle Hinweise für die Verbesserung der Kommunikation geben zwei Aufsätze: Schmid und Eglin (2010) bieten erste konzeptionelle Hinweise für die Entwicklung eines individuellen spirituellen Assessments. Sie plädieren dafür, durch Beobachtung über einen längeren Zeitraum ein Verständnis für die individuellen Äußerungen und Verhaltensweisen eines Gastes zu entwickeln, was gerade bei verbalen Kommunikationsproblemen ein hilfreicher Hinweis sein kann. Proserpio (2010) mahnt eine früh einsetzende spirituelle Unterstützung an, die auf der Basis spiritueller Kompetenz erfolgen sollte, wie sie von der *Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) gefordert wird.

Wo verbale Kommunikation nicht möglich ist, beschreibt Hess-Cabalzar (2007) Wege des Mitschwingens mit dem Patienten auf der Basis von Offenheit, Empathie und Verständnis, ähnlich wie Renz (2010), der die Arbeit mit Grenzerfahrungen durch Eingehen auf Mimik, Gestik und Laute erläutert.

Auch Konfliktsituationen im Kommunikationsrahmen transkultureller Versorgung werden beschrieben. Ilkilic (2008) verweist auf Konflikte in transkulturellen Kommunikationssituationen, die auf mangelnde interkulturelle Kompetenz zurückzuführen seien und auch Giger et al. (2006) sowie Erim (2009) und Balikci (2010) betonen die Bedeutung kultureller Kompetenzen für die Kommunikation. Kai et al. (2011) stellen in einer qualitativen Studie mit 106 Teilnehmern die Probleme in Kommunikationssituationen insbesondere mit Laiendolmetschern der Familien dar, die den Tumorkranken vielfach Informationen vorenthielten.

Schmerz

Schmerz hat neben der körperlichen und seelischen viele weitere Dimensionen – im Sinne von Saunders „total pain“ – z.B. eine soziokulturelle und eine spirituelle. Schmerz von Migranten hat zudem eine kommunikative Dimension, denn 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 etwas Universales, also bei allen Menschen sehr ähnlich, dagegen sind Schmerztoleranz und -ausdruck individuell und soziokulturell geprägt (Hüper und Kerkow-Weil 2007).

Insgesamt ist die Forschungslage zu Schmerzen von Migranten in der Palliativsituation äußerst defizitär. Im Rahmen der Auswertung werden Hinweise aus der weiteren Literatur zum Thema gegeben.

Soziokulturelle Besonderheiten

Verschiedene Artikel befassen sich mit soziokulturellen Besonderheiten. So fördert beispielsweise der thailändische Staat Meditation als alternative Medizintechnik, die auch für Sterbende eingesetzt wird (Fiedler-Löffelholz 2011). In Japan wird der Butō-Tanz als Erkenntnisweg und heilsames Geschehen zur Trauerbewältigung eingesetzt – dieser Ausdruckstanz beinhaltet Leid und zugleich „heilsames Trauern“ (Weiss 2012a, 2012b). Damit kann auch der ansonsten bestehenden „Sprachlosigkeit“ entgegenge wirkt werden, mit der Gefühle wie Trauer oder Wut in Japan belegt sind, um andere nicht zu belasten (Kerkovius und Kerkovius 2010).

Ganz das Gegenteil davon ist der Umgang mit Trauer in Irland, wo die Totenwache („wake“) kulturell institutionalisiert ist und nicht nur die Familie, Freunde und Bekannte der Verstorbenen betrifft, sondern z.B. auch das Pflegepersonal eines mobilen Palliative Care Teams in dieses tröstende und teilweise fröhliche Ritual einbezogen wird (Lenzer 2012).

Aus soziokulturellen Besonderheiten können jedoch auch kulturelle Missverständnisse entstehen, insbesondere wenn gegenseitiges Misstrauen herrscht, wie z.B. bei einem Krankenhausaufenthalt eines Sinto, währenddessen sich ärztliches und pflegerisches Personal als wenig flexibel erwiesen (Voigt und Reuter 2009).

Gemeinsamkeiten

Henke und Thuss-Patience (2012: 194) zitieren eine Studie von Duffy et al. (2006), die Gemeinsamkeiten erhebt, welche für Patienten mit Migrationshintergrund einheitlich bedeutsam sind, unabhängig von ihrer ethnischen Zugehörigkeit. 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“. Ähnliche Ergebnisse präsentieren Bosma et al. (2010).

Soziokulturelle, gruppenbezogene Faktoren versus Individualität

Die Bedeutung eines individuellen Zugangs zu den Betreuungsbedürfnissen eines Gastes kann, auch auf der Basis der vorliegenden Befunde (Duffy et al. 2006),

nicht deutlich genug hervorgehoben werden (Stähli 2011). Nicht alle Perspektiven auf Sterben und Tod lassen sich mit kulturell-religiösen Besonderheiten erklären, sondern sie sind an biographisch geprägte subjektive Erfahrungen 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 genutzt für die Schulung von Pflegepersonal) kritisch in den Blick zu nehmen. Gunaratnam (2012: 258) nennt hier insbesondere drei Problematiken, die wegen ihrer Bedeutung ausführlicher dargestellt werden:

1. die Festschreibung religiöser und kultureller Praktiken, 2. den damit verbundenen Reduktionismus, 3. das Außerachtlassen struktureller und berufsbezogener Machtverhältnisse.

Zu 1. Festschreibung religiöser und kultureller Praktiken: „Faktenkataloge“ (Gunaratnam 2012: 261) differieren hinsichtlich ihrer Qualität und ihrer Inhalte. Erstere bezieht sich auf Fragen vorhandener Forschung und angemessener Komplexität, letztere auf Ordnungskriterien wie Religion oder ethnische Zugehörigkeit. Eine Katalogisierung birgt tendenziell die Gefahr einer Festschreibung, die der Eigendynamik kulturell-religiöser Modifikationsprozesse, Uneindeutigkeiten und Widersprüche entgegensteht (Gunaratnam 2012: 262 ff.). Im Rückgriff auf Faktenkataloge kann die Auseinandersetzung mit dem sterbenden Migranten und damit mit den eigenen Todesängsten des Pflegepersonals umgangen werden. Mit anderen Worten: Das Sicheinlassen auf die subjektiven Bedürfnisse und Ängste des sterbenden Gegenübers kann von praktischen Maßnahmen abgelöst werden, wie der Berücksichtigung von Ernährungswünschen, Gebetszeiten etc. (Gunaratnam 2012: 266). Gunaratnam (2012: 267) spricht von Faktenkatalogen als „Teil komplexer, facettenreicher Diskriminierungsszenarien“, die sich beschränkend auf den Umgang mit sterbenden Migranten auswirken.

Zu 2. Reduktionismus: „Die Beziehungen zwischen individueller Identität, sinngebenden Rahmenbedingungen und kulturellen Zusammenhängen werden (...) deterministisch abgebildet, ohne den Lücken zwischen den Selbsterfahrungen und den kulturell bestimmten Verhaltensweisen Raum zu geben.“ (Hutnik 1991, zit. n. Gunaratnam 2012: 267) Während einerseits die unterstützende Wirkung von Leitfäden durchaus anerkannt wird, besteht zugleich ihr Mangel in „Führung bezüglich erlebter Erfahrungen“ (Gunaratnam 2012: 268). Dies gilt insbesondere bei Ambivalenzen oder bei der Betrachtung eines solchen Katalogs als handlungsleitend, statt den jeweils betroffenen Menschen diese Position zu geben.

Zu 3. Außerachtlassen struktureller und berufsbezogener Machtverhältnisse: Gunaratnam verweist hier auf institutionellen Rassismus, der „oft in Form einer Reihe von widersprüchlichen und unregelmäßigen Prozessen“ stattfindet, „die selbst mit

der ‚Besonderheit der modernen disziplinarischen Einrichtungen‘ verwickelt sind, die radikalisierte geschlechts- und klassenspezifische Normen für Ordnung und Kontrolle verkörpern“ (Gunaratnam 2012: 274). Damit entstünden Interessenskonflikte zwischen professionellen Begleitern und Migranten. Zusammenfassend kann hier nur noch einmal hervorgehoben werden, dass Faktenkataloge die Grundlage für Gespräche darstellen, in denen die individuellen Versorgungsbedarfe erhoben werden.

Fort- / Weiterbildung

Adam und Stülb (2006) entwickeln ein Fortbildungsmodul zu Sterben, Tod und Trauer für die Arbeit mit Migrantinnen und Migranten und die Zusammenarbeit in multikulturellen Teams. Bekannt ist mittlerweile 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 türkisch-muslimischer Patienten in der letzten Lebensphase vor. Dazu wurde ein „spiritueller Erfassungsbogen“ entwickelt. Dieser soll die allgemeine Anamnese ergänzen. Durch die Anwendung dieses Erfassungsbogens sollen die Pflegenden für pflegerische Besonderheiten sensibilisiert und dazu befähigt werden, sich mit einer anderen Kultur auseinander zu setzen sowie transkulturelles Wissen zu erwerben. Das Pflegekonzept möchte, so die Autorin, zu einer personenbezogenen sowie bedarfs- und bedürfnisorientierten Pflege in der letzten Lebensphase beitragen. – Mit pädagogischen Fragen transkultureller Kompetenzerweiterung setzt sich Sprung (2007) auseinander und Stanjek (2007) befasst sich mit der fächerübergreifenden Integration transkultureller Pflege im Kontext der Lebenswelt.

Fazit

Wie die zum Projekt durchgeführte Literaturanalyse zeigt, gibt es wenige Studien zu den Bedürfnissen von Migranten in der Palliativpflege und deren Berücksichtigung, und auch zur Dokumentation palliativpflegerischer Tätigkeiten sind Quellen spärlich.

Wie in der Pflege allgemein stellen auch im Palliativbereich Menschen mit Migrationshintergrund einerseits (noch) eine Minderheit dar. Demographisch ist aber mit einer Verdoppelung pflegebedürftiger Migranten von mehr als 65 Jahren in den nächsten Jahren zu rechnen, was sich auch auf die Palliativversorgung auswirken wird. Andererseits bedeutet die Vielfalt der soziokulturellen Hintergründe, mit denen diese Menschen auf Palliativstationen und in Hospize kommen, eine Bereicherung der Mitarbeiter wie auch eine Herausforderung. Häufig sind die Mitarbeiter für Tätigkeiten der transkulturellen Pflege nur unzureichend geschult, wenig fortgebildet und im Pflegealltag nicht selten überfordert und belastet. Dies nicht zuletzt,

weil sie an sich selbst die hohe Anforderung einer kultursensiblen individuellen Palliativpflege stellen, ohne dass die personellen wie strukturell-organisatorischen Voraussetzungen vorhanden wären. Daher entspricht die Zielsetzung dieser Studie, erste Zahlen zu Nationalität und Religionszugehörigkeit von Migranten in der Palliativversorgung in NRW und eine erste Ist-Analyse zur Dokumentation kultursensibler Palliativpflege zu erbringen, dem ausgeprägten Informationsbedarf im Feld, da hierzu bislang keine Daten vorliegen. ●

Auswertung der Fragebögen

Die Literaturlage zur Dokumentation palliativpflegerischer Tätigkeiten ist defizitär, und die Erfahrung zeigt, dass die verwendeten Dokumentationssysteme den Umfang und Bedarf an Daten für die palliative Versorgung von Migranten nur unzureichend widerspiegeln. Dokumentation ist jedoch das Instrument, das pflegerische Entscheidungen für den einzelnen Gast begründet und darüber hinaus Grundlage von Qualitätsprüfungen ist. Sie ermöglicht eine lückenlose Leistungserfassung und macht die – auch soziokulturellen – Anforderungen an Pflege deutlich. Die Ergebnisse unseres Projekts werden zeigen, ob und inwiefern ein Bedürfnis der Praxis nach Verbesserung der Dokumentationssysteme besteht.

Methode

Die Bedarfsanalyse bezog alle stationären Hospize und Palliativstationen in NRW ein, einschließlich der für Kinder und Jugendliche (n=101), nicht jedoch den ambulanten Bereich, wie beispielsweise die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Im Folgenden ist daher nur noch von Hospizen (und Palliativstationen) die Rede, gemeint sind entsprechend immer die stationären Einrichtungen. Verwendet wurde ein quantitatives Design (einmalige schriftliche Befragung) und ein standardisierter Fragebogen mit geschlossenen und offenen Fragen soziokultureller Ausrichtung für Gäste mit Migrationshintergrund, der 12 Hauptaspekte und zahlreiche Unterasspekte zu vielen Betreuungsinhalten und ihrer Dokumentation enthielt (siehe Anhang). Er wurde auf der Basis der Literaturanalyse, sonstiger Literatur zur Pflege von Migranten sowie von Erfahrungen der beteiligten Forscher erstellt.

Er wurde den Studienteilnehmern (Leitungspersonen, Mitarbeitern und Ärzten in Hospizen und auf Palliativstationen¹) per Post zugesandt. Von 101 versandten Fragebögen wurden 37 ausgefüllt zurückgeschickt. Von 56 an Hospize versandte 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. Insgesamt ergibt sich eine Rücklaufquote von 37,37%. In vielen Fällen konnten die Antworten aus 4 Pretests mit in die Auswertung hineingenommen werden (Tabellen, die mit einem * gekennzeichnet sind). Dort wo dies nicht der Fall ist, ergibt sich eine Gesamtzahl von 22 Hospizen und 11 Palliativstationen.

Die Fragen nach Geschlecht, Alter und Berufstätigkeit wurden nicht von allen Befragten beantwortet, daher ergeben sich für die Tabellen 1, 2 und 4 nur 36 Personen.

¹ Im Folgenden ist zusammenfassend von Leitungspersonen/Mitarbeitern die Rede, wobei die weibliche Form immer mitgedacht ist, es sein denn, es soll nach bestimmten Berufsgruppen spezifiziert werden.

Die Auswertung erfolgte mittels SPSS.

Im Rahmen der Auswertung werden die Ergebnisse und eine evtl. Diskussion unmittelbar hintereinander präsentiert, um den Zusammenhang zu wahren. Die Diskussion schließt über die spezifische internationale Literaturanalyse hinaus auch sonstige Literatur zur Pflege von Migranten mit ein. Es können jedoch nicht alle Nationalitäten und Religionen berücksichtigt, sondern nur Hinweise gegeben werden, die jeweils am Einzelfall zu prüfen sind.

Ergebnisse

Demographische Daten

Mit Bezug auf die Mitarbeiter der Hospize und Palliativstationen, die den Fragebogen ausgefüllt haben, wurden Geschlecht, Alter, Ausbildung, Berufstätigkeit und Berufsjahre erfasst.

Tab. 1: Geschlecht

	Männlich	Weiblich	Gesamt
Hospiz	18 (1)	6 (1)	24
	75,0%	25,0%	100,0%
Palliativstation	9	3	12
	75,0%	25,0%	100,0%
Gesamt	27	9	36
	75,0%	25,0%	100,0%

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

An der Befragung nahmen 36 Personen, davon 27 Männer und 9 Frauen, teil (Tab. 1), 24 Personen arbeiten in Hospizen, 12 auf Palliativstationen.

Tab. 2: Alter

	31 - 35	36 - 40	41 - 45	46 - 50	51 - 55	56 - 60	61+	Gesamt
Hospiz	1 (1)	0	4	6	8 (1)	4	1	24 (2)
	4,2%	0,0%	16,7%	25,0%	33,3%	16,7%	4,2%	100,0%
Palliativstation	9	2	2	3	4	1	0	12
	75,0%	16,7%	16,7%	25,0%	33,3%	8,3%	0,0%	100,0%
Gesamt	27	2	6	9	12	5	1	36
	75,0%	5,6%	16,7%	25,0%	33,3%	13,9%	2,8%	100,0%

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

Die Teilnehmer sind zwischen 31 und 61 Jahre alt, die Mehrzahl der Befragten (27 Personen) ist im Alter von 41-55 Jahren (Tab. 2), hat also viel Lebenserfahrung. Jünger sind neun Personen, älter insgesamt sechs. Insgesamt sind in den Hospizen mehr Leitungspersonen/Mitarbeiter im Alter von über 56 Jahren beschäftigt (20,9%) als auf den Palliativstationen (8,3%).

Tab. 3: Berufliche Tätigkeit in einem Hospiz / auf einer Palliativstation*

	Berufliche Tätigkeit in einem/r*
Hospiz	24 (2)
	64,9%
Palliativstation	13
	35,1%
Gesamt	37
	100,0%

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

Von den 37 befragten Leitungspersonen/Mitarbeitern arbeiten 22 in einem Hospiz, 2 in einem Kinderhospiz und 13 auf einer Palliativstation (Tab. 3).

Tab. 4: Ausbildung, berufliche Tätigkeit und weitere Qualifikationen

Ausbildung	Berufliche Tätigkeit		Weitere Qualifikationen
Pflegefachkraft (22)	Pflege- u. Hospizleitung	(6)	Palliative Care (18)
	Hospizleitung	(5)	Stationsleitungslehrgang (6)
	Pflegeleitung	(3)	PDL (4)
	Pflegefachkraft	(3)	Heimleitung (2)
	Pflege- u. Stationsleitg.	(2)	Pain Nurse (2)
	Palliativkoordinatorin	(1)	onkologische Fachweiterbildg. (2)
	Wiss. Mitarbeiter	(1)	Aromapflege (1)
	Koordination/Beratung	(1)	Befähig. z. Referententätigkeit (1)
			Case-Management (1)
			Fachwirt Sozial- und Gesundheitswesen (1)
			int. Auditor (1)
			Koordination (1)
			Kursleitung Palliative Care (1)
Ärztin/Arzt (5)	Ärztliche Leitung	(3)	MAS Palliative Care (1)
	Stationsarzt	(1)	Mentorenausbildung (1)
	Oberärztin/-arzt	(1)	PGDipNurs (1)
	Hospizleitung	(1)	Praxisanleiter (1)
			Trauerbegleitung (1)
			Unterrichtsschwester (1)
			Wundexpertin (1)
			ZWB Palliativmedizin (3)
			Palliative Care (2)
			Innere / Geriatrie (1)
			Schmerztherapie (1)
			Intensive Care (1)
			Ltg. Ausbildung (1)

Kinderkranken- schwester/-pfleger	(2)	Hospizleitung	(2)	Palliative Care	(2)
				Stationsleitungslehrgang	(1)
				Anästhesie u. Intensivmedizin	(1)
AltenpflegerIn	(1)	Hospizleitung	(1)	Palliative Care	(1)
				Heimleitung	(1)
				PDL	(1)
Dipl. SozialpädagogIn	(1)	Hospizleitung	(1)	Palliative Care	(1)
				Familietherapie	(1)
Dipl. Theologe; Dipl. Sozialarbeiter	(1)	Hospizleitung	(1)	Gesundheits- u. Sozialmanagement (MA)	(1)
Managerin sozialer Einrichtungen (PDL + HL)	(1)	Pflege- u. Hospizleitung	(1)	Palliative Care	(1)
				KS	(1)
				Ehrenamtskoordinatorin	(1)
Keine Angabe	(3)	Ärztliche Leitung	(1)		
		Hospizleitung	(1)		
		Pflegeleitung	(1)		
Gesamt	(36)		(36)		

Tabelle 4 zeigt die große Bandbreite an Ausbildungen und Zusatzqualifikationen der verschiedenen Mitarbeiter in den Hospizen und auf den Palliativstationen.

Tab. 5: Berufliche Aktivität in Jahren

	1 - 5	6 - 10	11 - 15	16+	Gesamt
Hospiz	3	15 (2)	5	1	24 (2)
	12,5%	62,5%	20,8%	4,2%	100,0%
Palliativstation	5	3	2	2	12
	41,7%	25,0%	16,7%	16,7%	100,00%
Gesamt	8	18	7	3	36
	22,0%	50,0%	19,4%	8,3%	100,0%

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

Die Berufserfahrung der Befragten im Hospiz bzw. auf einer Palliativstation beträgt zwischen 1 und mehr als 16 Jahre, das Gros liegt bei 6-10 Jahren (50%). 22% arbeiten in diesem Bereich seit 1-5 Jahren, in Hospizen sind dies jedoch nur 12,5%, während es 41,7 % auf den Palliativstationen sind. Eine etwa gleich starke Gruppe arbeitet 11-15 Jahre im Hospiz (20,8%) bzw. auf einer Palliativstation (16,7%), aber 16,7% der Mitarbeiter von Palliativstationen arbeiten dort schon seit mehr als 16 Jahren, während in den Hospizen nur 4,2% dort schon so lange tätig sind.

Die Tabellen 6a/6b 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. 6a: 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=Muslimen, AL=Aleviten, JU=Juden, GO=Griechisch-Orthodoxe, DA=Daoisten, UO=Ukrainisch-Orthodoxe, RO=Russisch-Orthodoxe, BU=Buddhisten, OR=ohne Religionsangabe

Tabelle 6a zeigt die große Bandbreite an Herkunftsländern und Religionszugehörigkeiten der erwachsenen Gäste in der Palliativpflege.

Tab. 6b: Herkunft der Kinder und jugendlichen Gäste mit Religionszugehörigkeit von 2010-2011

Herkunft	Genaue 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)

Tab. 7: Ausländische Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit in NRW nach Anzahl (Statistisches Bundesamt 2012b)

Herkunft	Anzahl	Herkunft	Anzahl
Türkei	540.976	Iran	15.851
„Jugoslawien“	218.597	Indien	11.663
Polen	132.723	Thailand	10.663
Italien	121.561	Afghanistan	8.477
Griechenland	85.266	Tunesien	6.811
Russland	43.901	Vietnam	6.598
Bosnien	37.412	Nigeria	5.985
Spanien	33.053	Pakistan	5.896
Marokko	32.462	Kongo	5.842
Ukraine	28.310	Ghana	5.745
Rumänien	27.628	Weißrussland	4.189
Großbritannien	26.109	Schweden	2.705
Irak	24.474	Jordanien	2.134
China	21.813	Israel	1.801

2011 lebten in NRW rd. 1.825.000 Ausländer (Statistisches Bundesamt 2012b). Wie sehr erwachsene Migranten in den Palliativstationen und Hospizen NRWs unterrepräsentiert sind, wird deutlich, wenn man die Darstellung der ausländischen Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit in NRW in Tabelle 7 betrachtet – soweit sie im Ausländerzentralregister erscheinen, beschränkt auf die laut Tabelle 6a in Hospizen und auf Palliativstationen vertretenen Nationalitäten. Eine geringe Inanspruchnahme der Einrichtungen der Palliativpflege verzeichnet auch Grammatico (2008: 34) und führt dies auf Sprachbarrieren, unzureichende muttersprachliche Beratung sowie die fehlende strukturelle Verankerung der Bedarfe von Migranten zurück, aber auch auf das benötigte Pflegegeld, wodurch die Inanspruchnahme professioneller Dienste verhindert wird, sowie schließlich Skepsis gegenüber Institutionen (Grammatico 2008: 36 f.; Zielke-Nadkarni 2003).

Ein etwas anderes Bild ergibt sich bei den Kindern und Jugendlichen: in 2 von insgesamt 37 Einrichtungen der Palliativpflege waren in den Jahren 2010-2011 immerhin 65 Kinder

und Jugendliche, vornehmlich muslimischen Hintergrunds (n=47), untergebracht, d.h. rd. 14% der insgesamt 469 Gäste in rd. 5% der 37 Einrichtungen. Diese überproportionale Inanspruchnahme beschreibt auch Grammatico (2008: 33), die Mitarbeiter von 9 Einrichtungen der Gesundheitsversorgung befragt, davon 6 Palliativeinrichtungen, und feststellt, dass 50% der Kinder dort einen Migrationshintergrund haben und eine erhöhte Präsenz in den Sommerferien zu verzeichnen ist, wenn die Eltern in Urlaub fahren.

Ernährung

Ernährung, insbesondere Wunschkost, ist ein wichtiger Aspekt gerade der Pflege am Lebensende, daher wurde nach der Dokumentation individueller Essgewohnheiten, bevorzugter und abgelehnter Nahrungsmittel sowie der persönlichen Essenszeiten gefragt (Tab. 8).

Tab. 8: Dokumentation individueller Essgewohnheiten

Hospiz						
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Individuelle Essgewohnheiten des Erkrankten	0 0,0%	1 4,6%	0 0,0%	1 4,6%	20 (2) 90,9%	22 (2) 100,0%
Bevorzugte Nahrungsmittel*	0 0,0%	1 4,2%	1 4,4%	4 16,7%	18 (2) 75,0%	24 (2) 100,00%
Abgelehnte Nahrungsmittel*	0 0,0%	1 4,2%	1 4,2%	3 12,5%	19 (2) 79,2%	24 (2) 100,0%
Essenszeiten*	0 0,0%	0 0,0%	4 16,7%	3 12,5%	17 (2) 70,8%	24 (2) 100,0%
Palliativstationen						
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Individuelle Essgewohnheiten des Erkrankten	0 0,0%	0 0,0%	1 9,1%	6 54,5%	4 36,4%	11 100,0%
Bevorzugte Nahrungsmittel*	1 7,7%	0 0,0%	2 15,4%	8 61,5%	2 15,4%	13 100,00%
Abgelehnte Nahrungsmittel*	1 7,7%	0 0,0%	2 15,4%	7 53,8%	3 23,1%	13 100,0%
Essenszeiten*	4 30,8%	0 0,0%	2 15,4%	5 38,5%	2 15,4%	13 100,0%

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

Bei der Auswertung dieser Tabelle, wie auch der nachstehenden, wird zwischen Hospizen für Erwachsene und Kinderhospizen unterschieden. Die Kinderhospize werden daher von der Gesamtzahl der Hospize jeweils abgezogen.

Die individuellen Essgewohnheiten werden von 18 Hospizen immer dokumentiert, dies tun jedoch nur 4 Palliativstationen, 6 dokumentieren dies häufig. 20 von 24 Hospizen dokumentieren bevorzugte Nahrungsmittel immer bzw. häufig und 10 von 13 Palliativstationen. Abgelehnte Nahrungsmittel werden von 20 Hospizen immer bzw. häufig dokumentiert, dagegen nur von 7 Palliativstationen. Die persönlichen Essenszeiten finden bei 18 Hospizen immer bzw. häufig Berücksichtigung, Palliativstationen dokumentieren sie nur in 7 Fällen häufig bzw. immer. Die Kinderhospize dokumentieren alle abgefragten Aspekte immer (Tab. 8).

Die Ernährung in der Palliativpflege ist phasengebunden und dient dem Erhalt der Lebensqualität, wobei über das Thema Essen oft indirekt das Thema nahes Sterben ausgetragen wird.

Strasser (2004) beschreibt ausführlich und instruktiv das komplexe Ernährungsgeschehen in der Palliativpflege und gibt zahlreiche Hinweise zum Umgang mit Ernährungsproblemen. Ein häufiges Problem ist die Mukositis, die durch Prävention und auch ein nicht gewürztes Essen eingedämmt werden kann, was soziokulturellen Würzgewohnheiten zuwiderlaufen kann (Gay und Luethi 2011). So essen z.B. Inder oder Thais gern scharf. Für Demenzkranke ist in diesem Zusammenhang Wunschkost, häufig und in kleinen Portionen angereicht, die Voraussetzung, um Unterernährung zu vermeiden. Für das Screening des Ernährungszustands gibt es verschiedene, gut evaluierte Instrumente (Joray et al. 2012).

„Welchen Stellenwert Essen haben kann, ist mir erst im Hospiz wirklich bewusst geworden.“ Schipper (2010, zit. nach Heller, A. 2010: 3) verweist mit diesem Zitat auf Autonomie, Freude und das Auskosten der letzten Lebensspanne durch Lebensmittel. Birgit Heller (2010a, 2010b) betont als Ziel von Ernährungsgeboten „sittliche Formung“ und die Orientierung „auf einen göttlichen Willen hin“ (Heller 2010a: 12), den gemeinschafts- und identitätsstiftenden Faktor der Nahrungsaufnahme sowie die „durch die Nahrung vermittelte Lebenskraft von einer transzendentalen Quelle“ (Heller 2010a: 13) in vielen Religionen. Entzug von Nahrung, z.B. wenn ein Sterbender praktisch nicht mehr in der Lage ist zu essen, impliziere „nicht nur den biologischen, sondern zuvor den sozialen Tod“ (Heller 2010a: 14). – Insbesondere für Juden ist nach dem Holocaust ein Nahrungsentzug undenkbar. Zugleich gab es jedoch z.B. im Hinduismus traditionell das Sterbefasten (Heller 2010b), das eine legitime Form der Selbsttötung darstellte und, wie das Fasten unter religiösen Gesichtspunkten überhaupt, auf Transzendenz im irdischen Leben verwies.

Die Einhaltung von Nahrungsge- bzw. -verboten, die die meisten Kulturen vorschreiben, kann für Sterbende angesichts des Todes extrem wichtig sein, daher sollten auch von Angehörigen mitgebrachte Speisen unbedingt toleriert und ggf. diätetische Einwände diskutiert werden (Zielke-Nadkarni et al. 2011). Zugleich sollte Wunschkost weitestgehend institutionalisiert werden. Dies ist sicher für geschächtetes Fleisch (für Juden und Moslems) nicht möglich, aber viele andere Wünsche, wie z.B. Breis zum

Frühstück für Juden aus der GUS oder Aus- und Spätaussiedler (Zielke-Nadkarni 2005), Tomaten, Oliven, Fladenbrot, Joghurt für viele Muslime u.ä. wären problemlos erfüllbar und sollten individuell erhoben werden. Schließlich ist noch auf die Anreicherung von Nahrung mit der rechten Hand hinzuweisen, die für viele Kulturen bedeutsam ist (s. Körperpflege).

Die Einhaltung der gewohnten Essenszeiten ist ebenfalls für das persönliche Wohlbefinden wichtig und bei Muslimen häufig an die Gebetszeiten geknüpft.

Körperpflege

Im Bereich „Körperpflege“ wurde nach der Dokumentation individueller Spezifika bzgl. der Ausscheidung, Hygiene, gewünschter Pflegemaßnahmen durch Angehörige (z.B. Intimpflege), Kleidung sowie spezifischer Pflegepraktiken gefragt (Tab. 9).

Tab. 9: Dokumentation individueller Spezifika bzgl. der Ausscheidung

Individuelle Spezifika bzgl. der Ausscheidung						
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Hospiz	0	1	1	5 (1)	15 (1)	22 (2)
	0,0%	4,6%	4,6%	22,7%	68,2%	100,0%
Palliativstationen	0	2	1	1	7 (2)	11
	0,0%	18,2%	9,1%	9,1%	63,6%	100,00%

Spezifika bei der Hygiene*						
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Hospiz	0	1	2	5 (1)	16 (1)	24 (2)
	0,0%	4,6%	8,3%	20,8%	66,7%	100,0%
Palliativstationen	1	0	3	4	5	13
	7,7%	0,0%	23,1%	30,8%	38,5	100,00%

Wunsch des Erkrankten nach bestimmten Pflegemaßnahmen durch Angehörige (z.B. Intimpflege)*						
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Hospiz	0	2	3	2	17 (2)	24 (2)
	0,0%	8,3%	12,5%	8,3	70,8%	100,0%
Palliativstationen	0	2	4	3	4	13
	0,0%	15,4%	30,8%	23,1%	30,8	100,00%

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

Tabelle 9 zeigt, dass individuelle Spezifika bzgl. der Ausscheidung von 18 Hospizen und 8 Palliativstationen immer bzw. häufig erfasst werden.

Besonderheiten der Hygiene dokumentieren 19 Hospize immer bzw. häufig und 9 Palliativstationen.

Wünsche zu Pflegemaßnahmen durch Angehörige (z.B. Intimpflege) werden von 17 Hospizen schriftlich niedergelegt und von 7 Palliativstationen. Das ist ein ziemliches Gefälle von Hospizen zu Palliativstationen und hinsichtlich letzterer nicht viel.

Die Kinderhospize dokumentieren alle abgefragten Aspekte häufig bzw. immer, im Bereich der Pflegemaßnahmen durch Angehörige (z.B. Intimpflege) immer.

Der Bereich der Ausscheidung/Hygiene wird von der Literatur zur Palliativpflege von Migranten praktisch nicht bedient, anders in der allgemeinen Pflege dieses Klientels. – Körperliche Reinheit ist in vielen Religionen mit der inneren, spirituellen Reinheit verbunden, weshalb der Gegensatz rein/unrein auch im Alltag relevant ist (Zielke-Nadkarni 2005). So gelten im Islam, im Hinduismus, aber auch bei Roma und Sinti Körperflüssigkeiten als unrein, während sie im Judentum zum Leben dazugehören und heilig sind. Grundsätzlich sollte die Intimpflege immer von gleichgeschlechtlichen Pflegepersonen durchgeführt werden, sofern dies nicht von den Angehörigen getan wird. Das kann gerade auch für Demenzkranke sehr wichtig sein, die eine Intimpflege durch Fremde möglicherweise als Gewalt empfinden. Gäste sollten auch nur partiell aufgedeckt werden (besonders wichtig für orthodoxe Juden, Zielke-Nadkarni 2005). In vielen Kulturen ist die linke Hand der Reinigung des Intimbereichs (auch nach dem Toilettengang) vorbehalten (Zielke-Nadkarni et al. 2011), daher sollte man dies erheben und diesen Gästen auch keine Nahrung mit links anbieten. Vielfach wird eine Reinigung unter fließendem Wasser gewünscht, und Bäder, so überhaupt möglich, kommen nur nach vorherigem Duschen infrage (Moslems, Japaner, Roma und Sinti). Für Juden dagegen ist ein Reinigungsbad am Vorabend des Sabbat ein Muss. Erwähnt werden soll ergänzend die besonders vulnerable Gruppe der NS-Verfolgten, die häufig Migranten sind und an den Folgen ihrer Traumatisierung gerade auch in der letzten Lebensphase leiden (siehe insbesondere Leonhard 2005, Zielke-Nadkarni et al. 2009).

Tab. 10: Dokumentation von Spezifika zur Kleidung

Spezifika der Kleidung						
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Hospiz	0	1	3 (1)	4	14 (1)	22 (2)
	0,0%	4,6%	13,6%	18,2%	63,6%	100,0%
Palliativstation	0	3	5	3	0	11
	0,0%	27,3%	45,5%	27,3%	0,0%	100,00%
Gesamt	0	4	8	7	14 (1)	33
	0,0%	12,1%	24,2%	21,2%	42,4%	100,0%

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

17 Hospize fragen immer oder häufig nach Kleidungswünschen, 3 Palliativstationen tun dies häufig. Die Kinderhospize dokumentieren dies häufig bzw. immer (Tab. 10).

Zu den Besonderheiten der Kleidung gehören Kopfbedeckungen (muslimische Frauen, jüdische Männer und evtl. Frauen), aber auch der Brauch mancher Roma- und Sinti-Frauen, nur Bluse und Rock und keine durchgehenden Kleider zu tragen, weil sie den Unterkörper als unrein betrachten (Mappes-Niediek 2012: 120). Daher sind für sie „Krankenhaushemden“, die in Hospizen jedoch eher nicht üblich sind, nicht akzeptabel. – Frauen aus Südostasien können besondere Kleidung und Schmuck als Abwehrzauber gegen böse Geister tragen.

Tab. 11: Dokumentation spezifischer Pflegepraktiken

Spezifische Pflegepraktiken des Erkrankten*							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Keine Angabe	Gesamt
Hospiz	1	1	1	2	18 (2)	1	24 (2)
	4,2%	4,2%	4,2%	8,3%	75,0%	4,2%	100,0%
Palliativstation	1	1	4	5	2	0	13
	7,7%	7,7%	30,8%	38,5%	15,4%	0,0%	100,00%

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

Spezifische Pflegepraktiken werden von 18 Hospizen und 7 Palliativstationen immer oder häufig dokumentiert. Die Kinderhospize dokumentieren dies immer (Tab. 11).

Hierzu zählen z.B. Abläufe der Körperreinigung, Verwendung spezieller Seifen, Cremes, Parfums etc.. – Ein anderes Beispiel: Für Muslime gilt, wenn sich der Tod abzeichnet, sollte der Gast Richtung Mekka (Südosten) gelagert werden (Sittler und Krufft 2009: 206). – Kulturspezifische Pflegepraktiken betreffen auch den Umgang mit dem Körper nach Eintritt des Todes.

Umgang mit Stress

Zum Umgang mit Stress wurde die Dokumentation stressauslösender und -reduzierender Faktoren in der ärztlich-pflegerischen und psychosozialen Betreuung im Aufnahmegespräch bzw. im weiteren Betreuungsprozess erfragt (Tab. 12).

Tab. 12: Dokumentation zu stressauslösenden und -reduzierenden Faktoren

Stressauslösende Faktoren in der ärztlich-pflegerischen Betreuung							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Keine Angabe	Gesamt
Hospiz	2	2	6	3	9 (2)	0	22 (2)
	9,1%	9,1%	27,3%	13,6%	40,9%	0,0%	100,0%
Palliativstation	0	0	3	5	2	1	11
	0,0%	0,0%	27,3%	45,5%	18,2%	9,1%	100,00%

Stressauslösende Faktoren in der psychosozialen Betreuung							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Keine Angabe	Gesamt
Hospiz	1	1	5	4	11 (2)	0	22 (2)
	4,6%	4,6%	22,7%	18,2%	50,0%	0,0%	100,0%
Palliativstation	0	0	4	4	2	1	11
	0,0%	0,0%	36,4%	36,4%	18,2%	9,1%	100,00%

Stressreduzierende Faktoren in der ärztlich-pflegerischen Betreuung							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Keine Angabe	Gesamt
Hospiz	2	5	4	3	8 (2)	0	22 (2)
	9,1%	22,7%	18,2%	13,6%	36,4%	0,0%	100,0%
Palliativstation	1	0	3	5	1	1	11
	9,1%	0,0%	27,3%	45,5%	9,1%	9,1%	100,00%

Stressreduzierende Faktoren in der psychosozialen Betreuung							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Keine Angabe	Gesamt
Hospiz	1	3	4	5 (1)	9 (1)	0	22 (2)
	3,6%	13,6%	18,2%	22,7%	40,9%	0,0%	100,0%
Palliativstation	1	0	3	4	2	1	11
	9,1%	0,0%	27,3%	36,4%	18,2%	9,1%	100,00%

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

Stressauslösende Faktoren in der ärztlich-pflegerischen Betreuung werden von 10 Hospizen und 7 Palliativstationen häufig bzw. immer dokumentiert, von 11 Hospizen und von 4 Palliativstationen nie bis manchmal. Für die psychosoziale Betreuung gilt dies für 13 Hospize und 6 Palliativstationen.

Stressreduzierende Faktoren werden in der ärztlich-pflegerischen Betreuung von 9 Hospizen und 6 Palliativstationen häufig bzw. immer dokumentiert. Für die psychosoziale Betreuung gilt dies für 12 Hospize und 6 Palliativstationen.

Die Kinderhospize dokumentieren die abgefragten Aspekte immer, bis auf stressreduzierende Faktoren in der psychosozialen Betreuung: 1x häufig, 1x immer (Tab. 12).

Krankheitsbedingt erleben Demenzkranke ihre Umgebung häufig als stressauslösend, und viele Migranten bringen aus ihrer Biographie traumatische Erfahrungen mit in ihre letzte Lebensphase (z.B. durch Kriege, Katastrophen, als NS-Verfolgte), die von den Betroffenen nicht thematisiert werden oder aus sprachlichen Gründen nicht kommuniziert werden können (Poser und Zielke-Nadkarni 2009: 163 ff.; Moser 2007; Leonhard 2005). Trotz unterschiedlicher Symptome und deren Ausprägung im Einzelfall (z.B. leichte Depression oder Ausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung) kann ein Patient, der sonst unauffällig erscheint, bestimmte Anzeichen einer Traumatisie-

rung aufweisen, die Pflegende kennen sollten, um ihm besondere Aufmerksamkeit zu schenken und ihn zu schützen. Der zugrunde liegende Stress äußert sich z.B. in Form von Alpträumen, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Vermeidungsverhalten in bestimmten Situationen, ausgeprägter Schreckhaftigkeit, Verhaltensweisen wie dem Verstecken/Horten von Nahrungsmitteln, akuten Ängsten oder Flashbacks (überwältigende Erinnerungen an das Trauma, die die Betroffenen plötzlich überfallen können) (Zielke-Nadkarni und Poser 2009: 171 ff.).

Stressauslösend ist immer auch der Stressmetabolismus, bedingt durch die Grundkrankheit und kombiniert mit Inappetenz, was zu einem erhöhten Kalorienbedarf führt (Joray et al. 2012). Des Weiteren können auch Injektionen (etwa bei subkutanen Morphingaben), Juckreiz oder persistierender Schluckauf (Oestmann 2011) oder die Pflege durch eine gegengeschlechtliche Pflegekraft (Scham) stressauslösend sein.

Eine Dokumentation der individuell stressreduzierenden Faktoren, insbesondere bei Demenzkranken, ist sinnvoll, um festzuhalten, was an Haltungen, Maßnahmen und Wissen seitens der Pflegenden Stress vermeiden hilft, so z.B. Maßnahmen genau erklärt zu bekommen, um bis zu einem gewissen Grad die Kontrolle zu behalten. Zudem trägt dies in guter Weise zum Vertrauensaufbau bei. Als stressreduzierend kann z.B. die Möglichkeit zum Gebet wirken, die Anwesenheit einer vertrauten Person aus der Familie oder der Umstand, in der Nacht möglichst wenig durch Kontrollgänge des Nachtdienstes gestört zu werden.

Hypnose scheint eine positive Bewältigung und gute Entspannung bei Stress in der Palliativpflege zu unterstützen. Curtis (2001), der 11 Sterbende über 5 Monate begleitete und quantitativ und qualitativ befragte, konnte bei 82% der Studienteilnehmer eine Verbesserung ihrer Problemlage feststellen und bei 91% eine allgemeine Verbesserung. Insgesamt erscheint in unserer Studie der psychosoziale Unterstützungsbedarf bei Migranten kleiner als bei einheimischen Gästen, da der familiäre Zusammenhalt größer scheint und mehr Personen beteiligt sind. Damit entsprechen unsere Ergebnisse denen von Grammatico (2008: 32). Kritisch ist hier anzumerken, dass Grammatico ihre Schlussfolgerung auf der Basis von nur 3 Interviews zieht. Zugleich benötigen jedoch weniger gut versorgte Migranten ebenfalls eine gute psychosoziale Begleitung.

Symptombeobachtung am Beispiel Schmerz

Im Rahmen der Symptombeobachtung wird dem Schmerz als dem wichtigsten Einzelsymptom der Palliativpflege besondere Aufmerksamkeit geschenkt und die Dokumentation im Aufnahmegespräch bzw. im weiteren Betreuungsprozess individueller Formen des Schmerzausdrucks, des Schmerzverhaltens, der Schmerzbewältigung und der Rolle der Familie bei der Schmerzbewältigung erhoben (Tab. 13).

Tab. 13: Dokumentation zu Aspekten des Schmerzes

Individuelle Formen des Schmerzausdrucks							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt	
Hospiz	0	0	2	5	15 (2)	22 (2)	
	0,0%	0,0%	9,1%	22,7%	68,2%	100,0%	
Palliativstation	1	0	0	3	7	11	
	9,1%	0,0%	0,0%	27,3%	63,6%	100,00%	

Individuelle Formen des Schmerzverhaltens							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt	
Hospiz	0	0	1	6	15 (2)	22 (2)	
	0,0%	0,0%	4,6%	27,3%	63,6%	100,0%	
Palliativstation	0	0	0	3	8	11	
	0,0%	0,0%	0,0%	27,3%	72,7%	100,00%	

Individuelle Formen der Schmerzbewältigung							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt	
Hospiz	0	0	1	5	16 (2)	22 (2)	
	0,0%	0,0%	4,6%	22,7%	72,7%	100,0%	
Palliativstation	0	0	1	3	7	11	
	0,0%	0,0%	9,1%	27,3%	63,6%	100,00%	

Die Rolle der Familie bei der Schmerzbewältigung*							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Keine Angabe	Gesamt
Hospiz	1	2	3	5 (1)	13 (1)	0	24 (2)
	4,5%	8,3%	12,5%	20,8%	54,2%	0,0%	100,0%
Palliativstation	1	2	6	1	2	1	13
	7,7%	15,4	46,2%	7,7%	15,4%	7,7%	100,00%

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

Individuelle Formen des Schmerzausdrucks werden von 18 Hospizen und 10 Palliativstationen häufig bzw. immer dokumentiert. Eine Palliativstation gibt an, dies nie zu tun.

Individuelle Formen des Schmerzverhaltens werden von 19 Hospizen und 11 Palliativstationen häufig bzw. immer dokumentiert.

Individuelle Formen der Schmerzbewältigung werden von 19 Hospizen und 10 Palliativstationen häufig bzw. immer dokumentiert.

Die Rolle der Familie bei der Schmerzbewältigung wird von 16 Hospizen und 3 Palliativstationen häufig bzw. immer dokumentiert. Ein Hospiz und eine Palliativstation

geben an, dies nie zu tun. Hier liegt wieder ein deutliches Gefälle zwischen Hospizen und Palliativstationen.

Die Kinderhospize dokumentieren alle abgefragten Aspekte immer, bis auf die Rolle der Familie: 1x häufig, 1x immer (Tab. 13).

Das Auswertungsergebnis legt die Interpretation nahe, dass Schmerzen von Migranten, nicht zuletzt von Demenzkranken, nicht immer ausreichend dokumentiert und damit evtl. zu wenig beachtet werden. Bekannt ist, dass häufig Vorurteile seitens des pflegerischen und ärztlichen Personals bestehen (Green et al. 2003) und die Schmerzintensität als zu gering eingeschätzt wird, da die eigenen Vorstellungen von adäquaten Schmerzäußerungen als Normvorstellungen zugrunde gelegt werden. Hier sollte der Einsatz von Schmerzskaleten, insbesondere Gesichterskaleten, erfolgen, vor allem, wenn Sprachprobleme bestehen (DNQP 2005). Die kulturelle Dimension des Schmerzes wird erst durch Schmerzäußerungen zum deutlichen Signal für professionelle Begleiter. Daher ist Schmerz ein Bereich, der den Einsatz professioneller Dolmetscher trotz der Kosten rechtfertigt (Malin 2010). Helman (2007: 181) unterscheidet zwischen privatem (subjektiv empfundenem) und öffentlichem Schmerz. Ob und wann subjektiver Schmerz öffentlich werden kann oder darf, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Daher ist hier sowohl eine genaue Dokumentation wie auch im Vorfeld eine genaue, unvoreingenommene Krankenbeobachtung unumgänglich. Schmerzäußerungen, so Aulbert (2007: 246), stehen nicht in einem linearen Zusammenhang mit der Intensität des Schmerzreizes. Schmerz ist immer auch ein soziales Signal, das als solches verstanden werden muss, daher gehören der Umgang der Familie mit dem Schmerz und die Schmerzäußerungen des Gastes in deren Anwesenheit im Vergleich zu Schmerzäußerungen in Abwesenheit der Familie auch zur Schmerzeinschätzung. Abweichungen sollten im Sinne sozialer Signalfunktion verstanden und beachtet werden.

Für die Schmerzbehandlung in der Palliativbehandlung von Kindern und Jugendlichen betonen Husić et al. (2011) zum einen, dass Schmerz eines der häufigsten Symptome bei Kindern mit malignen Tumoren ist und eine Schmerzmedikation zu 92% von Kindern mit Leukämie, zu 89% mit soliden Tumoren und zu 86% mit Hirntumoren benötigt wird. Zum anderen mache das Problem der Schmerzeinschätzung und des anderen Metabolismus eine Schmerzbehandlung schwierig, weshalb Kinder im Terminalstadium oft analgetisch inadäquat eingestellt, d.h. überwiegend unterdosiert seien! Es ist davon auszugehen, dass dies auf Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund verstärkt zutrifft, gerade auch, wenn man noch verbale Kommunikationsprobleme und soziokulturelle Tabus hinzunimmt (Mascia 2010). Insgesamt stellt die schmerztherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen eine überaus anspruchsvolle Herausforderung dar.

Individuelle Krankheitserklärungen

Tab. 14: Dokumentation individueller Krankheitserklärungen

Individuelle Krankheitserklärungen						
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Hospiz	1	2	6 (1)	3 (1)	10	22 (2)
	4,6%	9,1%	27,3%	13,6%	45,5%	100,0%
Palliativstation	0	1	4	3	3	11
	0,0%	9,1%	36,4%	27,3%	27,3%	100,00%
Gesamt	1	3	10	6	13	33
	3,0%	9,1%	30,3%	18,2%	39,4%	100,0%

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

Individuelle Krankheitserklärungen werden von 12 Hospizen und 6 Palliativstationen immer bzw. häufig dokumentiert. Eine Einrichtung dokumentiert dies nie, drei nur selten. Die Kinderhospize dokumentieren dies manchmal bzw. häufig (Tab. 14). Dies verweist darauf, dass die Bedeutung individueller Krankheitserklärungen unterschätzt wird.

Krankheitserklärungen geben jedoch Aufschluss über Ursachenattributionen und Grundhaltungen, die häufig religiös verankert sind, in jedem Fall aber entscheidenden Einfluss auf das Wohlbefinden des Gastes haben. Dies wird nachvollziehbar, wenn man Krankheitsursachen als Strafe für Tabubrüche und schuldhaftes Verhalten, Verwünschungen und Verhexungen, Ungleichgewicht oder Sühne neben schulmedizinischen Erklärungen akzeptiert (Zielke-Nadkarni 2003). Unmittelbar mit der jeweiligen subjektiven Krankheitsursache zusammen hängt die Frage von Kontrolle und Einfluss und damit von Compliance bzw. Kooperation des Gastes auch und insbesondere bei Schmerzzuständen. Hinter dieser Frage verbergen sich also entscheidende Hinweise für das Pflegepersonal.

Krankheitsvorgeschichte

Im Rahmen der Krankheitsvorgeschichte wurde erhoben, ob dokumentiert wird, welche Belastungen sich im Vorfeld durch Pflege und Behandlung für den Erkrankten selbst und für die Angehörigen ergaben und welche Krisen er bzw. seine Angehörigen im Rahmen der Erkrankungen bereits durchgestanden haben.

Tab. 15: Dokumentation der Belastungen im Vorfeld

Belastungen, die sich im Vorfeld durch Pflege und Behandlung für den Erkrankten selbst ergaben						
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Hospiz	1	0	4	6	11 (2)	22 (2)
	4,6%	0,0%	18,2%	27,3%	50,0%	100,0%
Palliativstation	0	0	2	4	5	11
	0,0%	0,0%	18,2%	36,4%	45,5%	100,00%

Belastungen, die sich im Vorfeld durch Pflege und Behandlung für die Angehörigen ergaben						
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Hospiz	1	2	6	3 (1)	10 (1)	22 (2)
	4,6%	9,1%	27,3%	13,6%	45,5%	100,0%
Palliativstation	0	1	1	6	3	11
	0,0%	9,2%	9,1%	54,5%	27,3%	100,00%

Krisen, die schon vom Erkrankten selbst durchgestanden wurden						
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Hospiz	1	1	2	8 (1)	10 (1)	22 (2)
	4,6%	4,6%	9,1%	36,4%	45,5%	100,0%
Palliativstation	0	0	1	5	5	11
	0,0%	0,0%	9,1%	45,5%	45,5%	100,00%

Krisen, die schon von den Angehörigen durchgestanden wurden						
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Hospiz	1	3	4	4 (1)	10 (1)	22 (2)
	4,6%	13,6%	18,2%	18,2%	45,5%	100,0%
Palliativstation	0	1	3	5	2	11
	0,0%	9,1%	27,3%	45,4%	18,3%	100,00%

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

Von den Hospizen werden Belastungen im Vorfeld durch Pflege und Behandlung für den Erkrankten (15x) und seine Angehörigen (11x) immer bzw. häufig dokumentiert, Krisen in Bezug auf den Erkrankten (16x) und seine Angehörigen (12x) immer bzw. häufig. Nie bis manchmal dokumentieren 9 Hospize Belastungen des Erkrankten im Vorfeld bzw. ebenfalls 9x die seiner Angehörigen. Krisen des Erkrankten und der Familie werden von 4 Hospizen nie bis manchmal dokumentiert.

Die Kinderhospize dokumentieren die abgefragten Aspekte je 1x häufig bzw. immer bis auf die Belastungen im Vorfeld durch Pflege und Behandlung für den Erkrankten, die immer dokumentiert werden (Tab. 15).

Von den Palliativstationen werden Belastungen im Vorfeld durch Pflege und Behandlung für den Erkrankten (9x) und seine Angehörigen (9x) immer bzw. häufig dokumentiert, Krisen in Bezug auf den Erkrankten (10x) und seine Angehörigen (7x) immer bzw. häufig. Die Antwort „nie“ erscheint nicht, „selten“ bis „manchmal“ erscheint für Belastungen des Erkrankten (10x) und seiner Angehörigen je 2x, Krisen werden für den Erkrankten 1x unter „manchmal“ und für seine Angehörigen 4x „selten“ bis „manchmal“ dokumentiert (Tab.15).

Eine Dokumentation der Belastungen/Krisen im Vorfeld der Palliativpflege hilft, die Belastbarkeit von Gast und Familie einzuschätzen. Daher wurde auch die Dokumentation der erfolgreichen bzw. erfolglosen Bewältigungsstrategien von Gast und Angehörigen aufgezeichnet (Tab. 16).

Tab. 16: Dokumentation der Bewältigungsstrategien

Bewältigungsstrategien mit der Erkrankung, die sich bisher für den Erkrankten selbst als erfolgreich erwiesen haben						
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Hospiz	2	3	3	7 (2)	7	22 (2)
	9,1%	13,6%	13,6%	31,8%	31,8%	100,0%
Palliativstation	0	1	3	4	3	11
	0,0%	9,1%	27,3%	36,4%	27,3%	100,00%
Bewältigungsstrategien mit der Erkrankung, die sich bisher für die Angehörigen als erfolgreich erwiesen haben						
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Hospiz	2	6	3	4 (2)	7	22 (2)
	9,1%	27,3%	13,6%	18,2%	31,8%	100,0%
Palliativstation	0	3	4	4	0	11
	0,0%	27,3%	36,4%	36,4%	0,0%	100,00%
Bewältigungsstrategien mit der Erkrankung, die sich bisher für den Erkrankten selbst als erfolglos erwiesen haben						
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Hospiz	2	4	4 (1)	6 (1)	6	22 (2)
	9,1%	18,2%	18,2%	27,3%	27,3%	100,0%
Palliativstation	1	2	4	3	1	11
	9,1%	18,2%	36,4%	27,3%	9,1%	100,00%
Bewältigungsstrategien mit der Erkrankung, die sich bisher für die Angehörigen als erfolglos erwiesen haben						
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Hospiz	2	6	5 (1)	4 (1)	5	22 (2)
	9,1%	27,3%	22,7%	18,2%	22,7%	100,0%
Palliativstation	1	4	3	3	0	11
	9,1%	36,4%	27,3%	27,3%	0,0%	100,00%

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

Hospize dokumentieren erfolgreiche Bewältigungsstrategien des Erkrankten 12x und seiner Angehörigen 9x häufig oder immer. Beide Kinderhospize dokumentieren dies häufig. Nie bis manchmal dokumentieren 8 Hospize erfolgreiche Bewältigungsstrategien des Erkrankten und 11x die der Familie. Beide Kinderhospize dokumentieren dies häufig.

Hospize dokumentieren erfolglose Bewältigungsstrategien des Erkrankten 11x und seiner Angehörigen 8x häufig oder immer. Die beiden Kinderhospize dokumentieren dies manchmal bzw. häufig. – Nie bis manchmal dokumentieren 9 Hospize erfolglose Bewältigungsstrategien des Erkrankten und 12x die der Familie.

Palliativstationen dokumentieren erfolgreiche Bewältigungsstrategien des Erkrankten 7x und seiner Angehörigen 9x häufig oder immer.

Palliativstationen dokumentieren erfolglose Bewältigungsstrategien des Erkrankten 4x und seiner Angehörigen 3x häufig oder immer. Nie bis manchmal dokumentieren 7 Palliativstationen erfolglose Bewältigungsstrategien des Erkrankten und 8x die der Familie.

Gerade für die psychosoziale Betreuung, die ein zentrales Element der Palliativpflege ist, sind erfolgreiche bzw. erfolglose Copingstrategien wichtige Gesprächsanlässe, die im letzteren Fall zu (stiller) Verzweiflung führen können und daher unbedingt der Beachtung bedürfen.

Kommunikation

Das zentrale Thema Kommunikation wird unter den Gesichtspunkten verbale, non-verbale und leibliche Kommunikation erörtert. Zunächst geht es um die verbale Kommunikation, im Detail um eine Dokumentation der Muttersprache, der sprachlichen Verständigung, der Fähigkeit zu lesen und zu schreiben, der Notwendigkeit von Übersetzungshilfen, um eine Dokumentation der Ansprechperson mit Sprachkompetenz auf dem Notfallplan sowie spezifischer Kommunikationsregeln (Tab. 17).

Tab. 17: Dokumentation zur verbalen Kommunikation

Muttersprache des Erkrankten*						
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Hospiz	1	0	0	0	23 (2)	24 (2)
	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	95,8%	100,0%
Palliativstation	1	0	1	2	9	13
	4,2%	0,0%	7,7%	15,4%	69,2%	100,00%

Die sprachliche Verständigung mit dem Erkrankten						
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Hospiz	0	0	1	3	18 (2)	22 (2)
	0,0%	0,0%	4,6%	13,6%	81,8%	100,0%
Palliativstation	0	0	1	4	6	11
	0,0%	0,0%	9,1%	36,4%	54,5%	100,00%

Die sprachliche Verständigung mit den Angehörigen							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Keine Angabe	Gesamt
Hospiz	0	0	1	6 (1)	14 (1)	1	22 (2)
	0,0%	0,0%	4,6%	27,3%	54,6%	4,6%	100,0%
Palliativstation	0	1	3	6	1	0	11
	0,0%	9,1%	27,3%	54,5%	9,1%	0,0%	100,00%

Die Notwendigkeit von Übersetzungshilfen*							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Keine Angabe	Gesamt
Hospiz	1	1	2 (1)	2	17 (1)	1	24 (2)
	4,2%	4,2%	8,3%	8,3%	70,8%	4,2%	100,0%
Palliativstation	1	0	4	3	5	0	13
	7,7%	0,0%	30,8%	23,1%	38,5%	0,0%	100,00%

Die Fähigkeit, zu lesen und zu schreiben*							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Keine Angabe	Gesamt
Hospiz	4	1	1	2 (1)	14 (1)	2	24 (2)
	16,7%	4,2%	4,2%	8,3%	58,3%	8,3%	100,0%
Palliativstation	1	4	4	0	3	1	13
	7,7%	30,8%	30,8%	0,0%	23,1%	7,7%	100,00%

Eine Ansprechperson mit Sprachkompetenz auf dem Notfallplan						
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Hospiz	0	2	3 (1)	1	16 (1)	22 (2)
	0,0%	9,1%	13,6%	4,6%	72,7%	100,0%
Palliativstation	0	1	3	6	1	11
	0,0%	9,1%	27,3%	54,5%	9,1%	100,00%

Spezifische Kommunikationsregeln						
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Hospiz	2	4	0	5 (1)	11 (1)	22 (2)
	9,1%	18,2%	0,0%	22,7%	50,0%	100,0%
Palliativstation	3	5	2	1	0	11
	27,3%	45,5%	18,2%	9,1%	0,0%	100,00%

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

Eine Dokumentation der Muttersprache findet in einem Hospiz nie statt, in 21 immer. 11 Palliativstationen dokumentieren sie häufig bzw. immer, eins nie, eins manchmal. Die Kinderhospize dokumentieren dies immer. Damit wird prinzipiell die Basis für weitere Informationen zur verbalen Verständigung gelegt.

Die sprachliche Verständigung mit dem Erkrankten wird von 19 Hospizen häufig bzw. immer dokumentiert, von Palliativstationen 10x. Die sprachliche Verständigung mit den Angehörigen wird von 18 Hospizen häufig bzw. immer dokumentiert, jedoch nur von 7 Palliativstationen. Die Kinderhospize dokumentieren dies immer.

Die Notwendigkeit von Übersetzungshilfen dokumentieren 18 Hospize und 8 Palliativstationen häufig bzw. immer. Beide Kinderhospize dokumentieren dies manchmal bzw. immer. – Das geringe Ausmaß der Dokumentation der letzten beiden Aspekte seitens der Palliativstationen lässt sich entsprechend der eher seltenen Betreuung eines Migranten und daher wahrscheinlich eines weniger ausgeprägten Bewusstseins für die Vielfalt der damit verbundenen Aspekte interpretieren. Dagegen sind 70,8% für die Dokumentation der Notwendigkeit von Übersetzungshilfen bei Hospizen ein guter Wert.

Die Fähigkeit, zu lesen und zu schreiben, dokumentieren 14 Hospize und 3 Palliativstationen häufig bzw. immer. Je 5 Hospize und Palliativstationen notieren dies nie oder selten, was die Vermutung nahelegt, dass dieser Sachverhalt auch entsprechend selten auftritt. Die beiden Kinderhospize dokumentieren dies häufig bzw. immer. Auch hier zeigt sich eine deutliche Differenz zwischen Hospizen und Palliativstationen.

Eine Dokumentation der Ansprechperson mit Sprachkompetenz auf dem Notfallplan findet in 16 Hospizen und auf 7 Palliativstationen immer bis häufig statt. Die beiden Kinderhospize dokumentieren dies manchmal bzw. immer.

Spezifische Kommunikationsregeln werden in 14 Hospizen immer bis häufig dokumentiert, jedoch nur auf 1 Palliativstation, während 8 dies nie oder selten tun. Die beiden Kinderhospize dokumentieren dies häufig bzw. immer.

Während die Angaben zur Muttersprache, zur sprachlichen Verständigung und zur Fähigkeit, zu lesen und zu schreiben, den Ist-Zustand angeben, beinhalten die zur Notwendigkeit von Übersetzungshilfen, zur Ansprechperson mit Sprachkompetenz auf dem Notfallplan sowie zu Spezifische Kommunikationsregeln schon weitergehende Aktivitäten, die entsprechend ihrem Seltenheitswert in der Praxis vor allem der Palliativstationen kaum eine Rolle zu spielen scheinen.

Auch wenn gute umgangssprachliche Deutschkenntnisse vorliegen, können Abweichungen im Krankheitsverständnis (s. Religion) zu Missverständnissen führen. Unter Umständen werden z.B. bestimmte Körperzustände mit seelischen Verfassungen in Verbindung gebracht, die sich nicht ohne weiteres aus dem Sprachgebrauch erschlie-

ßen. So beschreiben insbesondere Türken der 1. Generation das Gefühl, verrückt zu werden, mit „sich den Kopf erkälten“; Verluste werden als „durchstochene Leber“ oder „durchstochenes Herz“ bzw. „gefallene Organe“ versinnbildlicht. Das innere Gleichgewicht ist verloren, wenn „der Nabel fällt“; hat man keine Kraft mehr, „fallen die Schultern“ oder „die Arme sind abgerissen“ (Zielke-Nadkarni 2003: 361). Schließlich gibt es auch bei der Lautstärke Besonderheiten: manchen Roma und Sinti gilt leise zu sprechen als unhöflich, daher kann ein friedliches Gespräch für Außenstehende leicht wie ein Streit wirken (Mappes-Niediek 2012: 126). Es gibt aber auch die gegenteilige Erfahrung, dass Lautstärke mit Gefühlen des Ärgers verbunden ist (Voigt und Reuter 2009).

Als spezifische Kommunikationsregel kann z.B. das Schweigen über belastende Gefühle unter Japanern gelten, die häufig ihren Kummer nicht teilen dürfen: „schwierig sein, Probleme machen, andere traurig machen, das will man auf keinen Fall“ (Kerkovius und Kerkovius 2010).

Die Frage nach der Beschäftigung bestimmter Mitarbeiter für die Aufnahme und die weitere schwerpunktmäßige Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund ergab Folgendes:

Während auf insgesamt 7 Palliativstationen in 3 Fällen bestimmte Mitarbeiter für die schwerpunktmäßige Betreuung von Migranten zur Verfügung stehen sowie 7 Mitarbeiter eine bestimmte Fremdsprache sprechen und als Dolmetscher fungieren, gibt es in 9 Hospizen Mitarbeiter auf pflegerischer und Leitungsebene mit Fremdsprachenkenntnissen (Polnisch (5x), Russisch (3x), Englisch (1x), Türkisch (1x), Italienisch (1x), Rumänisch (1x), Griechisch (1x), Kroatisch (1x in Form eines Netzwerks) sowie 2x ungenannte Fremdsprachenkenntnisse). Hinzu kommen hier je 1x genannt: interkulturelle Sensibilität und Wissen über den Umgang mit Migranten.

Für ein Kinderhospiz werden erworbene Grundkenntnisse im Bereich verschiedener Kulturen angegeben.

An externen Angeboten nutzen 8 Palliativstationen Mitarbeiter der eigenen Klinik (5x), Dolmetscherdienste (1x), Migrantenorganisationen (1x), transkulturelle Besuchsdienste (1x); 6 Palliativstationen nutzen keine dieser Möglichkeiten.

11 der Hospize greifen auf Kontakte zu verschiedenen Religionsgemeinschaften (4x), auf Dolmetscher (2x), Angebote des örtlichen Krankenhauses (2x), muttersprachliche Ehrenamtliche (1x), Beratungsinstanzen innerhalb der Trägerschaft (1x), fremdsprachige Mitarbeiter aus dem gesamten Betrieb (1x) bzw. Kontakte von Angehörigen (1x) zurück. 12 Hospize nutzen keine dieser Möglichkeiten.

Ein Kinderhospiz arbeitet mit der örtlichen Ausländerbehörde und freien Trägern zusammen.

Das Thema Kommunikation gehört zu den zentralen Problemen, die Pflegende zu Recht immer wieder ansprechen, wenn es um Migranten geht, und Aspekte wie Dolmetscher, muttersprachliche Informationen oder Formalien müssen auf der Leitungsebene gelöst werden.

Um klare Informationen über die Gäste zu erhalten, könnten sich einzelne Hospize und Kliniken zusammenschließen und einen Pool an Dolmetschern aufbauen. In Universitätsstädten eignen sich dafür auch Medizin-/Pflegestudenten als Honorarkräfte. Der Einsatz von Angehörigen, Küchen- oder Reinigungspersonal ist problematisch, weil diesem Personenkreis meist das notwendige Fachwissen fehlt und die Übersetzungen nicht überprüft werden können. Schließlich können Schamgefühle, familiäre Hierarchien u.ä. zu zusätzlichen Problemen führen (Malin 2010). Eine gezielte Anwerbung muttersprachlicher Pflegekräfte kann Abhilfe schaffen, vorausgesetzt im Einstellungsvertrag wird diese Tätigkeit vereinbart, da sie nicht immer gewünscht wird (Grammatico 2008: 42).

Muttersprachliche Informationsmaterialien (z.B. Wort- und Satzlisten zu Themen wie Schmerz, Essgewohnheiten und hygienische Bedürfnisse oder Broschüren) sind hilfreich, jedoch ist gerade die 1. Generation der Arbeitsmigranten mit fachsprachlichen, eher abstrakten Darstellungen überfordert, weshalb diese der Bebilderung und Erläuterung bedürfen.

Ein weiteres Problem bei allen Formalien ist das Amtsdeutsch, das auch Deutschen Probleme bereitet. Auch hier bedarf es eines erhöhten Zeiteinsatzes, um die notwendige Hilfestellung zu leisten.

Im Bereich der nonverbalen bzw. Leibkommunikation werden die Aspekte individueller Ausdruck von Gefühlen des Erkrankten und der Angehörigen (der allerdings auch verbal sein kann) berücksichtigt sowie der Wunsch nach Informationsmaterialien in der Muttersprache, Besonderheiten der Körpersprache, spezifische Verhaltensweisen (z.B. besondere Formen der Begrüßung), die Bedeutung von Nähe und Distanz für den Erkrankten, Formen fördernder Berührung unter Beachtung/Erfahrung individueller Tabus (Tab. 18).

Tab. 18: Dokumentation zur nonverbalen und zur Leibkommunikation

Individueller Ausdruck von Gefühlen des Erkrankten selbst							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Keine Angabe	Gesamt
Hospiz	1	4	2	3	11 (2)	1	22 (2)
	4,6%	18,2%	9,2%	13,6%	50,0%	4,6%	100,0%
Palliativstation	2	2	3	4	0	0	11
	18,2%	18,2%	27,3%	36,4%	0,0%	0,0%	100,00%

Individueller Ausdruck von Gefühlen der Angehörigen							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Keine Angabe	Gesamt
Hospiz	1	7	3	3	7 (2)	1	22 (2)
	4,2%	31,8%	13,6%	13,6%	31,8%	4,6%	100,0%
Palliativstation	2	3	4	2	0	0	11
	18,2%	27,3%	36,4%	18,2%	0,0%	0,0%	100,00%

Wunsch nach Informationsmaterialien in der Muttersprache*							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Keine Angabe	Gesamt
Hospiz	4	2 (1)	3 (1)	4	9	3	24 (2)
	16,7%	8,3%	12,5%	12,5%	37,5%	12,5%	100,0%
Palliativstation	2	3	2	2	3	1	13
	15,4%	23,1%	15,4%	15,4%	23,1%	7,7%	100,00%

Besonderheiten der Körpersprache*						
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Hospiz	1	3	2	5	11 (2)	22 (2)
	4,6%	13,6%	9,1%	22,7%	50,0%	100,0%
Palliativstation	1	4	0	5	1	11
	9,2%	36,4%	0,0%	45,5%	9,1%	100,00%
Gesamt	2	7	2	10	11	33
	6,1%	21,2%	6,1%	30,3%	36,4%	100,0%

Spezifische Verhaltensweisen						
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Hospiz	1	1	2	3	15 (2)	22 (2)
	4,6%	4,6%	9,1%	13,6%	68,2%	100,0%
Palliativstation	0	4	7	0	0	11
	0,0%	36,4%	63,6%	0,0%	0,0%	100,00%
Gesamt	1	5	9	3	15	33
	6,1%	15,2%	27,3%	9,1%	45,5%	100,0%

Bedeutung von Nähe und Distanz für den Erkrankten*							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Keine Angabe	Gesamt
Hospiz	1	1	3	6	11 (2)	2	24 (2)
	4,2%	4,2%	12,5%	25,0%	45,8%	8,3%	100,0%
Palliativstation	3	3	4	3	0	0	13
	23,1%	23,1%	30,8%	23,1%	0,0%	0,0%	100,00%

Formen fördernder Berührung für den Erkrankten unter Beachtung/Erfahrung individueller Tabus							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Keine Angabe	Gesamt
Hospiz	1	3	1	7 (1)	9 (1)	1	22 (2)
	4,6%	13,6%	4,6%	31,8%	40,9%	4,6%	100,0%
Palliativstation	3	1	4	2	1	0	11
	27,3%	9,1%	36,4%	18,2%	9,1%	0,0%	100,00%

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

Der individuelle Ausdruck von Gefühlen des Erkrankten wird von 12 Hospizen häufig bzw. immer dokumentiert, die beiden Kinderhospize dokumentieren dies immer, jedoch nur 4 Palliativstationen dokumentieren dies häufig.

Der individuelle Ausdruck von Gefühlen der Angehörigen wird von 8 Hospizen häufig bzw. immer dokumentiert, die beiden Kinderhospize dokumentieren dies immer, jedoch nur 2 Palliativstationen dokumentieren dies häufig.

Der Wunsch nach Informationsmaterialien in der Muttersprache wird von 12 Hospizen häufig bzw. immer, aber von 4 nie dokumentiert, die beiden Kinderhospize dokumentieren dies selten bzw. manchmal, 5 Palliativstationen dokumentieren dies häufig bzw. immer.

Besonderheiten der Körpersprache werden von 16 Hospizen häufig bzw. immer dokumentiert, die beiden Kinderhospize dokumentieren dies immer, 6 Palliativstationen dokumentieren dies häufig bzw. immer.

Spezifische Verhaltensweisen werden von 14 Hospizen häufig bzw. immer dokumentiert, die beiden Kinderhospize dokumentieren dies immer, nur ganze 4 Palliativstationen dokumentieren dies selten, 7 manchmal.

Die Bedeutung von Nähe und Distanz für den Erkrankten werden von 15 Hospizen häufig bzw. immer dokumentiert, die beiden Kinderhospize dokumentieren dies immer, jedoch nur 3 Palliativstationen dokumentieren dies häufig.

Formen fördernder Berührung unter Beachtung/Erfahrung individueller Tabus werden von 14 Hospizen häufig bzw. immer dokumentiert, die beiden Kinderhospize dokumentieren dies häufig bzw. immer, nur 3 Palliativstationen dokumentieren dies häufig bzw. immer (Tab. 18).

Auch die nonverbale Kommunikation ist kulturabhängig sowie individuell, besonders bei Demenzkranken, daher können auch hier Missverständnisse entstehen. Sie umfasst Mimik und Gestik. Während die Mimik weitgehend ähnlich ist und vor allem die Ausdrucksstärke individuell variiert (z.B. beim Schmerzausdruck), ist die Gestik sehr unterschiedlich bis gegensätzlich. So kann z.B. die in Indien übliche Geste des Her-

anwinkens mit der Hand nach unten von Europäern als Wegschicken missverstanden werden. Auch ist in vielen Kulturen (so bei Hindus, Afrikanern, Arabern) der Blickkontakt kurz und nicht intensiv, insbesondere zwischen Männern und Frauen. Entsprechend können Missverständnisse entstehen, wenn er länger andauert, wie hierzulande üblich. Körperkontakt außerhalb der unmittelbaren professionellen Pflege (auch um beispielsweise zu trösten) sollte generell vermieden werden. So gehören die Haare muslimischer Frauen traditionell zum Intimbereich (daher das Kopftuch) und die Köpfe der Thais dürfen grundsätzlich nicht berührt werden. Sterbende Juden sollten möglichst wenig berührt werden, weil man fürchtet, sie könnten aufgrund dieser Belastung schneller sterben (Bausewein et al. 2007: 536). Ein Berührungsverbot gilt auch in vielen Fällen nach Eintritt des Todes, z.B. für Moslems und Juden, und sollte daher immer erfragt werden (Zielke-Nadkarni et al. 2011: 33 f.).

Leibliche Kommunikation: hierzu zählen Schweißausbrüche, Zittern, Frieren u. ä., das Auskunft über den Zustand eines Patienten gibt. Aufmerksamkeit bedürfen insbesondere Schmerzen (s.o.). Krankenbeobachtung erhält also angesichts der genannten Kommunikationsprobleme einen erhöhten Stellenwert bei der Betreuung von Migranten. Uzarewicz (2007) beschreibt die Bedeutung der Leibkommunikation für die transkulturelle Pflege.

Eine Untersuchung von Kozłowska und Doboszyńska (2012) mit 95 Pflegenden aus 5 Hospizen in Polen kommt zu dem Ergebnis, dass 48% der Pflegenden häufig und zielgerichtet nonverbale Kommunikation nutzen, weitere 39% tun dies manchmal. Die beste Form für die Patienten scheint das Händehalten zu sein. Jedoch betrachten nur 56% der Befragten ihr diesbezügliches Wissen und ihre Fähigkeiten als zufriedenstellend und 50% würden gern an einem speziellen Kommunikationstraining für Palliativpflege teilnehmen.

(Migrations-) Biographie des Erkrankten

Im Rahmen der Biographie des Gastes wird nach der Dokumentation von Herkunft und Nationalität gefragt, der der Migrationsgeschichte, wichtiger biographischer Ereignisse, des Aufenthaltsstatus, der Berufslaufbahn, der Interessen und Freizeitbeschäftigungen des Erkrankten, seiner Werte und Überzeugungen sowie der damit verbundenen besonderen Umgangsformen (Tab 19).

Tab. 19: Dokumentation von Herkunft und Nationalität

Herkunft des Erkrankten						
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Hospiz	0	0	0	0	22 (2)	22 (2)
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Palliativstation	0	1	0	3	7	11
	0,0%	9,1%	0,0%	27,3%	63,6%	100,00%

Nationalität des Erkrankten						
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Hospiz	0	0	0	0	22 (2)	22 (2)
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Palliativstation	0	0	0	2	9	11
	0,0%	0,0%	0,0%	18,2%	81,8%	100,00%

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

Gemäß Tabelle 19 dokumentieren alle 20 Hospize die Herkunft und Nationalität des Erkrankten und 10 bzw. 9 von 11 Palliativstationen tun dies immer bzw. häufig. Die beiden Kinderhospize dokumentieren dies immer.

Diese Angaben stehen in deutlichem Gegensatz zu Tabelle 5, wo rd. zwei Drittel der Angaben zur Herkunft der Gäste (und zur Religionszugehörigkeit) in den Jahren 2010-2011 geschätzt wurden. Dieser Gegensatz könnte daher kommen, dass zwar Herkunft und Nationalität dokumentiert wurde, aber die Zahlen für den Fragebogen aus der Erinnerung genannt wurden.

Gerade diese Informationen sind jedoch als Orientierungshilfe ausgesprochen wichtig, erleichtern sie doch die Pflegeanamnese, indem der Radius möglicher Fragen eingeschränkt wird.

Tab. 20: Dokumentation der Migrationsgeschichte im Aufnahmegespräch bzw. im weiteren Betreuungsprozess

Die Migrationsgeschichte*						
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Hospiz	1	2	4 (1)	4	13 (1)	24 (2)
	4,2%	8,3%	16,7%	16,7%	54,2%	100,0%
Palliativstation	2	2	5	4	0	13
	15,4%	15,4%	38,5%	30,8%	0,0%	100,00%

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

Die Migrationsgeschichte der Gäste wird von 16 Hospizen und 4 Palliativstationen häufig bzw. immer dokumentiert, 6 Hospize und 9 Palliativstationen dokumentieren sie nie bis manchmal. Die beiden Kinderhospize dokumentieren sie manchmal bzw. immer.

Es ist deutlich, dass der Migrationsgeschichte vor allem von Seiten der Palliativstationen zu wenig Bedeutung zugemessen wird. Hier bündeln sich viele der bereits abgefragten Aspekte und hier liegen dementsprechend Erklärungen für individuelles Verhalten. Zudem wünschen viele Migranten einen eher familiären Kontakt zu den

Pflegenden (Zielke-Nadkarni 2003) und dass man sie nach ihren persönlichen Dingen fragt, „erst dann fühlt man sich angenommen“ – so ein türkischer Psychiater in der Studie von Grammatico (2008: 42).

Tab. 21: Dokumentation wichtiger biographischer Ereignisse unabhängig von der Migration

Wichtige biographische Ereignisse unabhängig von der Migration						
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Hospiz	0	1	3 (1)	3	15 (1)	22 (2)
	0,0%	4,6%	13,6%	13,6%	68,2%	100,0%
Palliativstation	0	1	3	4	3	11
	0,0%	9,1%	27,3%	36,4%	27,3%	100,00%

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

19 Hospize und 7 Palliativstationen dokumentieren wichtige biographische Ereignisse unabhängig von der Migration häufig bzw. immer. Die beiden Kinderhospize dokumentieren sie manchmal bzw. immer (Tab. 21). – Solche Ereignisse können Arbeitslosigkeit, (Betriebs-)Unfälle, familiäre Problemlagen u.ä. umfassen, die Auswirkungen auf Gefühle von Erfolg oder Versagen, von Schuld und Sühne haben und damit wichtige, auch spirituell bedeutsame Freuden oder Sorgen am Lebensende darstellen.

Tab. 22: Dokumentation des Aufenthaltsstatus

Aufenthaltsstatus*							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Keine Angabe	Gesamt
Hospiz	2	3 (1)	1	1 (1)	16	1	24 (2)
	8,3%	12,5%	4,2%	4,2%	66,7%	4,2%	100,0%
Palliativstation	1	2	2	6	1	1	13
	7,7%	15,4%	15,4%	46,2%	7,7%	7,7%	100,00%

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

Den Aufenthaltsstatus dokumentieren 14 Hospize, aber nur 4 Palliativstationen häufig bzw. immer. Die beiden Kinderhospize dokumentieren den Aufenthaltsstatus der Eltern manchmal bzw. häufig (Tab. 22).

Der Aufenthaltsstatus trägt Entscheidendes zu Sorge oder Wohlbefinden bei, insbesondere wenn Angehörige abhängig vom Aufenthaltsstatus des Sterbenden sind, und sollte daher konsequent erhoben werden.

Tab. 23: Dokumentation der Berufslaufbahn vor und nach der Migration

Berufslaufbahn vor und nach der Migration						
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Hospiz	1	0	6 (2)	3	12	22 (2)
	4,6%	0,0%	27,3%	13,6%	54,6%	100,0%
Palliativstation	1	1	5	3	1	11
	9,1%	9,1%	45,5%	27,3%	9,1%	100,00%

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

15 Hospize und 4 Palliativstationen dokumentieren die Berufslaufbahn häufig bzw. immer. Die beiden Kinderhospize dokumentieren die Berufslaufbahn der Eltern manchmal (Tab. 23) und darüber hinaus, welche Schule das erkrankte Kind / der erkrankte Jugendliche besucht hat selten bzw. immer sowie, ob der Klassenverband eine Unterstützung ist selten bzw. immer. Gerade für die Arbeitsmigranten der 1. Generation ist dieses Thema bedeutsam, da sie vielfach aufgrund der Berufssituation (schwer) erkrankt sind und überproportional in Berufen mit Gesundheitsrisiken gearbeitet haben. Hier bedeutet die Dokumentation eine Würdigung ihrer Lebensleistung.

Tab. 24: Dokumentation der Interessen, Werte und Überzeugungen und besonderer Umgangsformen

Interessen, Freizeitbeschäftigungen des Erkrankten*						
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Hospiz	0	0	2	5 (1)	17 (1)	24 (2)
	0,0%	0,0%	8,3%	20,8%	70,8%	100,0%
Palliativstation	0	1	3	6	3	13
	0,0%	7,7%	23,1%	46,2%	23,1%	100,00%

Werte und Überzeugungen des Erkrankten*						
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Hospiz	0	2	6 (1)	2	14 (1)	24 (2)
	0,0%	8,3%	25,0%	8,3%	58,3%	100,0%
Palliativstation	2	3	3	5	0	13
	15,4%	23,1%	23,1%	38,5%	0,0%	100,00%

Damit verbundene besondere Umgangsformen*							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Keine Angabe	Gesamt
Hospiz	0	4	3 (1)	2	14 (1)	1	24 (2)
	0,0%	16,7%	12,5%	8,3%	58,3%	4,2%	100,0%
Palliativstation	4	3	3	3	0	0	13
	30,8%	23,1%	23,1%	23,1%	0,0%	0,0%	100,00%

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

20 Hospize und 9 Palliativstationen dokumentieren die Interessen und Freizeitbeschäftigungen des Erkrankten häufig bzw. immer. Die beiden Kinderhospize dokumentieren dies häufig bzw. immer (Tab. 24). – Da ein Hospizaufenthalt sich durchaus länger hinziehen kann und auch Phasen der Aktivität des Gastes umfasst, sind diese Hinweise für die Gestaltung des Aufenthalts sinnvoll und helfen insbesondere auch für eine sinnvolle Tagesgestaltung von Demenzkranken. Darüber hinaus bieten sie positive Gesprächsanlässe für die Lebensrückschau.

15 Hospize und 5 Palliativstationen dokumentieren die Werte und Überzeugungen des Erkrankten häufig bzw. immer. Die beiden Kinderhospize dokumentieren die Werte und Überzeugungen der Eltern manchmal bzw. immer (Tab. 24). 7 Hospize tun dies selten bis manchmal, 8 Palliativstationen tun dies nie bis manchmal. – Da insbesondere Ursachenattributionen (s. Schmerz und Religion) stark mit persönlichen Werten und Überzeugungen zusammenhängen (Zielke-Nadkarni 2003), kann die Notwendigkeit einer Dokumentation nicht genug betont werden.

Die mit den Werten und Überzeugungen verbundenen Umgangsformen werden von 15 Hospizen häufig bzw. immer, aber von nur 3 Palliativstationen häufig dokumentiert. Die beiden Kinderhospize dokumentieren die mit den Werten und Überzeugungen verbundenen Umgangsformen der Eltern manchmal bzw. immer.

Ob Amulette getragen werden, Heiligenbilder aufgestellt oder Geister mit Räucherware vertrieben werden müssen – all das sind Verhaltensweisen, die Überzeugungen entspringen, die Pflegenden nicht immer verständlich sind und dennoch des Respekts und der Möglichkeit zur Durchführung bedürfen. Sie sind als Mittel der Absicherung zu verstehen, und eine Dokumentation ist ein Zeichen des Ernstnehmens auch abwegig erscheinender Aktivitäten.

Soziales Netz

Verwandte, Bekannte und Nachbarn der eigenen kulturellen Gruppe treten, wie auch die Befragung zeigt, als wichtige Begleiter des Sterbenden deutlich in Erscheinung. Daher wurden die jeweiligen Ansprechpartner der Familien erhoben, der erwünschte Umgang mit Besuch, die Notwendigkeit bestimmter besuchsfreier Zeiten sowie sonstige Besonderheiten dokumentiert (Tab. 25).

Tab. 25: Dokumentation des ersten Ansprechpartners der Familie, insbesondere in der Terminalphase

Erster Ansprechpartner der Familie, insbesondere in der Terminalphase*							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt	
Hospiz	0	0	0	1	23 (2)	24 (2)	
	0,0%	0,0%	0,0%	4,2%	95,8%	100,0%	
Palliativstation	0	0	0	1	12	13	
	0,0%	0,0%	0,0%	7,7%	92,3%	100,00%	

Erwünschter Umgang mit Besuch*							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt	
Hospiz	0	0	0	4 (1)	20 (1)	24 (2)	
	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%	83,3%	100,0%	
Palliativstation	0	0	3	6	4	13	
	0,0%	0,0%	23,1%	46,2%	30,8%	100,00%	

Notwendigkeit bestimmter besuchsfreier Zeiten							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt	
Hospiz	0	1	2 (1)	4	15 (1)	22 (2)	
	0,0%	4,6%	9,1%	18,2%	68,2%	100,0%	
Palliativstation	0	1	3	4	3	11	
	0,0%	9,1%	27,3%	36,4%	27,3%	100,00%	

Besonderheiten							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Keine Angabe	Gesamt
Hospiz	1	1	3	1	15 (2)	1	22 (2)
	4,6%	4,6%	13,6%	4,6%	68,2%	4,6%	100,0%
Palliativstation	4	0	1	4	1	1	11
	36,4%	0,0%	9,1%	36,4%	9,1%	9,1%	100,00%

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

Alle Hospize und Palliativstationen dokumentieren die jeweiligen Ansprechpartner der Familien häufig bzw. immer. Die beiden Kinderhospize dokumentieren dies immer. – Da hierfür kulturbedingte Regeln gelten, die pflegerische Entscheidungen betreffen, so z.B. dass das Familienoberhaupt gefragt wird (beispielsweise bei vielen Albanern), also nicht der Betroffene selbst entscheiden kann (Grammatico 2008: 39), ist es erfreulich, dass hier so umfassend dokumentiert wird.

Hofstede (1980, 2006) entwickelte die Unterscheidung *kollektivistisch / individualistisch* aus einer Studie in 40 Ländern. Danach steht in bestimmten Kulturgruppen das Individuum hinter der Familie zurück und muss seine individuellen Wünsche denen der Familie unterordnen. Zugleich wahrt man nach außen die familiäre

Einheit aufs Peinlichste. Jedoch schließen sich die beiden Perspektiven *kollektivistisch / individualistisch* nicht grundsätzlich aus, sondern Individuen können, abhängig von den jeweiligen Umständen, sowohl individualistische wie auch kollektivistische Haltungen vertreten.

Der erwünschte Umgang mit Besuch wird von allen Hospizen und 10 Palliativstationen häufig bzw. immer dokumentiert. Die beiden Kinderhospize dokumentieren dies häufig bzw. immer. Auch die Notwendigkeit bestimmter besuchsfreier Zeiten wird von immerhin 18 Hospizen, jedoch nur 7 Palliativstationen häufig bzw. immer dokumentiert. Die beiden Kinderhospize dokumentieren dies manchmal bzw. immer.

Krankenbesuch ist ein wichtiges soziokulturelles Gebot in vielen Kulturen, das in der Sterbesituation verstärkt besteht, da vielfach ein Sterbender nicht allein gelassen werden darf und zudem die letzte Chance für beide Seiten besteht, gegenseitig Abbitte zu leisten (Lewkowicz und Zielke-Nadkarni 2011: 32 ff.; Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. 2011; Dörschug 2011b). Gern wird auch das gewohnte bzw. das Lieblingsessen mitgebracht, da man davon ausgeht, dass dies von der Einrichtung nicht bereitgestellt wird und dem Patienten die deutsche Küche nicht mündet. Ein bestimmter Ansprechpartner aus der jeweiligen Familie kann die Kommunikation und die gegenseitige Beachtung von Wünschen, gerade auch bzgl. des Krankenbesuchs, sehr erleichtern. Dies kann z.B. auch der älteste Sohn sein (Dörschug 2011b). – Manchmal hängt die Menge der Besucher mit Unsicherheit und Ängsten sowie schlechten Erfahrungen mit deutschen Institutionen zusammen, z.B. bei Roma und Sinti (Voigt und Reuter 2009). Hier sind Toleranz, Großzügigkeit und Verständnis gefordert und ggf. Gespräche schon zu Anfang des Aufenthalts, in denen abgeklärt wird, wann wie viele Menschen kommen können.

Besonderheiten der Betreuung werden von 14 Hospizen und 5 Palliativstationen häufig bzw. immer dokumentiert. Immerhin 1 Hospiz und 4 Palliativstationen tun dies nie. Die beiden Kinderhospize dokumentieren dies immer.

Gerade die Bereitschaft, auch etwas Unübliches zu gewähren, demonstriert Toleranz und Akzeptanz sowie das Angenommensein in der Finalphase.

Wichtig war in diesem Zusammenhang auch zu erheben, wer aus der Familie den Erkrankten pflegerisch unterstützt, ob die Pflegekompetenz der primären Bezugsperson den Erfordernissen entspricht und ob diesbezüglich Informationen / Beratung / Anleitung oder psychosoziale Unterstützung benötigt werden (Tab. 26).

Tab. 26: Dokumentation der pflegerischen Unterstützung durch die Familie

Wer aus der Familie den Erkrankten pflegerisch unterstützt*							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Keine Angabe	Gesamt
Hospiz	0	1	2	4	16 (2)	1	24 (2)
	0,0%	4,2%	8,3%	16,7%	66,7%	4,2%	100,0%
Palliativstation	2	0	2	2	2	0	13
	15,4%	0,0%	15,4%	15,4%	15,4%	0,0%	100,00%

Ob die Pflegekompetenz der primären Bezugsperson den Erfordernissen entspricht*							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Keine Angabe	Gesamt
Hospiz	2	3	3 (2)	5	7	3	23 (2)
	8,7%	13,0%	13,0%	21,7%	30,4%	13,0%	100,0%
Palliativstation	5	0	0	2	5	1	11
	38,5%	0,0%	0,0%	15,4%	38,5%	7,7%	100,00%

Ob diesbezüglich Informationen/Beratung/Anleitung benötigt werden*							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Keine Angabe	Gesamt
Hospiz	2	2	2 (1)	6	11 (1)	1	24 (2)
	8,3%	8,3%	8,3%	25,0%	45,8%	4,2%	100,0%
Palliativstation	3	1	1	1	6	1	13
	23,1%	7,7%	7,7%	7,7%	46,2%	7,7%	100,00%

Ob die primären Bezugspersonen psychosoziale Unterstützung benötigen*							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Keine Angabe	Gesamt
Hospiz	1	0	2	6 (2)	14	1	24 (2)
	4,2%	0,0%	8,3%	25,0%	58,3%	4,2%	100,0%
Palliativstation	0	0	0	6	6	1	13
	0,0%	0,0%	0,0%	46,2%	46,2%	7,7%	100,00%

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

Wer aus der Familie den Erkrankten pflegerisch unterstützt, wird von 18 Hospizen und 9 Palliativstationen häufig bzw. immer dokumentiert. Die beiden Kinderhospize dokumentieren dies immer. – Gerade im Bereich der Intimpflege (siehe Körperpflege) ist der Wunsch der Sterbenden zu erheben und zu beachten. Auch Angehörige wünschen häufig, selbst bestimmte Hilfen zu leisten, gerade auch in der Situation des Abschiednehmens.

12 Hospize und 7 Palliativstationen dokumentieren, ob die Pflegekompetenz der primären Bezugsperson den Erfordernissen entspricht. Die beiden Kinderhospize dokumentieren dies manchmal. – Vermutlich wird dies ansonsten schlicht beobachtet, und entsprechende Maßnahmen werden ergriffen.

16 Hospize und 7 Palliativstationen dokumentieren, ob diesbezüglich Informationen/Beratung/Anleitung benötigt werden. Die beiden Kinderhospize dokumentieren dies manchmal bzw. immer. – Auch hier ist zu vermuten, dass diese im Bedarfsfall auch ohne Dokumentation gegeben werden.

18 Hospize und 12 Palliativstationen dokumentieren, ob die primären Bezugspersonen psychosoziale Unterstützung benötigen. Die beiden Kinderhospize dokumentieren dies häufig. – Hiermit wird eine wichtige Unterstützung geboten, und die umfangliche Dokumentation ist positiv hervorzuheben.

Abschließend wurden Fragen zu Unterkunftsmöglichkeiten der Angehörigen gestellt (Tab. 27).

Tab. 27: Dokumentation eigener Angehörigen-/Familienzimmer

Gibt es eigene Angehörigen-/Familienzimmer*			
	Ja	Nein	Gesamt
Hospiz	12 (2)	12	24 (2)
	50,0%	50,0%	100,0%
Palliativstation	4	9	13
	30,8%	69,2%	100,00%

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

10 Hospize, beide Kinderhospize und 4 Palliativstationen bieten eigene Angehörigen-/Familienzimmer (Tab. 27). D.h. 20 Palliativstationen und Hospize haben keine eigenen Angehörigen-/Familienzimmer. Sie offerieren jedoch neben der Möglichkeit, im Zimmer des Angehörigen zu übernachten (15x), ein gemeinsam nutzbares Wohnzimmer (3x), die Nutzung eines Zimmers im Verwaltungstrakt (3x), eines Besucherzimmers (2x) oder eines Hotels in der Nähe (2x) und die Möglichkeit der Anmietung eines Zimmers oder Apartments (2x) bzw. die Übernachtung in einem Seminarraum (1x) der Einrichtung.

In Anbetracht der Tatsache, dass Besucher gerade zum Lebensende in vielen Religionen große Bedeutung haben (Lewkowicz und Zielke-Nadkarni 2011: 32 ff.), sind zusätzliche günstige oder kostenfreie Unterkünfte unabdingbar. Ein interessanter Aspekt kommt aus Venedig: dort gibt es in einem Hospiz in manchen Besucherzimmern eigene Kochnischen (Marten 2011), wo das eigene Essen zubereitet oder aufgewärmt werden kann, wodurch auch für Besucher eine gewisse Unabhängigkeit gewahrt wird. Sie wirken zudem einer möglichen Überlastung der Einrichtung durch viele Besucher entgegen.

Religion

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

Tab. 28: Dokumentation religiöser Aspekte

Religiöse Überzeugungen des Erkrankten							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt	
Hospiz	0	3	0	4 (1)	15 (1)	22 (2)	
	0,0%	13,6%	0,0%	18,2%	68,2%	100,0%	
Palliativstation	0	0	1	2	8	11	
	0,0%	0,0%	9,1%	18,2%	72,7%	100,00%	

Bisher gelebte religiöse Praxis*							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt	
Hospiz	0	4	2	4 (1)	14 (1)	24 (2)	
	0,0%	16,7%	8,3%	16,7%	58,3%	100,0%	
Palliativstation	1	2	3	6	1	13	
	7,7%	15,4%	23,1%	46,2%	7,7%	100,00%	

Diesbezügliche religiöse Wünsche des Erkrankten*							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt	
Hospiz	0	0	3 (1)	4	17 (1)	24 (2)	
	0,0%	0,0%	12,5%	16,7%	70,8%	100,0%	
Palliativstation	1	2	2	5	3	13	
	7,7%	15,4%	15,4%	38,5%	23,1%	100,00%	

Gebetszeiten*							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Keine Angabe	Gesamt
Hospiz	2	3	5 (1)	3 (1)	10	1	24 (2)
	8,3%	12,5%	20,8%	12,5%	41,7%	4,2%	100,0%
Palliativstation	4	1	3	3	2	0	13
	30,8%	7,7%	23,1%	23,1%	15,4%	0,0%	100,00%

Kontaktaten der Gemeinde bzw. religiösen Gemeinschaft, in die der Erkrankte eingebunden ist							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Keine Angabe	Gesamt
Hospiz	1	1	4 (1)	8 (1)	7	1	22 (2)
	4,6%	4,6%	18,2%	36,4%	31,8%	4,6%	100,0%
Palliativstation	0	3	4	4	0	0	11
	0,0%	27,3%	36,4%	36,4%	0,0%	0,0%	100,00%

Religiöse Festtage*							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Keine Angabe	Gesamt
Hospiz	3	5	1 (1)	4 (1)	10	1	24 (2)
	12,5%	20,8%	4,2%	16,7%	41,7%	4,2%	100,0%
Palliativstation	6	2	2	2	0	1	13
	46,2%	15,4%	15,4%	15,4%	0,0%	7,7%	100,00%

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

17 Hospize und 10 Palliativstationen dokumentieren die religiösen Überzeugungen des Erkrankten häufig oder immer, 6 Hospize tun dies selten, 1 Palliativstation tut dies manchmal. Die beiden 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.

16 Hospize und 7 Palliativstationen dokumentieren die bisher gelebte religiöse Praxis des Gastes häufig bzw. immer, aber 6 Hospize dokumentieren dies selten bis manchmal und 6 Palliativstationen nie bis manchmal. Die beiden Kinderhospize dokumentieren dies häufig bzw. immer.

Immerhin 20 Hospize, aber nur 8 Palliativstationen dokumentieren religiöse Wünsche des Erkrankten häufig bzw. immer. Die beiden Kinderhospize dokumentieren dies manchmal bzw. immer. – Da religiöse Praktiken und Wünsche variieren, ist eine bloße Dokumentation der Religionszugehörigkeit für pflegerische Zwecke unzureichend.

Nur 12 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 Erkrankten notieren, aber nur 41,7% die Gebetszeiten, da diese doch Teil der Frage nach religiösen Wünschen sein sollten. Da Palliativpflege sehr zeitaufwändig ist, ist davon auszugehen, dass Pflegende insbesondere Moslems leicht bei ihren 5 Gebeten pro Tag stören können. Daher wäre eine Dokumentation wünschenswert. Das Sprechen der Sure Já-Sîn ist Teil des Abschiedsrituals (Der Koran, Sure 36:36). Wenn der Sterbende nicht mehr selbst beten kann, übernehmen dies die Angehörigen (Immenschuh et al. 2005: 442 f.).

13 Hospize dokumentieren die Kontaktdaten der Gemeinde bzw. religiösen Gemeinschaft häufig bzw. immer, 4 Palliativstationen dokumentieren diese häufig. Die beiden Kinderhospize dokumentieren dies manchmal bzw. häufig.

Die religiösen Festtage werden von 12 Hospizen häufig bzw. immer erhoben, aber nur von 2 Palliativstationen häufig. Die beiden Kinderhospize dokumentieren dies manchmal bzw. häufig. – In diesem Zusammenhang ist auf Kalender zu verweisen, die die Festtage der großen Religionen beinhalten und in der Einrichtung aufgehängt werden können.

Die Religion ist sehr eng mit dem Krankheitsverständnis vieler Menschen verbunden, woraus sich wichtige pflegerelevante Anforderungen ergeben:

Grundlegend ist die Frage der Ursachenzuschreibung: So kann ein Fehlverhalten oder ein Tabubruch als krankheitsauslösend betrachtet werden. Dementsprechend wird Krankheit als Strafe oder Sühne verstanden. Auch Verhexungen oder Verwünschungen sind z.B. im Islam oder im Voudou (er ist häufig bei Menschen aus Benin, Togo, Ghana und dem Süden Nigerias) Auslöser für Krankheiten. Für Voudou-Anhänger gibt es schlicht keine rein körperlichen Krankheitsursachen.²

Das individuelle Krankheitsverständnis des Gastes zu kennen, ist wichtig, weil es seine Sorgen und seine Kooperation bedingt. Um ihre Krankheit im spirituellen Sinne zu überwinden, müssen und wollen Migranten häufig religiösen (und soziokulturellen) Geboten gerecht werden. Dazu gehören im Islam z.B. Fürbittgebete für andere (Türkis et al. 2012). Auch sollte Migranten die Möglichkeit gegeben werden, z.B. Schuld durch Gebete, den Empfang bestimmter Besucher oder das Aufstellen religiöser Gegenstände am Krankenbett zu sühnen.

Des Weiteren entsteht Krankheit durch Ungleichgewicht. Die ayurvedische Medizin kennt z.B. temperaturbedingtes Ungleichgewicht. In vielen Kulturen Lateinamerikas, Afrikas und Asiens entsteht Ungleichgewicht auch, wenn jemand in seiner sozialen Umwelt Probleme hat. Die daraus resultierenden psychosomatischen Erkrankungen können nur durch Medizinmänner oder Schamanen geheilt werden, welche die Geister, Ahnen oder Götter besänftigen und das Ungleichgewicht in entsprechenden (Opfer-)Ritualen aufheben.

Entsprechend den individuellen Vorstellungen werden nicht selten Geistliche der eigenen Religion zu Rate gezogen. So versorgen Hodschas häufig Kranke mit Amuletten, Rabbiner geben Ratschläge für den religiös angemessenen Umgang mit Krankheit am Sabbat und besondere Hindu-Priester versorgen Sterbende und leiten das Totenritual (Meier und Zielke-Nadkarni 2011: 17 ff.).

² Mündliche Auskunft des Voudou-Spezialisten H. Christoph – Journalist und Ethnologe.

Der Islam vertritt die Auffassung, dass Allah Krankheit gibt und nimmt, weshalb Aktivitäten des Menschen zu Heilungszwecken häufig gering geschätzt werden. Man fügt sich dem Schicksal, und das Ausgeliefertsein an die göttliche Vorsehung wird mehr oder weniger ausgeprägt empfunden. Ein 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. TürkinInnen der so genannten 1. Generation häufig nur wenig oder keine Schulbildung aufweisen, fehlt ihnen auch ein anatomisch-physiologisches Körperbewusstsein. Eine vorwiegend metaphysische Krankheitserklärung ist daher verständlich. – Amulette, die zum Schutz gegen den so genannten „bösen Blick“ getragen werden, sollten respektiert und unbedingt beim Patienten belassen werden. Der „böse Blick“ ist auch in Asien, Lateinamerika sowie im Mittelmeerraum gefürchtet, und überall begegnet man ihm mit Schutzmaßnahmen (www.archiv.ub.un-heidelberg.de). Muslime nutzen dazu blaue (Glas-)Augen. In Indien werden kleine Kinder durch eine Umrandung ihrer Augen mit Kajal-Stift davor geschützt (Meier und Zielke-Nadkarni 2011: 19).

Frauen aus den Küstenregionen des Maghreb tragen parfümierten Schmuck, denn Wohlgerüche sollen die Trägerin für Menschen und gute Geister anziehend machen, während böse Geister davon abgestoßen werden.

Im Judentum wird Krankheit u.U. ebenfalls als Gottes Wille betrachtet: im Sinne einer Strafe oder auch als pädagogisch wirksames Leiden (www.vodafone-stiftungsinstitut.de). Die Einhaltung des Sabbat-Rituals dürfte ein wesentlicher Wunsch sein (Zielke-Nadkarni 2005: 126).

Das Krankheitsverständnis im Hinduismus ist komplex, vielgestaltig und hängt u.a. davon ab, welcher Gottheit man in der Familie traditionell dient. Insbesondere die 3 Hauptgötter Brahma, Vishnu und Shiva werden vielfach am eigenen Hausaltar verehrt. Erzürnt man sie, z.B. durch Geiz oder Unreinheit, kann dies Krankheit zur Folge haben. Auch Fehlverhalten in früheren Leben kann im jetzigen zu Krankheit führen (www.professionalchaplains.org).

Sterben / Tod

Um eine kultursensible Betreuung in Sterbesituationen zu gewährleisten, wurde nach der Dokumentation, wie aus kultursensibel-religiöser Sicht mit der Sterbesituation umzugehen ist, gefragt und welche Informationen der Erkrankte nicht erhalten darf (Tab. 29).

Tab. 29: Dokumentation zur kultursensiblen Betreuung in Sterbesituationen

Wie aus kultursensibel-religiöser Sicht mit der Sterbesituation umzugehen ist*							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Keine Angabe	Gesamt
Hospiz	1	1	3	3 (1)	15 (1)	1	24 (2)
	4,2%	4,2%	12,5%	12,5%	62,5%	4,2%	100,0%
Palliativstation	2	3	2	5	1	0	13
	15,4%	23,1%	15,4%	38,5%	7,7%	0,0%	100,00%

Welche Informationen der Erkrankte nicht erhalten darf							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Keine Angabe	Gesamt
Hospiz	2	1	0	1	14 (2)	4	22 (2)
	9,1%	4,6%	0,0%	4,6%	63,6%	18,2%	100,0%
Palliativstation	1	3	1	2	4	0	11
	9,1%	27,3%	9,1%	18,2%	36,4%	0,0%	100,00%

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

Wie aus kultursensibel-religiöser Sicht mit der Sterbesituation umzugehen ist, dokumentieren 16 Hospize und 6 Palliativstationen häufig bzw. immer. 5 Hospize und 7 Palliativstationen jedoch tun dies nie bis manchmal. Die beiden Kinderhospize dokumentieren dies häufig bzw. immer.

12 Hospize dokumentieren immer und 1 Hospiz häufig, welche Informationen der Erkrankte nicht erhalten darf. 6 Palliativstationen dokumentieren dies häufig bzw. immer. Die beiden Kinderhospize dokumentieren dies immer. 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.

Verschiedene Aspekte der Bestattung waren ebenfalls Gegenstand der Befragung. So, ob eine Bestattung im Herkunftsland gewünscht ist, ob eine Versicherung abgeschlossen wurde, ob Hilfe bei der Organisation der Überführung benötigt wird und ob Muslime auf die sogenannte „Ruhefrist“ bei einer Bestattung in Deutschland hingewiesen werden (Tab. 30).

Tab. 30: Dokumentation zur Bestattung

Ob die Bestattung im Herkunftsland erfolgen soll						
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Gesamt
Hospiz	0	0	2	1	19 (2)	22 (2)
	0,0%	0,0%	9,1%	4,6%	86,4%	100,0%
Palliativstation	1	1	3	3	3	11
	9,1%	9,1%	27,3%	27,3%	27,3%	100,00%

Ob eine Versicherung abgeschlossen wurde							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Keine Angabe	Gesamt
Hospiz	6	3 (1)	4 (1)	1	7	1	22 (2)
	27,3%	13,6%	18,2%	4,6%	31,8%	4,6%	100,0%
Palliativstation	6	3	1	1	0	0	11
	54,5%	27,3%	9,1%	9,1%	0,0%	0,0%	100,00%

Ob Hilfe bei der Organisation der Überführung benötigt wird							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Keine Angabe	Gesamt
Hospiz	5	2	2 (2)	1	9	3	22 (2)
	22,7%	9,1%	9,1%	4,6%	40,9%	13,6%	100,0%
Palliativstation	4	3	2	2	0	0	11
	36,4%	27,3%	18,2%	18,2%	0,0%	0,0%	100,00%

Ob Muslime auf die sogenannte „Ruhefrist“ bei einer Bestattung in Deutschland hingewiesen werden							
	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	Keine Angabe	Gesamt
Hospiz	5	3	2 (1)	4 (1)	7	1	22 (2)
	22,7%	13,6%	9,1%	18,2%	31,8%	4,6%	100,0%
Palliativstation	4	2	1	3	0	1	11
	36,4%	18,2%	9,1%	27,3%	0,0%	9,1%	100,00%

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

Ob eine Bestattung im Herkunftsland gewünscht ist, wird von 17 Hospizen immer erhoben, von einem häufig, jedoch nur von 6 Palliativstationen häufig bzw. immer. Die beiden Kinderhospize dokumentieren dies immer.

Ob eine Versicherung abgeschlossen wurde, wird von 13 Hospizen nie bis manchmal erhoben, von 7 immer. Palliativstationen erheben dies 10x nie bis manchmal und nur 1x häufig. Die beiden Kinderhospize dokumentieren dies selten bzw. manchmal.

Ob Hilfe bei der Organisation der Überführung benötigt wird, wird von 10 Hospizen häufig bzw. immer erhoben und von 9 Palliativstationen nie bis manchmal und in 3 Fällen häufig. Die beiden Kinderhospize dokumentieren dies selten bzw. manchmal.

In 10 Fällen weisen Hospize Muslime auf die sogenannte „Ruhefrist“ bei einer Bestattung in Deutschland hin, 3 Palliativstationen tun dies häufig. Die beiden Kinderhospize dokumentieren dies manchmal bzw. häufig.

Schließlich wurde noch gefragt, ob ein Raum für rituelle Waschungen zur Verfügung steht (Tab. 31) und ein Andachtsraum, der von Angehörigen verschiedener Religionen benutzt werden kann (Tab. 32).

Tab. 31: Raum für rituelle Waschungen

Vorhandensein eines Raums für rituelle Waschungen			
	Ja	Nein	Keine Angabe
Hospiz	7 (2)	15	2
Palliativstation	4	8	1
Gesamt	11	23	3

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

7 Hospize, davon beide Kinderhospize, besitzen einen Raum für rituelle Waschungen und 4 Palliativstationen.

Tab. 32: Andachtsraum

Vorhandensein eines Raums für rituelle Waschungen				
	Ja	Nein	Keine Angabe	Gesamt
Hospiz	16 (2)	6	2	24
Palliativstation	7	5	1	13
Gesamt	23	11	3	37

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

16 Hospize, davon beide Kinderhospize, besitzen einen Andachtsraum für die verschiedenen Religionen und 7 Palliativstationen.

Die Sterbephase bedeutet für die meisten Menschen eine existentielle Notlage, in der sie ihrer Familien und Freunde besonders bedürfen und die eigenen Rituale, welche die kollektiv-kulturelle Ausgestaltung wichtiger Lebensereignisse bilden, als Trost und Vorbereitung auf den Abschied benötigen (Heller, B. 2010c). Da die Gestaltung der Sterbephase individuelle, familiäre und soziokulturelle Besonderheiten aufweist, kann es leicht zu Missverständnissen und Pflegefehlern kommen. Daher sind auch hier Hintergrundwissen und eine individuelle Abklärung mit der Familie hilfreich.

Muslime betrachten den Tod als Beginn einer veränderten spirituellen Existenz, die auch von positiven Erwartungen geprägt ist. Jedoch muss sich der Gläubige dem Jüngsten Gericht stellen, das über die Aufnahme ins Paradies oder in die Hölle entscheidet. Hierauf soll sich der Gläubige zu Lebzeiten durch gute Taten (z.B. Almo-

sen) vorbereiten. Stirbt ein Moslem, so ist aus religiösen Gründen auf eine regelmäßige Flüssigkeitsgabe zu achten, da ein Moslem nicht durstig sterben darf (der Islam ist eine Wüstenreligion) (Lewkowicz und Zielke-Nadkarni 2011: 32 ff.). Auch aus pflegerischer Sicht sollte der Erkrankte keinen Durst leiden. Daher ist die Mundpflege sehr wichtig. Das Durstgefühl korreliert in der letzten Lebensphase nicht notwendig mit der Menge an aufgenommener Flüssigkeit. – Nach Eintritt des Todes wird oft lautstark getrauert (www.flexpflege.de). Dies sollte respektiert und toleriert werden. Der Kopf wird nach rechts gelegt und die Arme entlang des Körpers ausgestreckt. Das Gesicht soll nach Mekka (Südosten) weisen (www.pqgs.de). Die anschließende rituelle Waschung muss der Familie überlassen bleiben. Danach wird der Verstorbene parfümiert und in ein Totengewand gewickelt, ohne das ein Moslem nicht zur Beerdigung zugelassen wird (www.mkg-projekte.de). – Insbesondere am 3., 7., 40. Tag – und am 52. Tag – sowie am Jahrestag des Todes wird der Verstorbene gedacht. Die eigentliche Trauerzeit dauert 40 Tage und endet mit einem zeremoniellen Essen (Türkis et al. 2012).

Im Hinduismus gibt es keine allgemeingültigen Regeln zum Umgang mit Sterbenden und Toten. Daher ist eine offene Besprechung der Wünsche der Familie zwingend notwendig. Grundsätzlich benötigen Hindus Ruhe, um sich in der Sterbephase durch Kontemplation auf die Wiedergeburt vorzubereiten. Für die Sterbe- und Totenrituale sind spezielle Hindu-Priester zuständig (Lewkowicz und Zielke-Nadkarni 2011: 35). – Die Trauerbewältigung ist sehr unterschiedlich und reicht von einer stoischen Haltung bis zu vielen Tränen. Die Angehörigen gelten nach dem Tod für einen bestimmten Zeitraum als „unrein“, und ihre Sozialkontakte sind eingeschränkt. (www.religion.orf.at)

Da das Leben im Judentum als heilig gilt, wird die Sterbephase von den Angehörigen menschenwürdig gestaltet. Der Kranke ist unbedingt über seinen Zustand zu informieren, damit er letzte Dinge regeln und Versöhnungen vornehmen kann (Seel 2003: 10). Sehr zentral ist das so genannte Schma (das jüdische Glaubensbekenntnis), das am Sterbebett ins Ohr gesprochen werden kann. – Nach dem Ableben schließen nächste Verwandte Augen und Mund des Toten und lassen ihn dann ca. 30 Minuten allein (www.altenpflegeschueler.de). Die rituelle Totenwäsche erfolgt häufig durch speziell dafür ausgebildete Mitglieder der jüdischen Gemeinde (aus der Gruppe der so genannten Chewra Kaddisha). Welche Bräuche im Einzelnen vorgesehen sind (z.B. ob eine Totenwache gehalten wird) und welche Rolle die Pflegenden dabei spielen, sollte abgesprochen werden. Vor der Beisetzung wird traditionell keine Beileidsbekundung ausgesprochen!

Auch Roma und Sinti haben eigene, oft christlich geprägte Abschiedsrituale und statten ihren Sterbenden viel Besuch ab, was als Zeichen des Respekts, der Ehre und des Sichkümmerns verstanden wird (Voigt und Reuter 2009).

Gefühle von Belastung und Bereicherung im Rahmen kultursensibler Betreuung

Im Rahmen der Palliativpflege wurde nach Belastungen und Bereicherungen gefragt.

Belastungen

Die Mitarbeiter der Hospize und Palliativstationen erleben in 18 Fällen Belastungen wie Unsicherheit (10x), Schwierigkeiten in Kommunikationssituationen durch fehlende Sprachkenntnisse (5x) oder mangelnde Offenheit im Gespräch (3x), z.B. wenn eine Aufklärung des Patienten über seinen Zustand nicht gewünscht oder verboten werde oder wenn alle wüssten, wie es aussehe, aber nicht miteinander sprächen, was wiederum alle belaste.

Fehlendes Basiswissen über kulturelle Gewohnheiten und religiöse Praktiken (5x) sind weitere genannte Belastungen.

Offensichtlich falsche Übersetzungen (1x) sowie bestimmte kulturspezifische Heilungsmethoden (Tinkturen, Vodou) (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 in Trauerrituale (1x), insbesondere der hohe emotionale Anteil beim Wehklagen über Stunden (1x).

Türkis et al. (2012) beschreiben die Totenklage als festen Bestandteil der Tradition der Trauerrituale im Islam und als „kulturelle Fähigkeit, die es ermöglicht, dem Schmerz über den Verlust eines geliebten Menschen auf kollektive Weise Gestalt zu geben“. Hierzu gehört auch das laute Wehklagen (Grammatico 2008: 40).

Während viele Befragte dies als Bereicherung empfinden (s.u.), stellt für eine Hospizleitung der familiäre Zusammenhalt unter den Migranten eine Belastung dar.

Ein Mitarbeiter eines Kinderhospizes empfindet die Lautstärke der Klageweiber und „unseriöse“ Bestatter als Belastung.

Als besondere Belastungen, wenn ein Muslim verstirbt, wurden bezeichnet: der zahlreiche Besuch, da dies Unruhe auf der Station mache (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) und schließlich der Umgang mit Frauen (1x).

Bereicherungen

Als Bereicherung erlebt das Personal der Palliativstationen und Hospize die andere Kultur (14x), die Ausübung der Religion (5x), die dem Patienten u.a. Gelassenheit

schenke (1x), den anderen Umgang mit Werten und Jenseitsvorstellungen (1x), den engen Familienzusammenhalt (4x), auch im Hinblick auf die häusliche Versorgung (1x) und offene Gespräche mit Angehörigen (1x), die Erfahrung des Zusammenhalts und der Wertschätzung in den Gemeinden (4x), die häufig große Freundlichkeit (2x), der andere Umgang mit Sterben, Tod und Trauern (1x), die Einbeziehung und Begleitung durch Angehörige in fremde Trauerrituale (1x), den durch Traditionen vorgegebenen klaren Handlungsablauf nach dem Tod (1x) und die Selbstverständlichkeit der Verantwortung vieler Menschen (auch Nicht-Verwandter) für die Sorge um den Erkrankten (1x).

Hierzu noch folgende Hinweise aus der Literatur: In Thailand gilt das Lachen als Therapie (Fiedler-Löffelholz 2011), und in Australien und Schottland treten mittlerweile gesundheitsfördernde Aspekte der Palliativpflege in den Vordergrund (Haraldsdottir et al. 2010).

Wünsche nach mehr Gästen mit Migrationshintergrund, mehr Entwicklung und Werbung

Angesichts der geringen Anzahl von Migranten in der Palliativpflege wurden die Wünsche der Befragten nach mehr Gästen mit Migrationshintergrund, mehr Entwicklung und Werbung erhoben (Tab. 33).

Tab. 33: Wunsch, mehr Menschen mit Migrationshintergrund zu betreuen

Wunsch, mehr Menschen mit Migrationshintergrund zu betreuen					
	Ja	Eher ja	Nein	Eher nein	K.A.
Hospiz	5	9 (2)	0	2	8
Palliativstation	1	3	0	4	5
Gesamt	6	12	0	6	13

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

Der Wunsch, mehr Menschen mit Migrationshintergrund zu betreuen, wird von 14 Hospizen (einschließlich der Kinderhospize) mit „ja“ bzw. „eher ja“ geäußert, 2 sagen „eher nein“. 4 Palliativstationen bejahen ihn mit „ja“ bzw. „eher ja“, 2 sagen „eher nein“. 8 Hospize und 5 Palliativstationen machen keine Angabe (Tab. 33).

Tab. 34: Werbung für die eigene Einrichtung an Informationsstellen für Migranten

Werbung für die eigene Einrichtung an Informationsstellen für Migranten			
	Ja	Nein	Keine Angabe
Hospiz	0	23 (2)	1
Palliativstation	0	9	4
Gesamt	0	32	5

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

Werbung für die eigene Einrichtung an Informationsstellen für Migranten macht niemand, jedoch machen 5 Einrichtungen hierzu keine Angabe.

Tab. 35: Wunsch nach mehr Entwicklung im Blick auf kultursensible Betreuung

Wunsch nach mehr Entwicklung im Blick auf kultursensible Betreuung					
	Ja	Eher ja	Nein	Eher nein	K.A.
Hospiz	8	8 (1)	2	2 (1)	4
Palliativstation	3	6	0	2	2
Gesamt	11	14	2	4	6

Legende: (x) = davon x Kinderhospize

Einen Wunsch nach mehr Entwicklung im Blick auf kultursensible Betreuung äußern insgesamt 16 Hospize (einschließlich einem Kinderhospiz) mit „ja“ bzw. „eher ja“ und 9 Palliativstationen. „Nein“ bzw. „eher nein“ sagen 3 Hospize (einschließlich einem Kinderhospiz) und 4 Palliativstationen (Tab. 35).

Für eine Weiterentwicklung der kultursensiblen Betreuung im Sinne transkultureller Kompetenz wird Folgendes gewünscht:

- Das Thema sollte in Aus-/Fort-/Weiterbildung mehr berücksichtigt werden (10x), wobei bestimmte Aspekte spezifiziert werden: Seminare mit direkten Vertretern der Kulturen und Religionen, keine Fortbildung mit Referenten, die sich das Wissen nur angeeignet haben (1x), begleitete Projekte vor Ort, z.B. in der Betreuung, beim Netzwerkaufbau (2x), Thema Sterben und Tod in verschiedenen Kulturen (3x), Religionskunde (1x) und kostenlose Angebote für die Einrichtung (1x)

- Informationen über kulturelle Gewohnheiten, z.B. als 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 Doku-System (1x), Erweiterung des Krankenhausinfo-Systems (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 Bewohner 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 (Tab. 8-26 und 28-30) 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. Während für viele der abgefragten Themen eine etwa gleichgewichtige Dokumentation in den Hospizen für Erwachsene und den Palliativstationen zu verzeichnen ist, treten bei bestimmten Themen Unterschiede zugunsten der Hospize auf, die mehr dokumentieren. Damit kann mit dieser Studie ein erhöhter Dokumentationsbedarf insbesondere, wenngleich nicht ausschließlich, bei den beteiligten Palliativstationen nachgewiesen werden.

Tab. 36: Dokumentationshäufigkeit der 12 Hauptuntersuchungsaspekte und ihrer 72 Unterpunkte in den verschiedenen Einrichtungstypen

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

Die rein quantitative Auflistung in Tabelle 36 zeigt deutlich die konsequente Dokumentation in den Kinderhospizen. Die Dokumentation der 22 Hospize für Erwachsene ist (mit 1070 „häufig“ bis „immer“ dokumentierten Aspekten) insgesamt ähnlich umfangreich wie die der 13 Palliativstationen (mit 460 „häufig“ bis „immer“ dokumentierten Aspekten). Betrachtet man allerdings die Merkmalsausprägung „immer“ für sich, so dokumentieren die Hospize mit 842 Angaben deutlich mehr als die 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.

Hieraus leitet sich auch ein Forschungsdesiderat ab, das den Rahmen dieses Projektes gesprengt hätte: In vielen Fällen bleibt die Frage nach dem Warum der Dokumentation bzw. der fehlenden Dokumentation offen, da die Gründe für die Fragestellungen dieser Studie nicht mit denen für die Antworten übereinstimmen müssen. 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 (Tab. 14): Sie sind Grundlage der persönlichen Bewertung von und Haltung zu Krankheit.

- Erfolgreiche Bewältigungsstrategien bzw. erfolglose Bewältigungsstrategien des Erkrankten und seiner Angehörigen (Tab. 16): Man bedenke den hohen physischen wie psychischen Stellenwert des Copings. Eine Dokumentation kann hier Ausgangspunkt für Beratungsgespräche sein, aber auch Ermutigendes für die verbleibende Lebenszeit aufzeigen.
- Die Fähigkeit, zu lesen und zu schreiben (Tab. 17): Da gerade in der 1. Generation der Arbeitsmigranten häufig Analphabeten sind, ist dies ein wichtiger Punkt.
- Gebetszeiten (Tab. 28): Sie sollten Teil der Frage nach religiösen Wünschen sein.
- Kontaktdaten der Gemeinde bzw. religiösen Gemeinschaft (Tab. 28): Hier kann man sich Unterstützung für eine adäquate Begleitung suchen.

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

- Wünsche zu Pflegemaßnahmen durch Angehörige (z.B. Intimpflege) (Tab. 9): Dies ist in Migrantenfamilien ein häufigerer Wunsch, der auch für Demenzkranke bedeutsam ist.
- Die Rolle der Familie bei der Schmerzbewältigung (Tab. 13): Sie kann ein zweischneidiges Schwert sein, insofern die Familie die soziokulturelle Dimension des Schmerzes mildern oder verstärken kann.
- Die sprachliche Verständigung mit den Angehörigen und die Notwendigkeit von Übersetzungshilfen (Tab. 17): Die mangelnde Dokumentation könnte auf ein organisatorisches Defizit hindeuten, das den Pflegenden wenig Spielraum für den Einsatz von Dolmetschern oder Übersetzungshilfen bietet. Angesichts der von vielen Leitungspersonen/Mitarbeitern sowie in der Literatur zur Pflege von Migranten durchgängig angesprochenen Kommunikationsschwierigkeiten würde eine umfangreichere Dokumentation, als sie derzeit durchgeführt wird, auch den Informationsfluss der Pflegenden untereinander positiv beeinflussen.
- Spezifische Verhaltensweisen (Tab. 18): Sie können insbesondere das Verhalten von Demenzkranken erklären, aber auch für das Verstehen sonstiger Migranten wichtig sein.
- Die Bedeutung von Nähe und Distanz für den Erkrankten (Tab. 18): Sie ist gerade für Berührungen aller Art, speziell die Intimpflege, bedeutungsvoll.
- Religiöse Wünsche (Tab. 28): Sie sollten gerade in der Sterbephase immer dokumentiert werden.

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 (Tab. 33). Das ist eine hohe Zahl, die die Unsicherheit und die Belastung zeigt.

In die gleiche Richtung weist das auffällige Ergebnis von Tabelle 34, aus der hervorgeht, dass 32 Einrichtungen nicht für sich in Informationsstellen für Migranten werben

(wobei weitere 5 keine Angabe machen). Diese deutlichen Zahlen zeigen, dass es kein aktives Zugehen auf die Informationsstellen gibt.

Nimmt man zu diesen Aspekten die von den Leitungspersonen / Mitarbeitern 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 des Patienten über seinen Zustand nicht gewünscht oder 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 von 16 Hospizen und 9 Palliativstationen bejahten Wunsch nach mehr Entwicklung im Blick auf kultursensible Betreuung unterstrichen.

Die Ergebnisse zeigen somit, **dass die Einrichtungen der Palliativpflege Unterstützung bei der Versorgung von Migranten 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.

Darüber hinaus schließen wir uns grundsätzlich Henke und Thuss-Patience (2012) an, die neben weiteren klinischen Studien und Projekten zur Bedarfslage von Gästen mit Migrationshintergrund mit Fokus auf einzelne Migrantengruppen auch eine organisatorische Berücksichtigung dieser Belange fordern (Maßnahmen der Kommunikationserleichterung, angemessenes Zeitbudget, ausreichend (muttersprachliches) Personal), um die Palliativversorgung dieser heterogenen Zielgruppe angemessen zu verbessern. ●

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. Trauerituelle im Kulturvergleich. 2. Aufl. Göttingen.

Aulbert, E. (2007): Psychische Grundlagen von Schmerzempfinden, Schmerzäußerung 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.

Bausewein, C.; Roller, S.; Voltz, R. (Hrsg.) (2007): Leitfaden Palliativmedizin - Palliative Care, 3. Aufl., München, Jena

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.

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.

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.

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.

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.

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 Zuwanderern 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. (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.

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-Cabalar, 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.

Ilkilić, 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.

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.

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.

Kozłowska, L.; Doboszyńska, 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.

Saalfank, E.S. (2009): Was können buddhistische Traditionen zu Spiritual Care beitragen? In: Spiritualität und Spiritual Care, Jahresheft 2009: 78-81.

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

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 Trauerbräute 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.

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.

Internetquellen

www.altenpflegeschueler.de

www.archiv.ub.un-heidelberg.de

www.flexpflege.de

www.mkg-projekte.de

www.pqgs.de

www.professionalchaplains.org

www.religion.orf.at

www.vodafone-stiftungsinstitut.de

Anhang

Einbindung der Fragen an die Kinderhospize in den Gesamtpool

	Kinderhospizfragebogen		Hospizfragebogen
	Ernährung		Ernährung
F07.1	Individuelle Essensgewohnheiten des Kindes/Jugendlichen?	F07.1	Individuelle Essensgewohnheiten des Erkrankten?
F07.2	Bevorzugte Nahrungsmittel?	F07.2	Bevorzugte Nahrungsmittel?
F07.3	Abgelehnte Nahrungsmittel?	F07.3	Abgelehnte Nahrungsmittel?
F07.4	Essenszeiten?	F07.4	Essenszeiten?
F07.5	Gibt es das Angebot einer eigenen Küche, in der Angehörige spezielles Essen zubereiten/erwärmen können?	F07.5	Gibt es das Angebot einer eigenen Küche, in der Angehörige spezielles Essen zubereiten/erwärmen können?
	Körperpflege		Körperpflege
F08.1	Individuelle Spezifika bzgl. der Ausscheidung?	F08.1	Individuelle Spezifika bzgl. der Ausscheidung?
F08.2	Spezifika der Hygiene?	F08.2	Spezifika der Hygiene?
F08.3	Spezifika der Kleidung?	F08.3	Spezifika der Kleidung?
F08.4	Den Wunsch des erkrankten Kindes/Jugendlichen nach bestimmten Pflegemaßnahmen durch die Eltern?	F08.4	Den Wunsch des Erkrankten nach bestimmten Pflegemaßnahmen durch Angehörige (z.B. Intimpflege)?
F08.5	Spezifische Pflegepraktiken des erkrankten Kindes/Jugendlichen (z.B. niemals Duschen?)	F08.5	Spezifische Pflegepraktiken des Erkrankten (z.B. niemals Duschen?)
	Umgang mit Stress		Umgang mit Stress
	<i>Stressauslösende Faktoren in der ärztlich-pflegerischen Betreuung</i>		
F09.1.1	Für das erkrankte Kind/den erkrankten Jugendlichen?	F09.1	Stressauslösende Faktoren in der ärztlich-pflegerischen Betreuung?
F09.1.2	Für die Familie?		
	<i>Stressauslösende Faktoren in der psychosozialen Betreuung</i>		
F09.2.1	Für das erkrankte Kind/den erkrankten Jugendlichen?	F09.2.	Stressauslösende Faktoren in der psychosozialen Betreuung?
F09.2.2	Für die Familie?		
	<i>Stressreduzierende Faktoren in der ärztlich-pflegerischen Betreuung</i>		
F09.3.1	Für das erkrankte Kind/den erkrankten Jugendlichen?	F09.3.	Stressreduzierende Faktoren in der ärztlich-pflegerischen Betreuung?
F09.3.2	Für die Familie?		

	<i>Stressreduzierende Faktoren in der psychosozialen Betreuung</i>		
F09.4.1	Für das erkrankte Kind/den erkrankten Jugendlichen?	F09.4.1	Stressreduzierende Faktoren in der psychosozialen Betreuung?
F09.4.2	Für die Familie?		
	Symptombeobachtung am Beispiel Schmerz		Symptombeobachtung am Beispiel Schmerz
F10.1	Individuelle Formen des Schmerzausdrucks?	F10.1	Individuelle Formen des Schmerzausdrucks?
F10.2	Individuelle Formen des Schmerzverhaltens?	F10.2	Individuelle Formen des Schmerzverhaltens?
F10.3	Individuelle Formen der Schmerzbewältigung?	F10.3	Individuelle Formen der Schmerzbewältigung?
F10.4	Die Rolle der Familie bei der Schmerzbewältigung?	F10.4	Die Rolle der Familie bei der Schmerzbewältigung?
	<i>Individuelle Krankheitserklärung (z.B. Krankheit als Strafe)</i>		
F10.5.1	Für das erkrankte Kind/den erkrankten Jugendlichen?	F10.5.	Individuelle Krankheitserklärung (z.B. Krankheit als Strafe)
F10.5.2	Für die Familie?		
	Krankheitsvorgeschichte		Krankheitsvorgeschichte
	<i>Welche Belastungen sich im Vorfeld durch Pflege und Behandlung ergaben</i>		<i>Welche Belastungen sich im Vorfeld durch Pflege und Behandlung ergaben</i>
F11.1.1	Für das erkrankte Kind/den erkrankten Jugendlichen?	F11.1.1	Für den Erkrankten selbst?
F11.1.2	Für die Familie?	F11.1.2	Für die Angehörigen?
	<i>Welche Krisen schon durchgestanden wurden</i>		<i>Welche Krisen schon durchgestanden wurden</i>
F11.2.1	Für das erkrankte Kind/den erkrankten Jugendlichen?	F11.2.1	Für den Erkrankten selbst?
F11.2.2	Für die Familie?	F11.2.2	Für die Angehörigen?
	<i>Welche Bewältigungsstrategien mit der Erkrankung sich bisher als erfolgreich erwiesen haben</i>		<i>Welche Bewältigungsstrategien mit der Erkrankung sich bisher als erfolgreich erwiesen haben</i>
F11.3.1	Für das erkrankte Kind/den erkrankten Jugendlichen?	F11.3.1	Für den Erkrankten selbst?
F11.3.2	Für die Familie?	F11.3.2	Für die Angehörigen?
	<i>Welche Bewältigungsstrategien mit der Erkrankung sich bisher als erfolglos erwiesen haben</i>		<i>Welche Bewältigungsstrategien mit der Erkrankung sich bisher als erfolglos erwiesen haben</i>
F11.4.1	Für das erkrankte Kind/den erkrankten Jugendlichen?	F11.4.1	Für den Erkrankten selbst?
F11.4.2	Für die Familie?	F11.4.2	Für die Angehörigen?

	Kommunikation		Kommunikation
F12.1	Die Muttersprache des erkrankten Kindes/Jugendlichen?	F12.1	Die Muttersprache des Erkrankten?
F12.2	Die (nicht) ausreichende sprachliche Verständigung mit ihm?	F12.2	Die sprachliche Verständigung mit ihm?
F12.3	Seine Fähigkeit, zu lesen und zu schreiben?	F12.3	Die Fähigkeit, zu lesen und zu schreiben?
F12.4	Die Notwendigkeit von Übersetzungshilfen?	F12.4	Die Notwendigkeit von Übersetzungshilfen?
F12.5	Die Besonderheiten der Körpersprache?	F12.5	Die Besonderheiten der Körpersprache?
F12.6	Spezifische Kommunikationsregeln (z.B. Händedruck bei Begrüßung, Augenkontakt)?	F12.6	Spezifische Kommunikationsregeln (z.B. Händedruck bei Begrüßung, Augenkontakt)?
F12.7	Spezifische Verhaltensweisen (z.B. im Umgang mit dem anderen Geschlecht)?	F12.7	Spezifische Verhaltensweisen (z.B. im Umgang mit dem anderen Geschlecht)?
F12.8	Die Bedeutung von Nähe und Distanz für das erkrankte Kind/den erkrankten Jugendlichen (z.B. Körperkontakt, Gesprächsthemen)?	F12.8	Die Bedeutung von Nähe und Distanz für den Erkrankten (z.B. Körperkontakt, Gesprächsthemen)?
F12.9	Welche Form der fördernden Berührung für das erkrankte Kind sinnvoll ist unter Beachtung/Erfahrung individueller Tabus?	F12.9	Welche Form der fördernden Berührung für den Erkrankten sinnvoll ist unter Beachtung/Erfahrung individueller Tabus?
F12.10	Die (nicht) ausreichende sprachliche Verständigung mit der Familie?	F12.10	Die sprachliche Verständigung mit den Angehörigen?
F12.11	Den Wunsch nach Informationsmaterialien in der Muttersprache?	F12.11	Den Wunsch nach Informationsmaterialien in der Muttersprache?
F12.12	Eine Ansprechperson mit Sprachkompetenz auf dem Notfallplan?	F12.12	Eine Ansprechperson mit Sprachkompetenz auf dem Notfallplan?
	<i>Den individuellen Ausdruck von Gefühlen (z.B. Trauer, Scham, Schuldgefühle)</i>		<i>Den individuellen Ausdruck von Gefühlen (z.B. Trauer, Scham, Schuldgefühle)</i>
F12.13.1	Bei dem erkrankten Kind/dem erkrankten Jugendlichen?	F12.13.1	Für den Erkrankten selbst?
F12.13.2	In der Familie?	F12.13.2	Für die Angehörigen?
F12.14.1	Haben Sie bestimmte Mitarbeiter für die Aufnahme und die weitere schwerpunktmäßige Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund?	F12.14.1	Haben Sie bestimmte Mitarbeiter für die Aufnahme und die weitere schwerpunktmäßige Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund?
F12.14.3	Gibt es Angebote von externen Hilfen (z.B. Anbindung an Dolmetscherdienste, an Netzwerke zu Migrantenorganisationen oder transkulturelle Besuchsdienste) für Ihre Einrichtung?	F12.14.3	Gibt es Angebote von externen Hilfen (z.B. Anbindung an Dolmetscherdienste, an Netzwerke zu Migrantenorganisationen oder transkulturelle Besuchsdienste) für Ihre Einrichtung?
	(Migrations-)Biographie des Kindes		(Migrations-)Biographie des Erkrankten
F13.1	Die Herkunft des erkrankten Kindes/Jugendlichen?	F13.1	Die Herkunft des Erkrankten?

F13.2	Seine Nationalität?	F13.2	Seine Nationalität?
F13.3	Die Migrationsgeschichte der Familie?	F13.3	Die Migrationsgeschichte?
F13.4	Wichtige biographische Ereignisse unabhängig von der Migration der Familie?	F13.4	Wichtige biographische Ereignisse unabhängig von der Migration?
	<i>Den Aufenthaltsstatus</i>		
F13.5.1	Des erkrankten Kindes/Jugendlichen?	F13.5	Den Aufenthaltsstatus?
F13.5.2	Der Eltern?		
F13.6	Den Beruf der Eltern?		
F13.7	Den Berufswunsch bei Jugendlichen?	F13.6	Die Berufslaufbahn vor und nach der Migration?
F13.8	Die Interessen, Freizeitbeschäftigungen des erkrankten Kindes/Jugendlichen?	F13.7	Die Interessen, Freizeitbeschäftigungen des Erkrankten?
F13.9.1	Welche Schule das erkrankte Kind/der erkrankte Jugendliche aktuell besucht?		
F13.9.2	Ob der Klassenverband eine Stütze ist?		
	<i>Die existentiellen Werte und Überzeugungen</i>		
F13.10.1	Des erkrankten Kindes/Jugendlichen?	F13.8	Werte und Überzeugungen des Erkrankten?
F13.10.2	Der Eltern?		
	<i>Damit verbundene besondere Umgangsformen (z.B. Tragen eines Amuletts)</i>		
F13.11.1	Des erkrankten Kindes/Jugendlichen?	F13.9	Damit verbundene besondere Umgangsformen (z.B. Tragen eines Amuletts)?
F13.11.2	Der Eltern?		
	Soziales Netz		Soziales Netz
F14.1	Wer erster Ansprechpartner der Familie, insbesondere in der Terminalphase ist?	F14.1	Wer erster Ansprechpartner der Familie, insbesondere in der Terminalphase ist?
F14.2.1	Welcher Besuch willkommen ist?	F14.2	Wie der Erkrankte den Umgang mit Besuch wünscht?
F14.2.2	Ob bestimmte besuchsfreie Zeiten benötigt werden?	F14.3	Ob bestimmte besuchsfreie Zeiten benötigt werden?
F14.2.3	Welche Besonderheiten zu beachten sind (z.B. vorherige Ankündigung des Besuches)?	F14.4	Welche Besonderheiten zu beachten sind (z.B. nur wenn der Erkrankte Tageskleidung trägt oder vorherige Ankündigung des Besuches)?
F14.3	Wer aus der Familie pflegerisch das erkrankte Kind/den erkrankten Jugendlichen unterstützt?	F14.5	Wer aus der Familie den Erkrankten pflegerisch unterstützt?
F14.4	Ob die Pflegekompetenz der primären Bezugsperson den Erfordernissen entspricht?	F14.6	Ob die Pflegekompetenz der primären Bezugsperson den Erfordernissen entspricht?
F14.5	Ob diesbezüglich Informationen/Beratung/Anleitung benötigt werden?	F14.7	Ob diesbezüglich Informationen/Beratung/Anleitung benötigt werden?

F14.6	Ob die primären Bezugspersonen psychosoziale Unterstützung benötigen?	F14.8	Ob die primären Bezugspersonen psychosoziale Unterstützung benötigen?
F14.7	Gibt es eigene Angehörigen-/Familienzimmer?	F14.9	Gibt es eigene Angehörigen-/Familienzimmer?
F14.8	Wenn nein: Welche anderen Unterkunftsmöglichkeiten gibt es?	F14.10	Wenn nein: Welche anderen Unterkunftsmöglichkeiten gibt es?
	Religion		Religion
	<i>Die religiösen Überzeugungen (z.B. Jenseitsbilder, orthodoxe oder liberale Einstellung)</i>		
F15.1.1	Des erkrankten Kindes/Jugendlichen?	F15.1	Die religiösen Überzeugungen des Erkrankten (z.B. orthodox oder liberal)?
F15.1.2	Der Eltern?		
	<i>Die bisher gelebte religiöse Praxis</i>		
F15.2.1	Des erkrankten Kindes/Jugendlichen?	F15.2	Die bisher gelebte religiöse Praxis?
F15.2.2	Der Eltern?		
	<i>Die diesbezüglichen religiösen Wünsche</i>		
F15.3.1	Des erkrankten Kindes/Jugendlichen?	F15.3	Die diesbezüglichen religiösen Wünsche des Erkrankten?
F15.3.2	Der Eltern?		
F15.4	Gebetszeiten?	F15.4	Gebetszeiten?
F15.5	Die Kontaktdaten der Gemeinde bzw. religiösen Gemeinschaft, in die die Familie eingebunden ist?	F15.5	Die Kontaktdaten der Gemeinde bzw. religiösen Gemeinschaft, in die der Erkrankte eingebunden ist?
F15.6	Religiöse Festtage?	F15.6	Religiöse Festtage?
F15.7	Haben Sie einen Andachtsraum, der von Angehörigen verschiedener Religionen genutzt werden kann?	F15.7	Haben Sie einen Andachtsraum, der von Angehörigen verschiedener Religionen genutzt werden kann?
	Sterben, Tod		Sterben, Tod
F16.1	Welche Informationen das erkrankte Kind/der erkrankte Jugendliche nicht erhalten darf (z.B. Info über den nahen Tod)?	F16.1	Welche Informationen der Erkrankte nicht erhalten darf (z.B. Info über den nahen Tod)?
F16.2	Wie aus kultursensibel-religiöser Sicht (im Kontakt mit der Familie) mit der Sterbesituation umzugehen ist?	F16.2	Wie aus kultursensibel-religiöser Sicht (im Kontakt mit dem Betroffenen und den Angehörigen) mit der Sterbesituation umzugehen ist?
F16.3	Ob die Bestattung im Herkunftsland erfolgen soll?	F16.3	Ob die Bestattung im Herkunftsland erfolgen soll?
F16.4	Wenn sie dort erfolgen soll: ob eine Versicherung abgeschlossen wurde?	F16.4	Wenn sie dort erfolgen soll: ob eine Versicherung abgeschlossen wurde?
F16.5	Wenn keine Versicherung abgeschlossen wurde: ob Hilfe bei der Organisation der Überführung benötigt wird?	F16.5	Wenn keine Versicherung abgeschlossen wurde: ob Hilfe bei der Organisation der Überführung benötigt wird?

F16.6	Weisen Sie Angehörigen Muslime auf die sogenannte „Ruhefrist“ bei einer Bestattung in Deutschland hin?	F16.6	Weisen Sie Angehörigen Muslime auf die sogenannte „Ruhefrist“ bei einer Bestattung in Deutschland hin?
F16.7	Haben Sie die Möglichkeit eines eigenen Raumes für rituelle Waschungen?	F16.7	Haben Sie die Möglichkeit eines eigenen Raumes für rituelle Waschungen?

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**

