

AUSGABE 3 | 2019

Marianne Kloke

Kulturelle und religiöse Diversität in
der praktischen Palliativmedizin*Seite 6*

Traugott Roser

Spiritual Care in einer
religionspluralen Gesellschaft und in
einem säkularen Gesundheitswesen*Seite 16*

Stephan Probst

Verpflichtung zum Leben:
Palliativmedizin und Judentum*Seite 27*

Martin Kellner

Kommentar zur Handreichung
„Sterbebegleitung und Palliative
Care“ des Zentralrats der Muslime in
Deutschland.*Seite 34*

Christian Banse

Palliativ- und Hospizversorgung von
Menschen mit
Migrationshintergrund*Seite 49*

IMPRESSUM

HERAUSGEBER

Katholische Akademie Die Wolfsburg
Falkenweg 6
45478 Mülheim an der Ruhr
Telefon 0208/999 19 – 0
die-wolfsburg.de
die.wolfsburg@bistum-essen.de

REDAKTIONSLEITUNG

Florian Jeserich, Katholische Akademie Die Wolfsburg
Martin Kellner, Institut für Islamische Theologie der Universität Osnabrück
Detlef Schneider-Stengel, Arbeitskreis Interreligiöser Dialog im Bistum Essen

Erscheinungsweise: 1 x jährlich | Ausgabe 3 (2019)
interkulturelle-ethik.de

Gestaltung: Florian Jeserich
Titelbild: Patientin sieht aus Fenster / AdobeStock

EDITORIAL

Das „Mehr an Leben“ im Spektrum kultureller und religiöser Einstellungen

Martin Kellner

„Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.“ Dieses Zitat der Begründerin der modernen Hospizbewegung, Cicely Saunders, wird häufig als Grundmotto für die Bemühungen um das Wohlergehen von Menschen in der letzten Lebensphase genannt. Dieses „Mehr an Leben“ im Spektrum unterschiedlicher kultureller, religiöser und individueller Einstellungen zu erheben, ist eine komplexe Aufgabe, deren Bedeutung zunehmend in den Fokus wissenschaftlichen Interesses rückt.

Angesichts der Tatsache, dass Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland durchschnittlich älter werden, steigt auch die Bedeutung von inter- bzw. transkultureller Kompetenz im Bereich medizinischer Betreuung am Lebensende. Dieser Thematik widmeten wir uns im Rahmen einer Fachtagung am 22.5.2019 und freuen uns, die Beiträge dieser Veranstaltung nun in schriftlicher Form einem breiteren Interessentenkreis zukommen zu lassen. Die Fachvorträge konzentrierten sich dabei auf zwei Schwerpunkte: Einerseits die theoretische Fundierung von kultur- und religionssensibler Gestaltung palliativmedizinischer Versorgung, andererseits konkrete Darstellungen der Tektonik bestimmter kultureller bzw. religiöser Normensysteme in diesem Zusammenhang.

Marianne Kloke weist in ihrem Aufsatz auf die Notwendigkeit spezialisierter palliativmedizinischer Angebote für die in Deutschland beheimateten Menschen mit Migrationshintergrund hin und betont, dass die bedarfsgerechte Gestaltung der Betreuung am Lebensende ein Grundrecht ist und den spezifischen Bedürfnissen der Betroffenen angepasst werden muss. Dabei muss einerseits auf anthropologische Grundannahmen, die bestimmten kulturellen Mustern im Umgang mit Krankheit und Tod zugrunde liegen, Rücksicht genommen werden. Zugleich aber sind andererseits Pauschalisierungen und Essentialisierungen zu vermeiden. Sie spricht sich dafür aus, in Anbetracht komplexer intrareligiöser Transformationsprozesse und zunehmender Differenzierung geistiger Bezugssysteme den Begriff „interkulturelle“ durch „transkulturelle“ Kompetenz zu ersetzen. Anhand einer systematischen Darstellung von interdisziplinärer Kernkompetenzen in der Palliativversorgung diskutiert sie unterschiedliche Praxisbeispiele und stellt dabei anhand realer Situationen aus dem Krankenhausalltag die komplexe Aufgabe mehrdimensionaler Betreuung am Lebensende dar.

Ein differenzierter Umgang mit Heterogenität im Bereich palliativer Versorgung steht auch im Mittelpunkt des Beitrags „Offen und doch profiliert. Anmerkungen zu Spiritual Care in einer religionspluralen Gesellschaft und in einem säkularen Gesundheitswesen“ von **Traugott Roser**: Kultureller und religiöser Heterogenität werde nicht durch beobachtende Außenbetrachtungen in Handbüchern Rechnung getragen, sondern vielmehr müsse die emische Perspektive zur Grundlage der systematischen Betrachtung religiöser Spezifika werden. Zentrales Element kultursensibler Ansätze des Spiritual Care sei die konsequente Zuwendung zum Individuum in

seiner Besonderheit – und dies sowohl im Umgang mit Patient:innen als auch deren Angehörigen. Das Ziel von Spiritual Care sei die Erhöhung der Lebensqualität (*wellbeing*), dessen Grundlage der holistische Zugang zur individuellen Lebenswelt der Betroffenen ist. Alle im Prozess von Spiritual Care beteiligten Menschen sollen sich dabei ihres eigenen, spezifischen weltanschaulichen Hintergrunds bewusst sein, wodurch im Bereich der palliativen Versorgung ein komplexes Beziehungsgefüge entsteht, das auf Transparenz und Dialogbereitschaft aufbaut. Das Bewusstsein über eigene Stereotypen ist Grundvoraussetzung für das Gelingen von Kommunikationsprozessen in dem komplexen sozialen Räumen der Versorgung schwer erkrankter bzw. sterbender Menschen.

Der Onkologe und Palliativmediziner **Stephan Probst**, Autor und Herausgeber zahlreicher Publikationen zu medizinethischen Fragen aus jüdisch-theologischen und allgemein interkulturellen Perspektiven, erläutert in seinem Beitrag multiple Zusammenhänge zwischen religiösen, kulturellen und historischen Gegebenheiten in Hinblick auf die Gestaltung der letzten Lebensphase. Er weist darauf hin, dass bei jüdischen Familien oft eine gewisse Zurückhaltung in der Inanspruchnahme palliativmedizinischer Versorgungsangebote beobachtet wird. Dies hat nicht zuletzt mit den traumatisierenden historischen Erfahrungen zu tun, deren Schrecken für jüdische Patient:innen auch im Bereich medizinischer Versorgung in hiesigen Krankenhäusern noch immer nachwirkt. In Einklang mit orthodoxen Interpretationen des jüdisch-religiösen Rechts wird theologisch oftmals maximale medizinische Versorgung bis zum Lebensende gefordert, und demzufolge steht die Option der Therapiebegrenzung zugunsten von Lebensqualität bei vielen jüdischen Familien nicht zur Diskussion. Das Ziel bestmöglicher Begleitung sterbender Patient:innen unter Bewahrung des Respekts vor dem Leben steht aber durchaus im Einklang mit dem religiösen Prinzipien des Judentums. In dem Sinn spricht sich der Autor für die Integrierung religiös kundiger Expert:innen in multiprofessionelle Teams der Palliativversorgung aus.

Mit der im deutschen Gesundheitssystem quantitativ hoch relevanten Gruppe der muslimischen Patient:innen beschäftigt sich der Beitrag „Sterbehilfe im Koran? Ein Kommentar zur Handreichung ‚Sterbebegleitung und Palliative Care‘ des Zentralrats der Muslime in Deutschland“ von **Martin Kellner**. Der *Zentralrat der Muslime Deutschlands* (ZMD) gab vor mehreren Jahren ein Gutachten zu muslimischen Positionen in Bezug auf Sterbehilfe und palliativmedizinischer Versorgung heraus. Dieses Gutachten wird in diesem Beitrag diskutiert, in einem größeren theologischen Kontext erläutert und in Hinblick auf aktuelle medizinethische Fragen erweitert. Hierbei wird die Problematik dargestellt, dass in derartigen Texten sehr häufig Bezug auf allgemeine ethische Prinzipien genommen wird, die ihrerseits mit Zitaten aus dem Koran belegt werden, jedoch differenziertere normative Diskussionen zu Entscheidungsdilemmata im palliativmedizinischen Bereich noch zu wenig geführt werden. Ein Grund dafür ist der Import der meisten Fatwas im Bereich der Medizinethik aus denjenigen Ländern, in denen effektive medikamentöse Schmerzbehandlung und institutionalisierte palliativmedizinische Begleitung nur sehr marginal zur Verfügung stehen.

Christian Banse stellte unserem Jahrbuch die zuvor bereits publizierten Ergebnisse eines Forschungsprojekts zur Verfügung, in dem die Akzeptanz von Angeboten der Palliativ- und Hospizbetreuung in Niedersachsen qualitativ erhoben wurden. Freundlicherweise verfasste er hierzu eine Einleitung, in der er die Eckdaten dieses Projekts darstellt: Das statistische Material zeigt, dass die hospizliche und palliativmedizinische Infrastruktur von Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen deutlich weniger in Anspruch

genommen wird. Die Hintergründe für diese Tendenz wurden durch Interviews mit Patient:innen und deren Angehörigen ergründet - Diskriminierungserfahrungen, Sprachprobleme und divergierende Vorstellungen über den Umgang mit schwer erkrankten Menschen am Lebensende konnten dabei als wichtigste Faktoren erkannt werden. Dieser Erhebung folgt eine Sammlung von Empfehlungen an das zuständige Ministerium zur Optimierung der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund.

Die vorliegende Ausgabe des Jahrbuchs fokussiert die Bemühungen um religions- und kultursensible Ethik im Gesundheitswesen auf den Bereich der Palliativmedizin, um die diesbezügliche Diskussion anzuregen und Impulse für eine vertiefte Beschäftigung mit diesen Themen zu geben.

Wir wünschen Ihnen viel Freude und neue Erkenntnisse beim Lesen!

Autorenkontakt

Dr. Martin Kellner
Institut für Islamische Theologie
Universität Osnabrück
Kamp 46/47
49074 Osnabrück
Telefon: +49(0)541-969-6252
E-Mail: martin.kellner@uni-osnabrueck.de

Zitationsvorschlag

Kellner, Martin: Das „Mehr an Leben“ im Spektrum kultureller und religiöser Einstellungen. In: Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen Jg. 3 / 2019, S. 3-5.

FACHARTIKEL

Bedeutung von kultureller / religiöser Diversität in der praktischen Palliativmedizin

Marianne Kloke

Grundlagen

Es bedarf vorab der Klärung des zugrunde liegenden Menschenbildes, um zur Bedeutung von kultureller / religiöser Diversität im Umgang mit schwerkranken und sterbenden Menschen sowie ihren Angehörigen Stellung zu beziehen. Wenn in Artikel 1 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte steht: „Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollen einander im Geiste der Brüderlichkeit begegnen“, so entspricht diese Aussage den heute gültigen Normen. Unser Grundgesetz nimmt diesen Gedanken im Artikel 1 auf und konkretisiert ihn im Artikel 3.3; dort heißt es: „Niemand darf wegen seines Geschlechtes, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden.“

Das Leitmotiv der Charta zur Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen in Deutschland, „Jeder Mensch hat ein Recht unter würdigen Bedingungen zu sterben“, impliziert, dass letztendlich der/die individuell Betroffene selbst die Bedingungen definiert, die für sie/ihn würdig sind und aus dem jeweiligen soziokulturellen und religiösen Kontext heraus geschieht (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin et al. 2010). Weiter heißt es im Leitsatz 2 der Charta: „Die Hospiz- und Palliativversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund ist im Vergleich zu der Versorgung, die der Mehrheit der jeweiligen Gesellschaft angeboten wird, schlechter. Dies bezieht sich sowohl auf die Versorgung mit Schmerzmitteln als auch auf die Anbindung bzw. den Zugang zu Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung“ (Charta Handlungsempfehlungen 2016, S. 46). Offenkundig klafft hier eine Lücke zwischen theoretischer Zustimmung zu allgemeinen Wertennormen und praktiziertem Alltag. Das mag besonders erschrecken, wenn rechnerisch in den kommenden 15 Jahren in Deutschland mindestens 225.000 Menschen mit Migrationshintergrund eine Spezialisierte Palliativ- und Hospizversorgung benötigen. Deshalb gilt es, Ursachen dieser Fehlversorgung aufzuzeigen und sie, wenn möglich, zu beheben.

In den kommenden 15 Jahren werden mindestens 225.000 Menschen mit Migrationshintergrund eine Palliativ- und Hospizversorgung benötigen.

Ursachen der Fehlversorgung

Wenn das Verstehen der eigenen Erkrankung und die Teilhabe an der Entscheidungsfindung grundlegende Rechte für jeden Menschen sind, dann wird deutlich, dass Kommunikationsbarrieren das Wahrnehmen derselben erschweren oder sogar verhindern können. Sie sind relevant für die Qualität der Anamneseerhebung und des Behandlungsergebnisses, für die Zufriedenheit

auf Patient:innen- und Versorger:innenseite sowie für das Finden von „Lösungsansätzen“. Studien belegen in über 50 % der Fälle Übersetzungsfehler (Kleinman; Benson 2006). Sie erschweren den Zugang zur Hospiz- und Palliativversorgung und führen überproportional häufig zum Ärzt:innen-/Krankenhauswechsel mit ineffizienten Ressourceneinsatz. „Angehörigen“übersetzer können Familienstrukturen ins Wanken bringen, stellen somit keinen Lösungsansatz da, zumal diese Aufgaben von Kindern und Jugendlichen übernommen werden, die mit der Situation emotional und kognitiv völlig überfordert werden (Juckett; Kendra 2014, S. 476-480).

Das *Institut für Interkulturelle Kompetenz und Didaktik* definiert interkulturelle Kompetenz als die Fähigkeit, effektiv mit Menschen, die über andere kulturelle Hintergründe verfügen, umzugehen und zusammenzuarbeiten, wobei die Effektivität auf beiden Seiten als solche empfunden werden sollte. Wichtig dabei sind die emotionale Kompetenz und die interkulturelle Sensibilität. Diese erlauben, die Konzepte der Wahrnehmung, des Denkens, Fühlens und Handelns der anderen Kultur bei unserem Handeln zu berücksichtigen. Somit ist eine Steigerung der interkulturellen Kompetenz eine der Schlüsselqualifikationen zum adäquaten Umgang mit interkultureller und religiöser Diversität gerade am Lebensende (Institut für interkulturelle Kompetenz und Didaktik 2021; Urban 2019).

Interkulturelle Kompetenz ist eine der Schlüsselqualifikationen zum adäquaten Umgang mit Diversität am Lebensende.

Ursachen für den erschwerten Zugang zu Palliativ- und Hospizversorgung sind auf Seiten der Migrant:innen Nichtwissen um die Möglichkeiten einer solchen Betreuungsoption, schlechte (Vor-)Erfahrungen mit Institutionen und Sprachbarrieren. Die Anbieter:innen wiederum negieren die Notwendigkeit der Implementierung einer „externen“ Versorgung mit Verweis auf die vermeintlich ausreichende Struktur der Großfamilie, wobei erschwerend hinzukommt, dass sie oftmals über wenig transkulturelle Kompetenz verfügen. Somit wird der Austausch von Informationen mit dem Ziel eines echten *informed consent* a priori verhindert.

Grundannahmen

Die weitere Bearbeitung des gestellten Themas beruht auf zwei Grundannahmen:

1. Palliative Care ist keine Sonderpflege /-medizin. Der „professionelle“ Umgang mit dem kranken Menschen setzt immer eine sorgende Haltung voraus und erfordert Tugenden.
2. Palliative Care hat eine ganzheitliche Sicht auf den schwerkranken und sterbenden Menschen in seinem So-Geworden- und So-Jetzt- und Hoffenden-Sein.

Lösungsansätze

Kulturklischees und scheinbare Verhaltensmuster verfangen bei den immer komplizierteren Migrationsgeschichten eines großen Bevölkerungsanteils nicht mehr, wenn sie denn überhaupt jemals zutrafen. Diese Kulturfrage wurde über viele Jahre noch durch religionsbezogene Weiterbildungen ohne Berücksichtigung ihrer zunehmenden Diversität verstärkt, die sich durch die Herkunft der Betroffenen aus unterschiedlichen Kulturregionen, sozialen Schichten und ihren

Aufgrund der Individualisierung von Religion reicht spezifisches Kultur- und Religionswissen oft nicht mehr aus.

diversen Bildungsniveaus und Migrationsgeschichten entwickelt hat. Die trifft besonders auf die erste, zweite oder gar dritte Generation nach der Migration und deren Grad der Integration und Assimilation an ihre realen Lebensbedingungen zu. Ein Blick auf die Verschiedenheit der Glaubensspraxen und -überzeugungen selbst innerhalb der hierarchisch organisierten römisch-katholischen Kirche lässt den Einfluss dieser Faktoren auf die de facto sozio-kulturell-religiöse Identität des Individuums erahnen, obwohl diese Religionsgemeinschaft die Trennung von Staat und Kirche bereits seit vielen Generationen vollzogen hat. Somit sind die religionspezifischen Weiterbildungen, insbesondere wenn sie im geschichtlichen Kontext erfolgen, zwar spannend und hilfreich für das Verständnis von Religionen und Kulturen als solche. Sie haben für die konkrete Begleitung des Individuums aber nur begrenzten Wert. Deshalb muss die früher geforderte interkulturelle durch eine transkulturelle Kompetenz abgelöst werden.

Hierzu wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Pflege- und Kommunikationsmodelle entwickelt, wie z. B. das Sunrise Modell nach Leininger (Leininger 1998), die Miniethnographie nach Kleinman (Kleinman; Benson 2006) oder auch die transkulturelle Pflegeanamnese nach Domenig (Domenig 2007). Auf Grund ihrer hohen Praxisnähe und Anwendbarkeit auf alle mit der Versorgung von schwerkranken und sterbenden Menschen betrauten Berufsgruppen sei auf das letztgenannte Konzept näher eingegangen.

Dagmar Domenig beschreibt transkulturelle Kompetenz als die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechend angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten. Ihre Anwendung will einen individuellen Behandlungs-, Pflege- und Therapie- bzw. Begleitungsprozess ermöglichen, der zusätzlich migrationspezifische Aspekte integriert und die Patientenperspektive berücksichtigt. Der methodisch ganzheitliche Ansatz erfordert das Erfassen der Sichtweise und der Perspektive der Patient:innen, die Herstellung des Bezugs auf den aktuellen Kontext und die Situation sowie ein biographiezentriertes Vorgehen. Das Modell ruht auf drei Säulen: Selbstreflexivität, Hintergrundwissen und Erfahrung sowie Empathie im Umgang mit Menschen verschiedener soziokultureller Lebenswirklichkeiten. Aus der Interaktion dieser Säulen können die individuelle Situation der Betroffenen erkannt, die Beziehung gestaltet sowie passgenau Fertigkeiten entwickelt werden. Wichtige Inhalte der transkulturellen Pflegeanamnese sind somit: Lebens- und Migrationsgeschichte, Aufenthaltsstatus, Kommunikationskompetenz, Familie und Soziales, Arbeit und Ausbildung, Religion, Krankheits- und Schmerzverständnis sowie Ernährung (Schweizerisches Rotes Kreuz 2021).

Die von Dagmar Domenig beschriebene Dreidimensionalität von affektiv – kognitiv – behavioral findet sich auch in der von Palliative Care wieder: *knowledge*, *skills* und *attitude*. So wurde das Palliativmedizinische Basisassessment (PBA) in den OPS-Katalog aufgenommen, um den spezifischen Arbeitsaufwand, der für die umfassende Ersteinschätzung mit Anamnese, Umfeldanalyse und Erfassung der komplexen individuellen Lebenssituation im Rahmen einer qualifizierten palliativen Erhebung und Behandlungsplanung benötigt wird, angemessen beschreiben und abbilden zu können (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2021). Die im zugehörigen Kerndatensatz abgebildeten Dimensionen der Palliativversorgung sind u.a. psychosoziale Belastung, soziale Versorgungsstruktur (aktuelles Hilfenetz) und All-

tagskompetenz. Auch die von der *European Association for Palliative Care* definierten Kernkompetenzen enthalten zahlreiche Hinweise auf die Notwendigkeit einer erweiterten transkultureller Kompetenz (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin et al. 2017).

Abb. 1: Interdisziplinäre Kernkompetenzen der Palliativversorgung nach EAPC (Krumm et.al.: 2015)

Die Kernbestandteile der Palliativversorgung im Setting, in dem Patient sowie An- und Zugehörige leben, anwenden.
Das körperliche Wohlbefinden während des Krankheitsverlaufs fördern.
Den psychischen Bedürfnissen des Patienten gerecht werden.
Den sozialen Bedürfnissen des Patienten gerecht werden.
Den spirituellen Bedürfnissen des Patienten gerecht werden.
Auf die Bedürfnisse der pflegenden An- und Zugehörigen des Patienten in Bezug auf kurz-, mittel- und langfristige Pflegeziele reagieren
Auf die Herausforderungen von klinischer und ethischer Entscheidungsfindung in der Palliativversorgung reagieren.
Umfassende Versorgungskoordination und interdisziplinäre Teamarbeit durch alle Settings hindurch umsetzen, in denen Palliative Care angeboten wird.
Angemessene interpersonelle und kommunikative Fertigkeiten in Bezug auf Palliative Care entwickeln.
Selbstwahrnehmung üben und kontinuierliche professionelle Weiterbildung praktizieren

Somit kann Palliative Care ihr Ziel – Wiederherstellung oder Erhalt von Lebensqualität – notwendigerweise nur dann erreichen, wenn sie im Wissen um die kulturelle/soziale/religiöse Diversität und in Respektierung derselben agiert. Dies sei an einigen Praxisbeispielen erläutert.

Fünf Beispiele aus der Praxis

Praxisbeispiel 1

Eine 52-jährige Patientin leidet an einem Plattenepithelkarzinom, ausgehend von der rima ani. Die Erstdiagnose ist sechs Monate her, wobei nach der Primärbehandlung jetzt ein ausgedehntes Lokalrezidiv mit Arosion der Beckenknochen und Infiltration der Muskulatur sowie eine kutane, pulmonale und lymphonoduläre Fernmetastasierung vorliegen. Als Komplikation ist ein Kompartementsyndrom beider Beine mit Zehennekrosen hinzugekommen. Die Patientin ist eher ambivalent bzgl. der Behandlung, lässt aber klaglos alles über sich ergehen. Die Familie fordert die Intensivierung der Therapie teilweise aggressiv ein, bedrängt die Patientin zum Weitermachen und zum „Kämpfen“. Ein Teil der Großfamilie lebt seit einigen Jahren in Deutschland, die Patientin immigrierte aus Georgien nach Deutschland, weil sie sich und ihre Familie

„Heilung“ durch die westliche Medizin erwarteten. Somit bestehen absolut überhöhte Erwartungen an die therapeutischen Möglichkeiten und insbesondere an die Ärzt:innen (was sich auch im Angebot von Geldzuwendungen an Ärzt:innen zur Erbringung größerer Leistungen, wie sie es aus ihrer Heimat gewohnt sind, äußert). Die Patientin leidet unter der Trennung von ihrer engen Familie, ihrer Heimat und sieht sich mit einem ihr völlig fremden Gesundheitssystem konfrontiert. Die Kommunikationsbarrieren aufgrund fehlender Sprachkenntnisse und kultureller Prägung sind enorm. So gebietet es die für die Angehörigen ethisch angemessene Fürsorge, dass nur das Familienoberhaupt der Ansprechpartner und zugleich Für-Sprecher gegenüber den Ärzten ist, und er die Gesprächsinhalte der Patientin vermittelt. Angesichts der aufgezeigten Situation Themen wie Änderung von Therapiemethode und –ziel, Inkurabilität und deutlicher Begrenztheit der Lebenszeit anzusprechen, bedarf Empathie, Geduld und vor allem transkultureller Kompetenz. Wesentliche Hindernisse auf dem Weg zum Zulassen eines angemessenen Krankheitsverständnisses sind die Schuld- und Versagensgefühle der Patientin gegenüber der fremdfernen Familie, die sich für ihre Behandlung hoch verschuldet hat. Das zunächst allgemein geführte Gespräch über die der Familie vertrauten kultur-/religionspezifischen Umgangs- und Verhaltensweisen mit schwerkranken Menschen und letztendlich dann auch über die Beerdigungs- und Trauerrituale öffnet die Tür und leitet eine Wende ein. Die Patientin, die auch ohne Sprachkompetenz sehr wohl verstanden hat, dass sie sterbenskrank ist, kann als höchstes Gut für sich die Beisetzung in der Heimat entsprechend ihrer soziokulturellen und religiösen Prägung definieren. Es sind gerade noch ausreichend Geld und Lebenszeit für einen Rücktransport vorhanden.

Praxisbeispiel 2

Eine 46-jährige Frau ist auf der Palliativstation nach langer Krankheit umgeben von ihrer großen, offenkundig muslimischen Familie verstorben. Diese führt die erste Totensorge gemeinschaftlich durch und informiert dann die Pflege, dass die Verstorbene jetzt in die Prosektur gebracht werden kann. Die Bezugspflegerin geht ins Zimmer und kommt fast unmittelbar sofort wieder heraus. Sie tritt an die Stationsleitung mit der Frage heran, ob sie das Messer mit in die Prosektur geben dürfe. Die Familie hatte der Patientin ein recht scharfes Obstmesser der Station auf die rechte Körperseite gelegt. Schnell kommt die Vermutung auf, dass es sich hierbei um eine der Station unbekannte rituelle Handlung handeln müsse. Die eilig befragte ins Team integrierte muslimische Küchenhilfe schüttelt den Kopf: „Das ist nicht meine Religion. Ich frage in der Moschee nach, ob man das darf.“ Auf die naheliegende Idee, die Angehörigen selbst nach der Bedeutung zu fragen, kommt die Stationsärztin. Die Hinterbliebenen geben gerne Auskunft (auf dem langen Weg in das Paradies sollte die Verstorbene sich gegen böse Geister und Angriffe wehren können) und fühlen sich wertgeschätzt. Auch hier gilt, dass theoretisches Wissen auch über eine große Religion aufgrund der Diversität innerhalb der Religion, des tradierten religiösen und rituellen Wissen innerhalb des (Familien-)Systems, der Vermischung religiöser und kultureller Gepflogenheiten des Herkunfts- und Jetzt-Lebensraumes, der Dominanz der ethnischen gegenüber der religiösen Verwurzelung sowie der traditionellen hierarchischen Strukturen gegenüber den sozial gegebenen eher fehlenden kann. Hier muss erneut auf die wesentlichen Bausteine für die Palliativversorgung (Stichworte: Autonomie, Würde, Beziehung zwischen Patient und Gesundheitsfachkraft, Lebensqualität, Positionierung gegenüber Leben und Tod, Kommunikation, Öffentlichkeitsarbeit, multiprofessioneller Ansatz, Trauer und Trauerbegleitung), wie sie im Weißbuch der *European Association for Palliative Care* zur Lehre in der Palliativversorgung aufgeführt sind, verwiesen werden (10).

Praxisbeispiel 3

Eine dreißigjährige Frau hat vor einem Jahr die Diagnose eines primär metastasierten Mammakarzinoms erhalten. Faktisch hatte seitdem keine Therapie auch nur eine Verlangsamung des Tumorwachstums bewirken können. Das körperliche Hauptproblem sind ausge dehnte Brustwandmetastasen. Die Eltern der Patientin sind vor 20 Jahren aus Anatolien ins Ruhrgebiet migriert, ihr türkischer Ehemann ist als Selbstständiger im Mobilfunkbereich tätig. Sie selbst ist gelernte Einzelhandelskauffrau (nach eigenen Angaben aufgrund einer frühen Eheschließung); die Schwestern haben eine Hochschulausbildung. Sie selbst hat zwei Kinder (5 und 3 Jahre alt). Das ältere Kind hat eine Trisomie 21 mit Zustand nach einer komplizierten Herzoperation. Die Patientin ist vom äußeren Erscheinungsbild her eine sehr gepflegte hübsche junge Frau, geschminkt, Kopftuchträgerin. Der Palliativdienst wird zur Besprechung der Therapiezieländerung mit Verzicht auf tumorspezifische Therapien und zur Erstellung einer Patientenverfügung hinzugezogen. Die Senologin kündigt die Palliativärztin an. Diese wird sehr freundlich von der Patientin empfangen. Das Erstgespräch wird in Anlehnung an die Empfehlungen der Pflegeanamnese nach Domening durchgeführt. In der Folgezeit finden tägliche Be-

*Die Entscheidung über
Leben und Tod liegt allein
in Allahs Hand.*

suche statt, aus denen ein wiederkehrender Satz und eine kurze Sequenz exemplarisch aufgeführt seien. „Ich weiß, Allah wird mich heilen. Ich glaube ganz fest daran. Ich brauche das (Anmerkung: gemeint ist Palliativmedizin) nicht.“ // „Ich spüre, dass Sie sich Sorgen um die Kleine mit dem kranken Herzen machen?“ „Ich weiß, in meiner Gesellschaft sind diese Kinder nicht wichtig. Sie aber ist mein Leben, mein Schatz!“ Die Not der Fürsorge um ihr behindertes Kind macht jede andere Option außer der Heilung durch Allah, weil auch er ihre Tochter liebt, unerträglich und

muss deshalb negiert werden. Sie ist überzeugt, dass Allah der Allmächtige ist. Deshalb liegt die Entscheidung über Leben und Tod nicht in der Hand des Arztes und somit auch nicht die Entscheidung für oder gegen medizinische Behandlungen mit dem Ziel Lebenserhalt /-verlängerung. Das Leben muss auch unter widrigen Bedingungen angenommen werden. Eine (offen geäußerte) Frage nach der Sinnggebung ist in diesem Glaubenskontext nicht möglich, sie ist auf Grund der bedingungslosen Akzeptanz des vom Allmächtigen zugeteilten Geschickes sogar verboten. Muss man dieser Patientin das Erstellen einer Patientenverfügung zumuten? Wer braucht hier die Hilfe – die onkologischen Behandler oder die Patientin? Wenn Fürsorge der Ärzt:innen die Antwort auf die Frage des Not leidenden, hilfebedürftigen und dennoch autonomen Patienten ist, kann in einer solchen Situation der Verzicht auf eine ausformulierte Patientenverfügung entsprechend deutschen Gesetzen auf dem Boden einer transkulturellen Empathie das einzig Angemessene sein, weil es dem Willen der Patientin entspricht. In diesem Fall stellt sich in Familiengesprächen über die Versorgung der Tochter der Vater als Garant für das Wohlergehen des Kindes heraus. Die Patientin stirbt kurze Zeit später akut an den Folgen einer fulminanten Hirnmetastasierung. Zuvor war in der Krankenakte dokumentiert worden: medizinisch keine Indikation für lebensverlängernde Maßnahmen einschließlich Reanimation oder Intensivbehandlung gegeben.

Praxisbeispiel 4

Herr K. ist vor 40 Jahren als politischer Flüchtling aus Afghanistan nach Deutschland gekommen. Er ist auf seine fünf beruflich und privat erfolgreichen Kinder mit ihren Familien sehr stolz. Sein Lebensstil ist westlich, wobei eine heimatliche Ernährung ebenso wie typisch afghanische Dekorationsartikel eine große Bedeutung für ihn haben. Auf seine weit fortgeschrittene

Herzinsuffizienz und eine stark degenerativ veränderte Wirbelsäule hat sich ein Bronchialkarzinom aufgepfropft. Er macht folgende Selbstaussage: „Leben geht zu Ende. Ist gut.“ Der Patient verstirbt akut infolge maligner Herzrhythmusstörungen. Die Kernfamilie ist sehr gefasst und fragt die Pflegekraft, was sie denn nun tun müssten. Dann reisen unangekündigt ca. 30 größtenteils traditionell gekleidete Mitglieder der über ganz Europa verstreuten Großfamilie an. Nicht erst die lautstarke traditionelle Totenklage bedeutet eine große Herausforderung für Mitarbeiter:innen, Mitpatient:innen und Besucher:innen. Aggressionen machen sich breit. Es herrscht ein babylonisches Sprachwirrwarr, die Witwe fungiert als Dolmetscherin, weil sie als einzige sowohl des Deutschen als auch des afghanischen Dialekts mächtig ist. Der älteste Sohn findet sich plötzlich in der Rolle des Familienoberhaupts wieder und ist völlig verunsichert und überfordert. Der Hilfebedarf der zweiten oder sogar dritten Generation innerhalb von Migrantenfamilien wird offenkundig. Die Situation droht aus der Kontrolle zu geraten. Es stellt sich die Frage nach sinnvollen Unterstützungsangeboten. Die Bestärkung des Sohnes in seiner neuen Rolle birgt nicht nur die Chance, in ihm einen direkten Ansprechpartner mit Autorität gegenüber der Familie zu haben, sondern stellt auch für ihn selbst eine effektive Hilfe dar. Als mit der Praxis der Totenklage und Bestattung nicht vertrauter westlich sozialisierter und gebildeter Mann und nicht praktizierender Muslim braucht er Fachleute (z. B. Bestatter) mit Bezug zu einer Moschee. Das Angebot für die mutmaßlich traditionell verorteten Menschen von nach Männern und Frauen getrennten Aufenthalts- und Gebetsmöglichkeiten trägt zur Deeskalation bei. Grenzen müssen zum Schutz unbeteiligter Mitpatient:innen auch in solchen Situationen aufgezeigt werden. Die kritische Selbstreflexion – was passiert da gerade eigentlich mit mir – gepaart mit Wissen und Erfahrung um die Dynamik solcher Situationen lässt eine narrative Empathie entstehen. So erfährt die „deutsche“ Kernfamilie erst jetzt, dass die Eltern in Afghanistan sehr bedeutende Persönlichkeiten waren und dass der kleine Kiosk mit Imbissbude des Vaters den Weg für die Zukunft seiner Kinder bereitet hat. Auch in diesem Fall ist die transkulturelle Kompetenz der Schlüssel zur Ableitung von der Situation in entsprechende Handlungsweisen.

Praxisbeispiel 5

Die Ambulanz einer Klinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie stellt einen jungen Mann mit einer nekrotisierenden Osteomyelitis des Ober- und Unterkiefers bei Z. n. Schussverletzung des Mittelgesichts sowie fehlgeschlagenen chirurgischen Sanierungen und Rekonstruktionsversuchen zur palliativmedizinischen Weiterversorgung bei fehlenden operativen oder systemtherapeutischen Optionen vor. Ihrer Einschätzung nach wird der Patient in absehbarer Zeit an dieser Erkrankung versterben. Herr C. ist ein Mittelmeerflüchtling aus Afrika mit einem Duldungsstatus auf Grund der Erkrankung. Er lebt sehr isoliert in einem Flüchtlingsheim in einem Einzelzimmer, das ihm wegen der starken Geruchsentwicklung der Wunde zugewiesen wurde. Er hat eine PEG, über die er sich selbstständig sondiert. Umgehend werden Schmerztherapie und eine aufwändige Wundversorgung begonnen, hochkalorige Sondenkost besorgt und der Patient erhält aus dem Fundus neuwertige Kleidung, weil durch das eitrige Sekret aus der Wunde die Oberteile stark verschmutzen. In der Folgezeit erweist sich der Patient als wenig kompliant sowohl bzgl. der Medikamenteneinnahme als auch der Termineinhaltung, wobei eine Kommunikation auf Grund der Sprechbehinderung und der mangelnden Sprachkenntnisse nur sehr eingeschränkt möglich ist. Mit Erlaubnis des Patienten ruft der Palliativarzt die Heimleitung an: „Der erzählt Ihnen alles. Die Schmerzmittel werden umgesetzt. Er hält keine Termine ein. Ich habe ihn schon oft zum Einrichtungsarzt geschickt zum Verband, der kennt keine Öffnungszeiten. Er tut mir ja leid, aber woher er die Schussverletzung hat?“ Mit Hilfe eines professionellen

Dolmetschers wird deutlich, dass dieser Patient Analphabet ist, absolut kein Verständnis vom deutschen Gesundheitssystem hat und dass seine Schussverletzung von seiner Flucht aus dem Gefängnis resultiert. Darüber hinaus leidet er an einer posttraumatischen Belastungsstörung mit Flashbacks auf dem Gelände der umzäunten Einrichtung für Flüchtlinge. Die bestehende Politoxikomanie ist eine Folge der illegalen Schmerzmittelbeschaffung auf der Flucht. Die Frage nach dem Umfang des palliativmedizinischen Auftrages kann für diesen Patienten nicht einfach beantwortet werden. Es gelingt, den Kontakt zu dem Arzt, der die Flüchtlinge betreut, herzustellen. Gemeinsam mit ihm wird ein Hilfeplan erstellt, bei dem die medizinische einschließlich der Wundversorgung durch die Tagesklinik Palliativmedizin und die psychosozialen und psychiatrischen Bereiche von speziell geschulten Fachleuten übernommen werden sollen. Leider wird Herr C kurze Zeit später überraschend in ein anderes Lager verlegt. Es gelingt noch, die Hilfe- und den Therapiepläne mitzugeben. Exemplarisch für viele Menschen mit unmittelbarem Migrations- oder Fluchthintergrund wird hier das Ausmaß der geforderten transkulturellen Kompetenz deutlich. Wenn noch administrative und kommunikative Barrieren hinzukommen, bedarf es einer kritischen Selbstreflexion und belastbarer Teamstruktur, um sich nicht im Hoffnungslosen zu verlieren. Bewährte Instrumentarien für die Arbeit in einem multiprofessionellem Palliativteam sind z. B. das Genogramm, das Durchführen von Interviews mit Hilfe von halbstandardisierten Interviews zur spirituellen Anamnese (z. B. SPIR) oder auch die Verwendung des von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin empfohlenen Kerndatensatzes (Elhardt et al. 2013; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2017).

Schlussfolgerung

In Zeiten einer sich fortentwickelnden Hospiz- und Palliativversorgung muss Menschen mit Migrationshintergrund Zugang zu der Hospiz- und Palliativversorgung ermöglicht werden, die ihren individuellen Bedürfnissen entspricht. Es gilt, Mittel und Wege zum Abbau von Informations- und Kommunikationsbarrieren sowie sprachlichen Verständigungsproblemen zu finden. Es entspricht dem Anspruch und dem Selbstverständnis der Palliativmedizin, die interkulturelle Kompetenz und Sensibilität bei allen, die schwerstkranken und sterbenden Menschen aus anderen Kulturkreisen versorgen und begleiten, zu erhöhen. Möge das, was vor mehr als 2000 Jahren den Christen vom Apostel Paulus ins Stammbuch geschrieben wurde, allgemein gelten: Es gibt nicht mehr Juden und Griechen, nicht Sklave und Freie, nicht männlich und weiblich; denn ihr alle seid einer in Christus Jesus (Galater 3,28). Und vergessen wir nicht, auch der barmherzige Samariter hatte einen Migrationshintergrund.

Literatur

- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte: Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment Medizinische Klassifikationssysteme OPS Version. Berlin: Deutscher Ärzteverlag 2021.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Bundesärztekammer: Charta zur Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen in Deutschland. URL: https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/bilder/neu2%20RZ_161004_Handlungsempfehlungen_ONLINE.pdf – Download vom 26.03.2021.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband: Datensatz und Glossar. URL: <https://www.dgpalliativmedizin.de/projekte/hospiz-und-palliativregister.html> - Download vom 26.03.2021.
- Domening, Dagmar: Transkulturelle Kompetenz Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. 2., überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag 2007.

- Elhardt, Eva; Riedner, Carola; Paal, Piret; Roser, Traugott; Frick, Eckhard: Evaluation einer Fortbildung zur Spirituellen Anamnese (SPIR) in Klinik und Praxis. *Spiritual Care* Jg. 2 / 2013, Heft 1, S. 27-34.
- Institut für Interkulturelle Kompetenz und Didaktik: Glossar. URL: <https://www.ikud.de/glossar/interkulturelle-kompetenz-definition.html> - Download vom 26.03.2021.
- Juckett, Gregory; Unger, Kendra: Appropriate Use of Medical Interpreters. In: *American Family Physician* Jg. 90 / 2014, Heft 7, S. 476-480.
- Kleinman, Arthur; Benson, Peter: Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. In: *PLoS Medicine* Jg. 3 / 2006, Heft 10, S. e294.
- Krumm, Norbert; Schmidlin, Esther; Schulz, Christian; Elsner, Frank: Kernkompetenzen in der Palliativversorgung – ein Weißbuch der European Association for Palliative Care zur Lehre in der Palliativversorgung. In: *Zeitschrift für Palliativmedizin* Jg. 16 / 2015, Heft 4, S. 152-167.
- Leininger, Madeleine: *Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag 1998.
- Mörtlbauer, Melanie: Vom Sprach- zum Kunstfehler. Behandlungsfehler sind teilweise auch auf mangelhafte Übersetzungen zurückzuführen. In: *Deutsches Ärzteblatt* Jg. 110 / 2013, Heft 3, S. 98.
- Schweizerisches Rotes Kreuz: *Transkulturelle Pflegeanamnese – Fragekatalog*. URL: https://migesexpert.migesplus.ch/fileadmin/migesexpert/Dokumente/Transkulturelle_Anamnese_Fragenkatalog.pdf - Download vom 26.03.2021.
- Urban, Elke: *Transkulturelle Pflege am Lebensende: Umgang mit Sterbenden und Verstorbenen unterschiedlicher Religionen und Kulturen*. 3., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer 2019.

Autorenkontakt

Dr. Marianne Kloke
Wittgenbusch 40
45277 Essen
E-Mail: marianne.kloke@gmx.de

Zitationsvorschlag

Kloke, Marianne: Bedeutung von kultureller / religiöser Diversität in der praktischen Palliativmedizin. In: Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen Jg. 3 / 2019, S. 6-15.

FACHARTIKEL

Offen und doch profiliert. Anmerkungen zu Spiritual Care in einer religionspluralen Gesellschaft und in einem säkularen Gesundheitswesen

Traugott Roser

1. Warnung vor Stereotypen

Weder in einer religionspluralen Gesellschaft im Allgemeinen noch in einer Pflegeeinrichtung oder einem Krankenhaus im Speziellen gibt es ‚den Muslim‘ oder ‚die Katholikin‘, ebenso wenig wie es ‚den Juden‘ oder ‚die Atheistin‘ gibt. Stereotypen sind wenig hilfreich, auch wenn sie gerade in Übersichtstexten zum Umgang mit Patient:innen und Klient:innen immer wieder auftauchen, die einer nicht der Mehrheitsgesellschaft entsprechenden Religionsgemeinschaft angehören oder eine bestimmte Weltanschauung vertreten.

1.1 Jüdische Spiritual Care

Der jüdische Psychotherapeut Michael Petery hat in seiner Analyse zur palliativen Betreuung Schwerstkranker Mitglieder jüdischer Gemeinden zahlreiche Ratgeber, Handbücher und Einführungen zum Umgang mit jüdischen Patient:innen untersucht. Sein Fazit ist deutlich: Viele Texte sind aus der Außenperspektive von Nichtjuden verfasst. Petery berichtet, einer seiner Interviewpartner habe kritisiert, dass in vielen Darstellungen das Bild des Judentums in Deutschland nach wie vor vielfach von Stereotypen geprägt sei. Aber selbst einige Texte und Darstellungen, die von Rabbinern verfasst wurden, haben nicht diejenigen Patient:innen im Blick, die gegenwärtig zur zahlenmäßig größten Gruppe in jüdischen Gemeinden gehören, die Einwanderer aus den ehemaligen GUS-Staaten und ihre Nachkommen. Peterys Fazit: „[E]s handelt sich meines Erachtens mehr um idealtypische Darstellungen als um Handreichungen mit Bezug zur konkreten Gemeindegewirklichkeit.“ (Petery 2017, S. 34) Sachkenntnis ohne Bezug zur empirischen Basis sei wenig weiterführend.

Der Palliativmediziner Stephan M. Probst macht in einem Beitrag der *Zeitschrift für Palliativmedizin* auf die diverse Zusammensetzung jüdischer Gemeinden in Deutschland und auf kontroverse Diskurse innerhalb jüdischer Medizinethik aufmerksam. Dort heißt es: „Außer den Juden, die sich den jüdischen Einheitsgemeinden angeschlossen haben, leben in Deutschland weitere ungefähr 90 000 Menschen, von denen viele nach jüdischem Religionsgesetz als Juden gelten, sich aber aus verschiedensten Gründen gegen die Mitgliedschaft in einer Einheitsgemeinde entschieden haben. Unter diesen 90 000 Menschen finden sich auch die etwa 5000 Mitglieder der Union Progressiver Juden Deutschlands (liberale Juden) und all jene, die sich zwar selbst als Juden betrachten, in der traditionellen Lesart des jüdischen Religionsgesetzes jedoch nicht als Juden anerkannt werden und deshalb keine Mitglieder jüdischer Gemeinden sein können.“ (Probst 2019) Probst empfiehlt als Merksatz: „Wichtig und unverzichtbar ist immer die gemeinsame Entscheidungsfindung im Einzelfall. [...] Deshalb sollen wir früh auf den Kranken hören, statt auf ihn einzuwirken oder ihm falsche Hoffnung zu machen.“ (ebd.)

1.2 Muslimische Spiritual Care

Die Zuwendung zum einzelnen Patienten, der einzelnen Patientin – wie auch der individuellen An- und Zugehörigen – ist oberstes Gebot. Der von Petery im Blick auf das Judentum beklagte Sachverhalt ist auch im Blick auf muslimische Patient:innen zutreffend. In dem 2009 im Springer Verlag erschienenen Sammelband „Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett“ hat der evangelische Theologe und Religionswissenschaftler Wolfram Reiss das Kapitel „Der muslimische Patient“ verfasst, das mit folgendem Satz beginnt: „Musliminnen und Muslime sind in der Regel aufgeschlossen gegenüber der westlichen Medizin und gegenüber allen therapeutischen Maßnahmen.“ (Reiss 2009, S. 176) Der Beitrag stellt historische Entwicklungen zu Medizin, Gesundheits- und Krankheitsverständnis sowie zu ‚Seelsorge‘ im Islam dar, um anschließend Kommunikationsprobleme zwischen Arzt und muslimischen Patienten und praktische Probleme bei der Einhaltung ritueller Gebote zu schildern. Der Beitrag schließt mit dem warnenden Hinweis: „Wichtig ist, dass muslimische Patienten [...] nicht in die eine oder andere Richtung gedrängt werden, sondern dass sie nach sachgerechter Information über die religiösen und medizinischen Folgen ihre persönlichen Gewissensentscheidungen treffen können.“ (ebd., S. 186)

„Musliminnen und Muslime sind in der Regel aufgeschlossen gegenüber der westlichen Medizin und gegenüber allen therapeutischen Maßnahmen.“

Dilek Uçak-Ekinci hat jüngst einen exemplarischen Überblick über die heterogenen Ansätze in muslimischer Spiritual Care in vier exemplarischen Ländern - der Türkei, dem Iran, den Niederlanden und Großbritannien - erarbeitet. In ihrer Schlussbemerkung weist sie auf soziodemographische Veränderungen und Transformationsprozesse im jeweiligen Gesundheitswesen hin. In der Türkei und im Iran finden sich ausgeprägt forschungsbasierte Ansätze und eine rasante Entwicklung mit länderspezifischen Unterschieden. In der Türkei „übernehmen muslimische Theologinnen und Theologen die Rolle von ‚spirituellen Unterstützern und Beraterinnen‘“ mit entsprechenden Berufsstandards. Im Iran „kommt der Anstoss, Spiritual Care zu institutionalisieren, deutlich stärker aus den Gesundheitsberufen.“ (Uçak-Ekinci 2019, S. 217) In Großbritannien war insbesondere die *Patient’s Charter* von 1991 mit dem dort formulierten Anspruch aller Patienten auf Berücksichtigung ihrer religiösen und spirituellen Bedürfnisse, unabhängig von ihren religiösen Traditionen, Ausgangspunkt für die Etablierung einer spezifischen ‚Muslim Chaplaincy‘ mit entsprechenden Qualifizierungsmaßnahmen. Auch in den Niederlanden trägt der wachsende Anteil von Muslimen in der Bevölkerung zwar zur Ausbildung spezifisch muslimischer ‚Geestlijke Verzorging‘ bei. Allerdings ist durch die gesetzliche Verankerung von Spiritual Care im Gesundheitswesen seit 1996 ein Modell entstanden, in dem sowohl religiöse als auch humanistische ‚Geestlijke Verzoger‘ für jeden Patienten und jede Patientin, unabhängig von der Religionszugehörigkeit, in ihrem Bereich (z.B. einer Station) betreuen. Für muslimische Begleiter:innen ist zu erwarten, so Uçak-Ekinci, „dass auch muslimische ‚Geestlijke Verzoger‘ im Laufe der weiteren Entwicklung sich diesen interreligiösen Ansatz aneignen werden, da dies als Ziel seelsorglicher Professionalisierung in den Niederlanden gesehen wird.“ (ebd., S. 222)

Wie auf der Seite der Spiritual Care-Provider oder Seelsorgenden in diesen unterschiedlichen Kontexten deutliche Unterschiede bestehen, so ist auch auf der Seite der Betreuten und Begleiteten von unterschiedlichen religiösen und spirituellen Bedürfnissen und Ausprägungen auszugehen.

Die Ethnologin und Kulturwissenschaftlerin Piret Paal hat entsprechend vor einer verallgemeinernden Zuordnung von Individuen zu kulturell und religiös definierten Patientenkollektiven

gewarnt: „Ich rate zur Vorsicht, wenn Listen kulturbedingter Bedürfnisse erstellt oder Studien durchgeführt werden, die Menschen mit Migrationshintergrund mit ‚uns‘ vergleichen. Multikulturalismus, trans- oder interkulturelle medizinische Versorgung, kulturelle Unterschiede als analytische Kategorien können in einigen Kontexten nützlich sein – ihr Nutzen in der Praxis des Gesundheitswesens ist jedoch zweifelhaft. [Stattdessen] bedarf es einer offenen Herangehensweise, bei der die Menschen nicht auf der Grundlage einiger kultureller Begegnungen vorab kategorisiert werden.“ (Paal 2012, S. 27)

Weil es sich im Einzelfall immer um Individuen handelt, seien die folgenden Ausführungen durch kleine formalisierte Biogramme konkreter Menschen unterbrochen. Die Biogramme entstammen entweder meiner eigenen Erfahrung in der Begleitung von Patient:innen und ihren Familien oder der Literatur. Formal sind sie so gestaltet, wie in einer multiprofessionellen Teambesprechung ein Patient oder eine Patientin einleitend vorgestellt werden würde.

Fallvignette 1: Mouhanad

Es handelt sich um einen 23 Jahre alten Patienten, der unter einem weit fortgeschrittenen metastasierten CUP (*cancer of unknown primary origin*, d.h. Krebserkrankung unbekanntes Ursprungs) leidet. Der Patient stammt aus dem Irak und ist ohne Familienangehörige zur medizinischen Behandlung nach Deutschland gereist. Er ist praktizierender Moslem, hat aber in Deutschland keine Anbindung an eine Moschee. Er ist besonders belastet dadurch, dass er seiner Familie beim wöchentlichen Telefonat nicht sagen kann, dass seine Erkrankung nicht heilbar ist und er daran sterben wird. Eine Rückreise in den (zu dieser Zeit vom Krieg geprägten) Irak ist ihm nicht mehr möglich.

2. Spiritual Care als Teil einer ganzheitlichen Versorgungskultur

2.1 Genese

Das Konzept von Spiritual Care entstammt in Deutschland dem in der Palliative Care gepflegten Ansatz holistisch orientierter medizinischer Behandlung und Betreuung. Maßgeblich ist dabei bis heute, was die Gründungsmutter der modernen Hospiz- und Palliativbewegung Dame Cicely Saunders 1996 formuliert hat: „Jetzt, da Palliative Care weltweit Anwendung findet, ist es wichtig, immer wieder in Erinnerung zu rufen, was die WHO-Definition betont: Dass es bei Palliative Care auch immer um die spirituellen Bedürfnisse der Patienten und ihrer Familien geht. Dies beruht auf einem Verständnis von Personsein, welches davon ausgeht, dass der Mensch eine unteilbare Einheit ist: Er ist sowohl ein körperliches als auch ein geistiges Wesen: Die einzig angemessene Haltung gegenüber einer Person ist der Respekt; das heisst [sic!] auch, jede einzelne Person im Kontext ihrer Kultur und ihrer Beziehungen wahrzunehmen und so jeder Person ihren individuellen Wert zuzubilligen. [...] Diejenigen, die in Palliative Care tätig sind, sollten begreifen, dass auch sie selbst aufgefordert sind, all diese Dimensionen des Lebens und Fragens wahrzunehmen.“

Die 2002 überarbeitete WHO-Definition von Palliative Care stellt den Begriff Lebensqualität in das Zentrum der palliativen Versorgung: Subjektive Lebensqualität setzt Wohlbefinden voraus, das physische, psychische, soziale und spirituelle Aspekte umfasst. „Palliativmedizin/Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung ein-

hergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“ Im Zusammenhang mit Wohlbefinden und Lebensqualität als Zielbestimmungen von Begleitungsansätzen und Behandlungsstrategien kommt dem Bereich der Spiritualität die Wahrung der Individualität und Personalität des Patienten oder der Patientin zu, „der Wahrung der Freiheit des Individuums [...] sowohl vor dem Zugriff durch bestimmte Religion und Religionsgemeinschaften als auch vor den objektivierenden und manchmal enthumanisierenden Tendenzen des medizinisch-klinischen Apparats. Spiritualität verbürgt die Unverfügbarkeit des Patienten ganz im Sinne des Grundrechts auf Religionsfreiheit, in einer multikulturell diversifizierten Gesellschaft auch gegenüber den Religionsgemeinschaften selbst.“ Spiritualität kann deshalb, wie die Seelsorgerin Karoline Labitzke schreibt, „als eine Dimension des Menschseins unabhängig von Religion und Weltanschauung [als] eine der vier Säulen des palliativen Ansatzes [...] sowohl die Grenze der Konfessionen und Religionen [überschreiten] als auch die Grenze der Medizin bzw. ihrer wissenschaftlichen Erklärungssysteme. Die individuelle Spiritualität ergibt sich aus der persönlichen Sinnsuche bzw. Sinn- und Transzendenzerfahrung im Umgang mit existenziellen Fragen und Bedrohungen, ihre inhaltliche Bestimmung ereignet sich in der Begegnung auf der Palliativstation.“

„Die individuelle Spiritualität ergibt sich aus der persönlichen Sinnsuche bzw. Sinn- und Transzendenzerfahrung im Umgang mit existenziellen Fragen und Bedrohungen.“

Wichtig für den Ansatz von Spiritual Care, zumindest in klinischen Kontexten des Gesundheitswesens, ist die Zielvorstellung eines Wohlbefindens. Mit dem englischen Begriff *well-being*, wie er vor allem in der WHO-Definition von Gesundheit gebraucht wird, ist in keiner Weise ein Wohlfühlen gemeint. Theologisch ist es vielmehr angemessen, auf die Zugehörigkeit des Begriffs *well-being* im Sinne von Wohlergehen zum Wortfeld des hebräischen Schalom hinzuweisen, einem Begriff, dessen semantische Breite sich nicht in einem einzelnen Begriff (auch nicht als Ganzheit) abbilden lässt. Rüdiger Liwak (2011, S. 2) sieht „als semantische Basis [für das Wortfeld von Schalom] ein ‚Wohlbefinden‘ [...] bzw. ein kollektives Wohlergehen [...]“.

Es bleibt aber nicht bei einer Beschränkung auf Palliative Care-Ansätze. Spiritual Care ist ein Ansatz, der alle Bereiche des Gesundheitswesens betrifft. In vielen Untersuchungen ist mittlerweile nachgewiesen, dass zwischen Gesundheit (im Verständnis der WHO-Definition) und Spiritualität / Religiosität ein Zusammenhang besteht. Spirituelle und religiöse Aspekte, Einstellungen und Praktiken können gesundheitsrelevante Wirkungen haben. Nachgewiesen sind etwa: Niedrigerer Blutdruck, ein geringeres Aufkommen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und niedrigeres Schmerzempfinden bei onkologischen Patient:innen u.a.m. Bei aller Korrelation ist aber zu beachten, dass diese Wirkungen auch verbunden sein können mit einem bestimmten, durch Glaubenseinstellungen und -praxis geprägten Lebensstil (z.B. gesunde Ernährung, regelmäßige Achtsamkeitsübungen) und durch eine soziale Einbindung in eine religiöse Gemeinschaft. Der Zusammenhang von Gesundheit und Spiritualität entzieht sich dabei funktionaler und kausaler Zuschreibungen und erweist sich zwar als komplex, aber behandlungsrelevant. Es gibt deshalb eine Reihe von Indizien für die „wachsende Bereitschaft [...], spirituelle Aspekte in der Patientenbehandlung wahrzunehmen und sich diesen gegenüber zu öffnen“, wie der Schweizer Psychosomatiker René Hefti (2012) im Vorwort der deutschen Ausgabe des Standardwerks von Harold G. Koenig schreibt und einige davon aufzählt. Harold G. Koenig (2012) gibt sechs Themenbereiche an, die in diesem Sinne gute und durch Studien belegbare

Gründe liefern: „1. Viele Patienten möchten, dass sich Gesundheitsfachleute ihres religiösen oder spirituellen Hintergrundes bewusst sind. 2. Unter den Patienten sind religiöse Überzeugungen häufig und diese helfen ihnen, ihre Krankheitssituation zu bewältigen. 3. Hospitalisierte Patienten sind oft von ihren religiösen Gemeinschaften isoliert. Alternative Möglichkeiten, die spirituellen Bedürfnisse zu erfüllen, sollten zur Verfügung gestellt werden. 4. Religiöse Überzeugungen können medizinische Entscheidungen beeinflussen, manchmal die medizinische Betreuung stören und das Verhältnis zwischen Gesundheitsfachperson und Patient (Compliance) beeinflussen. 5. Religiöse Überzeugungen und die religiöse Praxis wirken sich oft auf die eine oder andere Weise auf psychische und körperliche Gesundheitsergebnisse aus. 6. Der Einbezug der Religion kann die Art der Unterstützung und Pflege beeinflussen, die Patienten in der Wohngemeinde erhalten. Diese sechs Gründe unterstreichen den Bedarf an Ausbildung für Gesundheitsfachleute in diesem Bereich.“

In einem ganzheitlich denkenden Gesundheitswesen umfasst die Sorge für den schwerkranken und sterbenden Menschen, für An- und Zugehörige und für Mitarbeitende die Sorge um spirituelle Bedürfnisse. Spiritual Care ist damit in einigen Gesundheitsbereichen und Ländern ein selbstverständlicher Bestandteil, der in Medizin, Pflegewissenschaften und Psychologie intens

„In einem ganzheitlich denkenden Gesundheitswesen umfasst die Sorge für den schwerkranken und sterbenden Menschen, für An- und Zugehörige und für Mitarbeitende die Sorge um spirituelle Bedürfnisse.“

siv beforscht und an Ausbildungsstätten gelehrt wird. Zugleich ist es auch „nötig, die Rede von einer Reintegration der spirituellen Dimension zu differenzieren. So passend diese Beschreibung für den klinischen Bereich sein mag, so unzutreffend ist sie [...] für die globale Gesundheitsversorgung im weiten Sinne. Entsprechend vielfältig ist denn auch, was mit ‚spirituell‘ als gesundheitsrelevant ausgezeichnet wird.“ (Peng-Keller 2019, S. 62)

Fallvignette 2: Mima

Mima, 50 Jahre alt, Witwe, ist römisch-katholisch aufgewachsen. Nach mehreren Todesfällen in der Familie ist sie zornig gegen Gott, gegen das Schicksal und gegen die Kirche.

2.2 Konkretion in Leitlinien

Konzepte und Ansätze bedürfen der Anwendung in der Praxis. In Deutschland hat dies in beeindruckender Weise im Prozess zur Entwicklung einer S3-Leitlinie Palliativmedizin, Bestandteil des Leitlinienprogramms Onkologie, stattgefunden. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Krebshilfe fassen in einer S3-Leitlinie systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für Leistungserbringer und Patienten zur angemessenen Vorgehensweise bei speziellen Gesundheitsproblemen zusammen. Die drei Kriterien sind: Evidenzbasierung (empirische Belege der Wirksamkeit), Adaption (Konkrete Handlungsempfehlungen) und Konsensbasierung (Übereinstimmung von Expert:innen). Leitlinien stellen damit verlässliche Indikatoren für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Versorgung dar und sind ein Kriterienkatalog für eine fachgerechte Betreuung Krebskranker.

Spirituelle Begleitung in diesem streng medizinisch orientierten Konzept findet sich in diesem Ansatz an zahlreichen Stellen und in fast allen Symptomkomplexen (genauer bei Abschied und

Trauer, Kommunikation und Thematisieren von Sterben und Tod, Tumorschmerz, schlafbezogene Erkrankungen/nächtliche Unruhe, Angst, Obstipation, Todeswünsche, Sterbephase) wieder. Zu den Grundsätzen der Palliativversorgung gehört das Eingehen auf die Bedürfnisse des Patienten in allen vier Dimensionen – physisch, psychisch, sozial und spirituell und die „Wahrnehmung der Patienten in ihrer kulturellen, weltanschaulichen und religiösen Identität“ (Empfehlung 4.4). (Leitlinienprogramm Onkologie 2020, S. 40) Es gehört zu den Qualitätsindikatoren, dass individuelle Bedürfnisse regelmäßig und wiederholt erfragt und erfasst werden, wie die Empfehlung 5.5 formuliert: „Bei einer nicht heilbaren Krebserkrankung sollen die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse sowie die Belastungen und Informationsbedürfnisse der Patienten und Angehörigen wiederholt und bei einer Änderung der klinischen Situation erfasst werden.“ (ebd., S. 476)

Die S3-Leitlinie Palliativmedizin arbeitet mit einem offenen Begriff von Spiritualität, wie er in einem internationalen Konsensus-Prozess bestimmt wurde (dazu unter 3.). Überraschend ist, dass spirituelle Bedürfnisse Kranker proaktiv angesprochen werden sollen, auch wenn der Patient sie nicht selbst von sich aus thematisiert. Dahinter liegen die Erkenntnis und der Konsens,

Spirituelle Bedürfnisse sollen proaktiv angesprochen werden, auch wenn Patient:innen sie nicht von sich aus thematisieren.

dass bei zahlreichen Symptomen einer schweren Erkrankung spirituelle und religiöse Faktoren Bedeutung haben, aber oftmals nicht im Fokus der Behandler sind, wie das Beispiel Obstipation zeigt; dort heißt es zum Hintergrund nicht-medikamentöser Verfahren der Behandlung (13.5., Konsensbasierte Empfehlung 13.11): „Eine Obstipation kann von weitreichenden subjektiven Vorstellungen wie innerer Vergiftung und Unreinheit begleitet sein. Dem kann in einfühlsamen Gesprächen begegnet werden. Da-

bei sind Patienten häufig dankbar für einen Gesprächsbeginn, den sie selber möglicherweise nicht wagen. [...] Die Hilfe soll individuell auf den Patienten abgestimmt sein, auf die Wahrung von Schamgefühlen soll geachtet werden.“ (ebd., S. 284)

Im Kapitel „Sterbephase“ sind die Handlungs- und Begleitungsmöglichkeiten durch kirchliche Seelsorgeangebote fest verankert, etwa das Angebot von Gesprächen und Ritualen (z.B. Aussegnung). So lautet die „Konsensbasierte Empfehlung“ 19.40: „Nach dem Tod soll den Angehörigen ein Abschied vom Verstorbenen entsprechend ihren Bedürfnissen und Ressourcen, den kulturellen Gepflogenheiten und religiösen Pflichten ermöglicht werden.“ (ebd., S. 467)

Deutlich wird an den Konkretionen im Leitlinienprogramm, dass Patient:innen nicht einfach zu einer kulturell oder religiös definierten Gruppe zugerechnet werden können und die Begleitung dann dem Betreuungspersonal oder den Gepflogenheiten dieser Gruppe übertragen wird, sondern regelmäßig und wiederholt bei Patient:innen und Angehörigen Bedürfnisse erfragt und erfasst werden und Betreuung diesen entsprechend organisiert wird – als Bestandteil des ganzheitlichen Ansatzes.

Fallvignette 3: Renate

Renate ist eine 64 Jahre alte Patientin auf der Palliativstation mit Diagnose Amyotrophe Lateralsklerose. Sie ist nicht religiös und hat keine kirchliche Zugehörigkeit. Sie lebt in einer Lebenspartnerschaft mit einem Mann und hat sich bei Amnesty International engagiert. Nach Verlust der Schluck- und Sprechfähigkeit möchte sie freiwillig auf Nahrung und Flüssigkeit verzichten. Sie hat einen ausgeprägten und mehrfach geäußerten Todeswunsch.

3. Was ist Spiritual Care?

In der Hospiz- und Palliative-Arbeit ist Spiritual Care die interprofessionelle Aufgabe, die spirituelle Dimension in die Gesundheitsversorgung einzubeziehen. Es handelt sich um die gemeinsame Sorge aller. Sie erfolgt überall dort, wo erkrankte Menschen durch Hospiz- und Palliativversorgung begleitet werden – zu Hause, auf einer Palliativstation, auf anderen Stationen eines Krankenhauses, im Alten- und Pflegeheim, im stationären Hospiz und in anderen Einrichtungen. Spirituelle Begleitung in Hospiz- und Palliativversorgung gilt allen erkrankten Menschen, ihren An- und Zugehörigen sowie den Mitarbeitenden – unabhängig von Weltanschauung, Religion oder Konfession. Als gemeinsame Sorge aller ist sie bemüht, die individuellen spirituellen Ressourcen von Patient:innen und An- und Zugehörigen zu erschließen und gegebenenfalls zu aktivieren.

Fallvignette 4: Julie

Die 24 Jahre alte Studentin ist römisch-katholisch aufgewachsen. Sie wendet sich nach einer – wie sie es nennt – ‚atheistischen Periode‘ buddhistischer Meditation und Esoterik zu. Nach dem Tod ihres Vaters erfolgt eine Hinwendung zu christlicher Orthodoxie.

4. Spiritualität als pragmatisches Konzept

Spiritual Care setzt Spiritualität als anthropologische Grundkonstante voraus. Spiritualität gehört zum Menschsein, unabhängig von Religion oder Weltanschauung. Es geht um Sinnsuche, Sinn- und Transzendenzerfahrung, die Menschen in ihrer je eigenen Weise ausdrücken. Die lebenslange Suche und Erfahrung ist dabei immer wieder Veränderungen unterworfen. Sie umfasst die Bereiche existenzieller Fragen, persönlicher Wertvorstellungen und spiritueller und religiöser Vorstellungen und Praktiken. Das 2017 von der Sektion Seelsorge der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin verabschiedete Konzept zu Spiritual Care und Seelsorge schließt sich explizit den internationalen Übereinkünften an, die seit der US-Konsensusdefinition von 2009 in unterschiedlichen Zusammenkünften formuliert wurden. Im deutschen Sprachraum hat sich insbesondere die Arbeitsdefinition der *European Association of Palliative Care* von 2011 bewährt: „Spirituality is the dynamic dimension of human life that relates to the way persons (individual and community) experience, express and/or seek meaning, purpose and transcendence, and the way they connect to the moment, to self, to others, to nature, to the significant, and/or the sacred.“ Auch hier wird ganz gezielt von einem multidimensionalen Konstrukt ausgegangen, das nicht nur religiöse Aspekte, sondern ebenso existenzielle Fragen (z.B. Sinn, Schuld, Scham, Hoffnung, Freude), wertorientierte Einstellungen und Haltungen (z.B. zu Familie, Arbeit, Kunst, Ethik, Moral, Leben) und eben auch religiöse Überzeugungen (z.B. Glaube, Praktiken, Beziehung zu Gott) umfasst.

4.1 Unbestimmtheit als Chance

Die Offenheit für unterschiedliche Aspekte – hinsichtlich der Sinnebene ebenso wie hinsichtlich der Transzendenzerfahrungen, der religiösen Traditionen, der Beziehungen und der Bezogenheit auf andere und anderes – führen diese Arbeitsdefinitionen zu einem Moment der Unbestimmtheit, der oftmals Gegenstand von Kritik ist. Man kann in dieser „pragmatischen Unbestimmtheit des Spiritualitätsbegriffs“ aber auch eine Chance erkennen. Soziolog:innen sehen

das Besondere in der religiösen Kommunikation, zu der die Kommunikation in Spiritual Care und Seelsorge gehören kann, darin, „mit Bestimmtheit auf Unbestimmtheit zu verweisen“. (Nassehi et al. 2019, S. 81) Die Religiosität des Patienten oder religiöse und spirituelle Themen können dabei sogar eine geringe Rolle spielen. Oft dreht sich das Gespräch um vermeintlich Alltägliches. „Zum Thema kann nun alles werden, was der Patient selbst zum Thema macht.“ (ebd., S. 87)

Spiritualität ist genau – und ausschließlich – das, was der Patient dafür hält.

Genau in der ausgänglichen Unbestimmtheit besteht die Chance der patientenzentrierten Kommunikation in Spiritual Care und Seelsorge, die das Gegenüber nicht von vornherein in Kategorien und Gruppenidentitäten einordnet, sondern bewusst und offen mit einer individuellen Ausprägung von Spiritualität auf den Gesprächspartner zugeht. „Spiritualität ist genau – und ausschließlich – das, was der Patient dafür hält.“ (Roser 2011, S. 47)

4.2 Von der Unbestimmbarkeit zur Bestimmung individueller Spiritualität

In der konkreten zwischenmenschlichen Begleitung geht es gerade darum, die Unbestimmtheit in eine Bestimmbarkeit zu überführen – und zwar im Kommunikationsprozess mit dem Gegenüber. Dieses wird dabei unterstützt, durch das Angebot spiritueller Begleitung in eigenen Worten, Zeichen und Handlungen die eigenen spirituellen Ressourcen zu erschließen, die eigenen Werte und Haltungen zu benennen und in ihrer aktuellen Bedeutsamkeit zu gewichten. Nicht zuletzt geht es auch darum, in existenziellen Gefühlen wie Schuld, Scham, Hoffnung und Freude spirituelle Aspekte auszumachen, präsent zu machen und auszuhalten. Die Begleitung kann als achtsame Präsenz dabei helfen, dass sich ein Patient, eine Patientin oder eine Familie im Prozess dieser Dimension bewusst wird und sie aus dem vermeintlich Unbestimmbaren eine ganz bestimmte Ausprägung erhält.

Fallvignette 5: Frau Özcan

Die 58 Jahre alte, verheiratete Patientin lebt seit etwa 35 Jahren in Deutschland. Die beiden Kinder sind in Deutschland beruflich etabliert und integriert. Das Ehepaar Özcan stammt ursprünglich aus der Türkei. Alle haben mittlerweile die deutsche Staatsbürgerschaft angenommen. Im Urlaub in der alten Heimat erkrankt Frau Özcan plötzlich und wird nach Deutschland gebracht. Nach sechs Wochen Krankenhausaufenthalt wird die Patientin aufgrund der rasch fortschreitenden neurologischen Erkrankung mit Hirndruck und Krampfanfällen in ein Hospiz verlegt. Wiederholt fanden im Krankenhaus und im Hospiz aufklärende Gespräche zum Krankheitsverlauf statt. Bei der Pflege achtet der Ehemann sehr darauf, dass die Wünsche seiner Frau beachtet werden. Er ist dankbar, dass ausschließlich die weiblichen Pflegekräfte sie versorgen. Familie ist verzweifelt und möchte, dass „alles unternommen wird“, damit Frau Özcan gesund wird. Die Tochter sagt unter Tränen zu einer Mitarbeiterin: „Auch wenn es zu 100 Prozent keine medizinische Möglichkeit der Heilung gibt, so kann es doch sein, dass ein Wunder geschieht.“ Der in der Tradition verwurzelte Glaube an die Macht Allahs vermittelt ihr in ihrer Verzweiflung Halt, sagt sie. In der Begleitung einer Patientin und ihrer Familie durch ein aufgeschlossenes, den kulturellen Gegebenheiten und Zugehörigkeiten gegenüber respektvolles Team kann es gelingen, dass die einzelnen beteiligten Menschen auch Ambivalenzen und Widersprüchlichkeiten aussprechen und dabei die Konventionen soweit berücksichtigen, wie es ihnen angebracht, sinnvoll und stabilisierend scheint, sich aber bei Entscheidungen auch gegen Konventionen entscheiden können und einen eigenen Weg einschlagen.

4.3 Die Klinik als kulturelles Grenzgebiet

Spiritual Care, gerade wenn sie zur Gruppe der Seelsorger:innen gehört, kann diesen Prozess im Sinne einer achtsamen und hoffnungsvollen Präsenz begleiten, die man als ‚Da-Sein und Dabei-Bleiben‘ beschreiben könnte. Sie sind aber nicht einfach als neutrale Zuhörer:innen anwesend, sondern durch ihre Zugehörigkeit zu einer bestimmten und dem Gegenüber erkennbaren Tradition und Religionsgemeinschaft profiliert. Gerade im

Spiritual Care ist ein Prozess achtsamer und hoffnungsvoller Präsenz, die man als ‚Da-Sein und Dabei-Bleiben‘ beschreiben kann.

säkularen Gesundheitswesen in einer religionspluralen Gesellschaft ist die Transparenz der religiösen Affiliation der spirituell Begleitenden unverzichtbar. Die eigene Position wird dabei aber der anderen Person nicht – im Sinne einer missionarischen Intention – nahegelegt, sondern dient als Positionsbestimmung in einer dialogisch strukturierten Beziehung. In diesem Sinn konkretisiert sich durch Spiritual Care potentiell in

jeder Begleitung ein interreligiöser und interkultureller Diskurs. Piret Paal hat dies für alle Begegnungen in Palliative Care und Sterbebegleitung beschrieben, nicht nur die Seelsorge- und Spiritual Care-Begleitungen: „Im Alltag der Patientenversorgung und der Sterbebegleitung kommt es unentwegt zu ‚kulturellen Begegnungen‘, wenn ein professionell oder ehrenamtlich Tätiger im Gesundheitswesen die Begleitung eines kranken Menschen und / oder seines Angehörigen übernimmt.“ (Paal 2012, S. 25) Sie beschreibt im Anschluss an Cheryl Mattingly „die urbane Klinik als ein kulturelles Grenzgebiet“. (ebd., S. 27) In Grenzgebieten kommt es bekanntlich häufig zu Missverständnissen und Konflikten. Es können sich aber auch spannende Begegnungen ergeben, die beide Seiten bereichern und Verbindendes entdecken lassen. Das setzt aber voraus, dass man sich eigene Stereotypen bewusst macht und beginnt, sie hinter sich zu lassen.

Fazit

Nach diesen zwei spannenden Vorträgen und sich daran anschließenden Diskussionen ging ein intensiver Praxis-Workshop zu Ende. Insgesamt zeigte der Workshop eine immense Vielfalt an Deutungsmöglichkeiten und Umgangsformen mit Sterben und Tod auf, die sich aus unterschiedlichen religiösen Perspektiven ableiten lassen. Zugleich wurde immer wieder deutlich, wie sehr sich doch viele religiöse Perspektiven ähneln, wenn es darum geht, einen Menschen würdevoll am Lebensende zu begleiten und ihm einen guten Weg für seine weitere Reise – wo auch immer hin – zu bereiten. Eine Auseinandersetzung mit religiösen Fragestellungen ist also nicht nur ein Thema für Wissenschaftler und religiöse Experten, sondern kann – und dies zeigte die intensive Diskussion im Laufe der zweitägigen Veranstaltung deutlich – auch für Praktikerrinnen und Praktiker im Gesundheitswesen anschlussfähig und fruchtbar sein.

Literatur

- Hefti, René: Geleitwort. In: Koenig, Harold G.: Spiritualität in den Gesundheitsberufen. Ein praxisorientierter Leitfad. Stuttgart: Kohlhammer 2012, S. 5-10.
- Koenig, Harold G.: Spiritualität in den Gesundheitsberufen. Ein praxisorientierter Leitfad. Stuttgart: Kohlhammer 2012.
- Liwak, Rüdiger: Friede / Schalom. In: Das wissenschaftliche Bibellexikon im Internet (WiBiLex). Deutsche Bibelgesellschaft. URL: <https://www.bibelwissenschaft.de/stichwort/26245/>
- Nassehi, Armin; Saake, Irmhild; Mayr, Katharina: Mit Sterbenden sprechen. Die Rolle des Seelsorgers und die Potenz religiöser Rede auf der multidisziplinären Palliativstation. In: Roser, Traugott

- (Hrsg.): Handbuch der Krankenhauseelsorge. 5., überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2019, S. 78-91
- Paal, Piret: Ist „Kultur“ in Palliative Care von Belang? Überlegungen aus anthropologischer Sicht. In: Zeitschrift für Palliativmedizin Jg. 13 / 2012, Heft 1, S. 24-27.
- Peng-Keller, Simon: Spiritual Care im Gesundheitswesen des 20. Jahrhunderts. Vorgeschichte und Hintergründe der WHO-Diskussion um die ‚spirituelle Dimension‘. In: Peng-Keller, Simon; Neuhold, David (Hrsg.): Spiritual Care im globalisierten Gesundheitswesen. Historische Hintergründe und aktuelle Entwicklungen. Darmstadt: wbg Academic 2019, S. 13-71.
- Petery, Michael: Die Betreuung Schwerkranker und Sterbender in bayerischen jüdischen Gemeinden heute. Berlin: Walter de Gruyter 2017.
- Probst, Stephan: Die palliativmedizinische Begleitung jüdischer Patienten und Palliative Care aus jüdischer Sicht. In: Zeitschrift für Palliativmedizin Jg. 20 / 2019, Heft 1, S. 31-38.
- Reiss, Wolfram: Der muslimische Patient. In: Körtner, Ulrich H.J.; Müller, Sigrid; Kletečka-Pulker, Maria; Inthorn, Julia (Hrsg.): Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett. Wien [u.a.]: Springer 2009, S. 176-186.
- Roser, Traugott: Innovation Spiritual Care: Eine praktisch-theologische Perspektive. In: Frick, Eckhard; Roser, Traugott (Hrsg.): Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen. Stuttgart: Kohlhammer 2011, S. 45-55.
- Uçak-Ekinci, Dilek: Spiritual Care in muslimischen Kontexten. Ein Überblick über aktuelle Entwicklungen. In: Peng-Keller, Simon; Neuhold, David (Hrsg.): Spiritual Care im globalisierten Gesundheitswesen. Historische Hintergründe und aktuelle Entwicklungen. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 2019, S. 207-230.

Autorenkontakt

Prof. Dr. Traugott Roser
Professur für Praktische Theologie
Universitätsstraße 13-17
48143 Münster
Tel: +49 (0) 251 / 83 - 22552
Fax: +49 (0) 251 / 83 - 22441
E-Mail: traugott.roser@uni-muenster.de

Zitationsvorschlag

Roser, Traugott: Offen und doch profiliert. Anmerkungen zu Spiritual Care in einer religionspluralen Gesellschaft und in einem säkularen Gesundheitswesen. In: Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen Jg. 3 / 2019. S. 16-26.

FACHARTIKEL

Die Verpflichtung zum Leben: Palliativmedizin und Judentum¹

Stephan M. Probst

Judentum wird von der deutschen Öffentlichkeit fast ausschließlich über das Erinnern an die Shoah und in der Auseinandersetzung mit dem wieder aufkeimenden Antisemitismus erfahren. Echte Begegnungen mit gelebter jüdischer Kultur, vor allem und auf einer persönlich-menschlichen Ebene, sind eher selten. Diese Situation ergibt sich aus der Tatsache, weil die jüdische Gemeinschaft in Deutschland eine sehr kleine Minderheit von weniger als 200.000 Menschen ist. In den Institutionen des Gesundheitswesens verbergen jüdische Patienten oft ihre religiöse Identität; und in der Begleitung jüdischer Patienten am Lebensende fällt den Mitarbeitern nahezu aller eingebundenen Berufsgruppen auf, dass jüdische Familien (wenn sie sich denn überhaupt als solche zu erkennen geben) offenbar große Schwierigkeiten damit haben, sich auf palliativmedizinische Angebote einzulassen und diese in Anspruch zu nehmen. Hierfür gibt es verschiedene Gründe und Deutungen, die vielen Palliativteams nicht auf den ersten Blick erkennbar sind und auf die sich dieser Beitrag fokussieren möchte.

Jüdisches Leben in Deutschland nach 1945

Die sehr kleine jüdische Gemeinschaft Deutschlands unterscheidet sich deutlich und in vielerlei Hinsicht von der Mehrheitsgesellschaft, in der sie lebt. Die komplizierten und mitunter schwer verständlichen Besonderheiten sind eine zwangsläufige Folge der jüngeren deutsch-jüdischen Geschichte. Zum Ende des zweiten Weltkrieges waren sämtliche jüdischen Gemeinden Deutschlands ausgelöscht. Ihre Mitglieder konnten entweder noch rechtzeitig fliehen, oder sie waren ermordet worden. Nur sehr wenige hatten in Verstecken, als Kinder aus Mischehen oder mit falscher Identität in Deutschland überlebt oder waren als Lagerhäftlinge sehr geschwächt und dem Tod nahe, als die Konzentrationslager durch die Alliierten befreit wurden. Nach Kriegsende waren unter den zwei Millionen entwurzelten Menschen, den *Displaced Persons* (DPs), etwa 200.000 Shoahüberlebende, zumeist staatenlose Juden osteuropäischer Herkunft. Sie wurden in Übergangslagern, den DP Camps, interniert, wo sie auf die Auswanderung und ein neues Leben weit weg von Deutschland hofften. Nach Gründung des Staates Israel im Mai 1948 sank ihre Zahl durch Auswanderung nach Israel, aber auch in andere Länder, vor allem in die USA, nach Kanada und Australien, auf 15.000. Einige wenige deutschstämmige Juden kamen aber auch aus dem Exil wieder zurück nach Deutschland.

Kurz nach Kriegsende entstanden wieder Gemeinden und eigenständige Institutionen, die eine neue fragile jüdische Existenz in Deutschland signalisierten. Der Jüdische Weltkongress aber

¹ Dieser Beitrag beruht auf einem Aufsatz, der 2019 in der Zeitschrift *Schmerzmedizin* bei Springer erstmals veröffentlicht wurde: Probst, Stephan: Die Bedeutung von Leben und Tod im Judentum – Vom Unbehagen jüdischer Familien mit palliativmedizinischen Angeboten. In: *Schmerzmedizin* Jg. 35 / 2019, Heft 5, S. 28-31.

empfahl 1948 dagegen, dass sich niemals wieder Juden auf dem blutgetränkten Boden Deutschlands ansiedeln sollten. Die Zahl der im Nachkriegsdeutschland lebenden Juden hatte sich auf etwa 30.000 eingependelt, nachdem in den 1950er und 1960er Jahren noch etliche Juden vor antisemitischen Verfolgungen aus Ungarn, Polen und der damaligen Tschechoslowakei in die Bundesrepublik geflohen waren. Überalterung, Geburtenrückgang und fortwährende Auswanderung (gerade der Jüngeren) bedrohten seit Mitte der 1970er Jahre aber zunehmend das Fortbestehen jüdischen Lebens in Deutschland. (vgl. Rosenfield 1946; Arnsberg 2018)

Dies änderte sich erst mit der starken Zuwanderung jüdischer Migranten aus den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion (UDSSR) seit Ende der 1980er Jahre. Bis 2015 kamen mehr als 200.000 Juden, die sogenannten Kontingentflüchtlinge, aus den Nachfolgestaaten der UdSSR nach Deutschland. Von ihnen hatten sich jedoch weniger als die Hälfte einer jüdischen Gemeinde angeschlossen. 2018 zählte die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden (ZWST) in den unter dem Dach des Zentralrats der Juden in Deutschland zusammengeschlossenen jüdischen Gemeinden 96.195 Mitglieder (vgl. Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland 2018). Neben diesen in der Mitgliederstatistik der ZWST gezählten Juden leben heute etwa 100.000 weitere in Deutschland, die keine Mitglieder einer jüdischen Gemeinde sind.

Die wesentliche Besonderheit der jüdischen Gemeinschaft Deutschlands besteht darin, dass mehr als 90 % der heute in Deutschland lebenden Juden bzw. Menschen, die im Judentum ihre spirituelle, ethnische oder kulturelle Heimat sehen, einen postsowjetischen Migrationshintergrund haben. Sie alle sind Überlebende der Shoah, Veteranen im Kampf gegen das faschistische Deutschland oder deren Nachkommen. Generationenübergreifende Folgen komplexer Traumatisierungsprozesse, die auf Shoah, Kriegserfahrungen, Flucht, Migration und diverse politische und antisemitische Diskriminierungen in der Nachkriegszeit zurückzuführen sind, und unter-

schiedliche kulturelle und gesellschaftliche Sozialisierungen haben einen starken Einfluss auf ihre Lebensentwürfe und damit auf ihren Umgang mit Tod und Sterben und besonders auf ihre Entscheidungen am Lebensende. Mitarbeiter von Palliative Care Teams irritiert der regelmäßig formulierte Wunsch nach möglichst später oder keiner Aufklärung Schwerstkranker und das imperative Festhalten an der Durchführung lebensverlängernder Maßnahmen, wie an intravenöser Flüssigkeitsgabe und parenteraler Ernährung, selbst wenn der Sterbeprozess bereits ganz offensichtlich eingesetzt hat. Dass ein Angehöriger nichts mehr zu

essen und zu trinken bekommt, ist für die Familien kaum auszuhalten und ruft furchtbare Assoziationen mit dem grausamen Sterben in den Ghettos und Konzentrationslagern wach. Überhaupt erleben Shoahüberlebende und ihre Nachkommen den Verlust von Autonomie, zunehmende Hilfslosigkeit und das Sterben von Angehörigen als emotional extrem belastend und dies noch viel mehr, wenn es in Einrichtungen und nicht im Schutz der Familie geschieht. (vgl. Migala et al. 2017; Staszewski 2019 sowie Zielke-Nadkarni 2005)

Der Wunsch nach später oder keiner Aufklärung Schwerstkranker und das Festhalten an lebensverlängernden Maßnahmen irritiert Palliativ Care Teams.

Das vom Schöpfer geschenkte Leben stets retten und bewahren...

Im Judentum gilt das Leben als ein von Gott anvertrautes Gut. Das Leben an sich ist von geradezu absolutem Wert.

Zusätzlich zu den bereits angedeuteten Faktoren können auch Denkweisen aus der religiösen Tradition des Judentums den Zugang zu Palliative Care und hospizlicher Begleitung erschweren. Im Judentum gilt das Leben als ein von Gott anvertrautes Gut, auf das der Mensch keinen Besitzanspruch hat. Das Leben an sich ist von geradezu absolutem Wert. Dies verpflichtet gläubige Juden, auf die Erhaltung ihrer Gesundheit zu achten und bei lebensbedrohlichen Erkrankungen jede nur denkbare lebenserhaltende Behandlung einzufordern. Da auch ein Leben von kürzester Dauer und mit gänzlich fehlender Lebensqualität als heilige Leihgabe Gottes gilt, wird jedes Tun oder Unterlassen, das einen rascheren Tod zur Absicht hat, im jüdischen Religionsgesetz als „Mord“ bezeichnet. Im Schulchan Aruch, einer im orthodoxen Judentum bis heute autoritativ gültigen Kodifizierung des jüdischen Religionsgesetzes aus dem 16. Jahrhundert, heißt es: „Der Moribunde gilt als ein Lebender in jeglicher Hinsicht“ (Jore Dea, 399,1). Nach der traditionellen Lesart der Halacha, also des jüdischen Religionsgesetzes, sind aktive Sterbehilfe und assistierter Suizid grundsätzlich verboten. Dies gilt uneingeschränkt auch in nicht behandelbaren, weit fortgeschrittenen und in absehbar kurzer Zeit unumkehrbar tödlich verlaufenden Krankheitsstadien.

Diese fundamentale religiöse Verpflichtung, Leben zu erhalten, erklärt die Skepsis, mit der strenggläubige Juden Palliativmedizin und Hospizen begegnen. Oft wird der Palliativmedizin von ihrer Seite Fatalismus und ein zu frühes Aufgeben unterstellt. Nicht selten hört man die Sorge, dass dort Morphine und Benzodiazepine zu großzügig und in der bewussten Absicht eingesetzt würden, Leben zu verkürzen. Viele Familien und von ihnen zu Rate gezogene Rabbiner misstrauen einer ärztlichen Begleitung, die sich nach ihrer Einschätzung ausschließlich an der Autonomie des Individuums und dem Selbstbestimmungsrecht als Abwehrrecht orientiert. Sie können sich nur schwer vorstellen, dass Ärzte im modernen Medizinbetrieb überhaupt dazu fähig sind, empathisch mit Sterbenden über deren bevorstehenden Tod zu sprechen, ohne dass ihnen ihr Lebenswillen, ihre Zuversicht und Hoffnung genommen wird. Eine im Judentum häufig anzutreffende Vorstellung ist die Zerstörung der Hoffnung, die das mutmaßlich das Sterben beschleunigen könnte. (vgl. Probst 2017 und 2019)

...das Sterben aber zulassen und nie künstlich in die Länge ziehen

Bereits im Mittelalter und lange bevor die Medizin Sterbeprozesse so effektiv und künstlich in die Länge ziehen konnte wie heute, machten sich Rabbiner Gedanken darüber, ob das Gebot, Leben zu erhalten bzw. zu verlängern, nicht auch falsch ausgelegt und befolgt werden könnte. In dieser frühen *Futility*-Diskussion (Beendigung einer aussichtslosen Therapie) forderte der in Speyer geborene Rabbi Jehuda ben Samuel (1150 – 1217) dazu auf, dass man in der Nähe eines Sterbenden rhythmisch klopfende Geräusche zu vermeiden bzw. abzustellen habe. In dieser Zeit glaubte man, dass Geräusche, wie sie etwa beim Holzhacken entstehen, die Seele eines Sterbenden daran hindern könnten, den Körper zu verlassen. Um das unumkehrbar eintretende Sterben als heiligen und natürlichen Prozess zuzulassen, sollten der jüdischen Tradition gemäß Sterbehindernisse beseitigt werden, wie z.B. das Holzhacken. Ebenso war man in dieser Zeit davon überzeugt, dass auf die Zunge eines Sterbenden aufgelegte Salzkristalle den Sterbeprozess künstlich in die Länge ziehen. Daher wurde das Salzauflegen auf die Zunge Sterbender

von den rabbinischen Autoritäten des Mittelalters bis in die frühe Neuzeit verboten, und sie betonten, dass man das Salzauflegen nicht bloß unterlassen solle, sondern bereits aufgelegte Salzkristalle als bestehende Sterbehindernisse sogar aktiv beseitigen müsse. (vgl. Klein; Teutsch 2018 sowie Kučera 2016)

In der jüdischen Literatur sind zahllose Narrative, Kasuistiken und Präzedenzfälle überliefert, in denen es stets um die Unterscheidung geht, ob angewandte ärztliche oder pflegerische Maßnahmen in der konkreten Situation Leben retten können und damit geboten sind, oder ob diese Maßnahmen nur den Sterbeprozess künstlich in die Länge ziehen und damit verboten sind. Heute lassen die Möglichkeiten der modernen Medizin ständig Situationen entstehen, in denen diese Unterscheidung sehr schwierig und unübersichtlich ist. Gerade dann ist es wichtig, den medizinischen Sachverhalt in halachisches Denken zu übersetzen und gemeinsam mit Kranken und ihren Familien, wenn diesen die Übereinstimmung mit dem jüdischen Religionsgesetz wichtig ist, zusammen mit dem Rabbiner zu ausbalancierten Entscheidungen zu kommen. Wichtig ist dabei die Klarstellung, dass die Palliativmedizin die gleiche lebensbejahende Grundhaltung hat wie das Judentum. Die WHO-Definition von Palliativmedizin hält fest, dass das Sterben der natürliche Prozess am Ende des Lebens ist und dass ausdrücklich das Sterben weder beschleunigt noch künstlich in die Länge gezogen werden darf.

Lebenszeit vor Lebensqualität?

Im Judentum wird durchaus die theologische Kausalverbindungen zwischen Sünde und Leiden gelehrt, doch erkennt es ganz überwiegend im Ertragen von Schmerz und Leiden keinen förderlichen Sinn oder Zweck. Leiden und Schmerzen müssen weder zur Läuterung ausgehalten werden noch gilt das Zulassen von Schmerz als erstrebenswertes Element religiöser Erfahrung. Schmerzen müssen behandelt und gelindert werden. Der babylonische Talmud überliefert spätantike rabbinische Diskussionen über Lebensqualität und bezeichnet einen Lebenszustand, der

Leiden und Schmerzen müssen weder zur Läuterung ausgehalten werden noch gilt das Zulassen von Schmerz als erstrebenswertes Element religiöser Erfahrung.

nur noch von Schmerz und Leid beherrscht wird, als „ein Leben, das kein Leben mehr ist“ (Babylonischer Talmud, Traktat Jom Tov, Fol. 32b). Der jüdischen Tradition ist nicht fremd, dass Schmerzen, aber auch andere physische Leiden sowie spirituelle und psychische Nöte derart viel Lebensqualität nehmen können, dass ein Sterbender die letzten Tage oder Stunden seines verlöschenden Lebens als nicht mehr lebenswert empfinden könnte. Im Zweifel und wenn Lebensverlängerung gegen Lebensqualität abzuwägen ist, werden gläubige Juden aber in

erster Linie und stets für das Leben und gegen die Priorität von Lebensqualität entschieden. Selbst ein Leben mit größten Einschränkungen gilt als heilig.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Palliative Care grundsätzlich die religiösen Gebote des Judentums hinsichtlich der Begleitung Kranker und Sterbender erfüllt, denn das Ziel von Palliative Care ist es, „die bestmögliche Lebensqualität bis zum Tod zu bewahren“ und dabei, wie oben aufgezeigt, das Sterben weder zu beschleunigen noch hinauszuzögern (EAPC 2009). Auf jüdischer Seite gibt es trotzdem die große Sorge, dass man in unserer postmodernen Gesellschaft und in der heutigen Medizin stark dazu neigt, Lebensqualität als das höhere Gut über den absoluten Wert des Lebens zu stellen. Entscheiden jüdische Patienten anders oder

haben anders lautende Voraussetzungen formuliert, muss dies als Realisierung ihrer authentischen Autonomie respektiert werden, auch wenn Palliative Care in dieser Abwägung zu anderen Ergebnissen kommt.

Therapien am Lebensende

Weil all die benannten Sorgen nicht ganz unbegründet sind und es sie auch außerhalb der jüdischen Welt gibt, verwendet man in den vergangenen Jahren ganz bewusst die missverständlichen Begriffe „passive Sterbehilfe“ und „indirekte Sterbehilfe“ nicht mehr. Stattdessen spricht man heute vom „Sterbenlassen“ und von „Therapien am Lebensende“. Zum Sterbenlassen gehört auch die oben erwähnte Wegnahme von Sterbehindernissen, die seit jeher seinen legitimen Platz in der jüdischen Tradition hat. Auch der widersprüchliche Begriff der „indirekten Sterbehilfe“ wird nicht mehr verwendet; dagegen soll mit dem neuen Begriff „Therapien am Lebens-

ende“ klargestellt werden, dass der Tod niemals und weder direkt noch indirekt Ziel einer palliativmedizinischen oder hospizlichen Begleitung am Lebensende sein kann. Eine konsequente Schmerztherapie oder Behandlung qualvoller Luftnot mit Morphinen oder Sedativa könnte unbeabsichtigt einen früheren Tod herbeiführen, ist bei korrekter Anwendung der Medikamente aber ein eher hypothetisches Risiko, wobei es nie ganz ausgeschlossen werden kann. Für die moralische und juristische Bewertung gilt dann jedoch die hinter dem Handeln stehende Absicht, nämlich Lebensqualität am Lebensende zu

Die Linderung von Leiden ist eine so große religiöse Pflicht, dass das Risiko einer unbeabsichtigten Beschleunigung des Sterbeprozesses in Kauf genommen werden darf.

verbessern und auf keinen Fall das Sterben zu beschleunigen. Auch die religiösen Autoritäten des orthodoxen Judentums folgen dieser Argumentation und sehen in der Linderung von Leiden die Erfüllung einer so großen Mizwa (religiösen Pflicht), dass das Risiko eingegangen werden darf, den Sterbeprozess unter Umständen unabsichtlich zu beschleunigen. (vgl. Kinzbrunner 2004)

Dialog

Die bisherigen Ausführungen zeigen, wie wichtig die sensible kommunikative Begleitung innerhalb einer tragfähigen Beziehung zum Patienten und seinem Umfeld ist. Sehr oft suchen auch dezidiert nicht religiöse jüdische Familien in existenziell herausfordernden Situationen nach einem religiösen/jüdischen Zugang und nach Halt bezüglich schwieriger Entscheidungen am Lebensende. Rabbiner und ehrenamtliche Helfer der Bikkur-Cholim-Gruppen (Bikkur Cholim: hebr. Krankenbesuch) aus den jüdischen Gemeinden genießen viel Vertrauen und eine hohe Anerkennung, weil sie religiösen und nicht ökonomischen Motiven folgen. Da es große Unterschiede in den Vorstellungen von Gesundheit, Pflege und Krankheit zwischen den professionellen Akteuren im Gesundheitssystem und jüdischen Kranken und Familien gibt, können diese ehrenamtlichen Helfer wertvolle Vermittler und „Kulturdolmetscher“ innerhalb des heute immer wichtiger werdenden Diversity-Managements sein. Sie kennen und verstehen die Kranken oft besser als die professionellen Helfer, schließlich haben sie die gleiche Sozialisation erfahren, haben ähnliche Patchwork-Identitäten, kennen unter Umständen die Biografien und Lebensentwürfe viel besser, sprechen die gleiche Sprache, wissen um die speziellen Bedürfnisse und haben die gleiche spirituelle Heimat. Rabbiner und Bikkur-Cholim-Gruppen sollten daher

von der professionellen Begleitung unbedingt wahrgenommen und in das multiprofessionelle Team integriert werden. (vgl. Probst 2019 und Karwin 2017)

Literatur

- Arnsberg, Gad: Wer sind wir? Die Vielfalt jüdischen Selbstverständnisses in Deutschland nach 1945. Ein historischer Überblick. In: Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland (Hrsg.): Shoah – Flucht – Migration. Multiple Traumatisierung und ihre Auswirkungen. Berlin: Hentrich & Hentrich 2018.
- Karwin, Larissa: Über den Aufbau und die Aufgaben von Bikkur-Cholim-Gruppen und wie sie in den Gemeinden dauerhaft aufrechterhalten werden. In: Probst, Stephan (Hrsg.): Die Begleitung Kranker und Sterbender im Judentum. Berlin: Hentrich & Hentrich 2017.
- Kinzbrunner, Barry M.: Jewish Medical Ethics and End-of-Life Care. In: Journal of Palliative Medicine Jg. 7 / 2004, Heft 4, S. 558-573.
- Klein, Birgit E.; Teutsch, David A.: Quality of Life at End of Life. The Evolution of Key Concepts. In: Journal of Jewish Ethics Jg. 4 / 2018, Heft 2, S. 163-197.
- Kučera, Tomáš: Halacha, Aggada und Sterbehilfe. Nicht den Tod beschleunigen, aber auch nicht das Sterben verlängern: eine Auseinandersetzung mit den Quellen. In: Klapheck, Elisa (Hrsg.): Jüdische Positionen zur Sterbehilfe. Berlin: Hentrich & Hentrich 2016, S. 61-87.
- Migala, S.; Sokolova, O.; Flick, U.: „Ich bin aber Gott sei Dank kein ausgeprägter Atheist“: Verständnisweisen postsowjetischer Juden in Deutschland von Religiosität und ihre Bedeutung für die Versorgung am Lebensende. In: Probst, Stephan (Hrsg.): Die Begleitung Kranker und Sterbender im Judentum. Berlin: Hentrich & Hentrich 2017, S. 227-239.
- Probst, Stephan: Sterbenskranke schonungslos aufklären? Eine Betrachtung aus jüdischer Sicht. In: Abstractband. 10. Bremer Kongress für Palliativmedizin. Bremen 2017, S. 97-99.
- Probst, Stephan: Palliativmedizinische Begleitung jüdischer Patienten und Palliative Care aus jüdischer Sicht. In: Zeitschrift für Palliativmedizin Jg. 20 / 2019, Heft 1, S. 31-38.
- Rosenfield, G.: Germany. In: Schneiderman, H.; Maller, J.B.; Fine, M. (Hrsg.): The American Jewish Year Book 5707 (1946-47). Vol. 48. Philadelphia: The Jewish Publication Society 1946.
- Staszewski, N.: Trauma und Alter – Alter und Trauma? Zu Einblicken in die Praxis psychosozialer Begleitung von Überlebenden der Shoah. In: Probst, Stephan (Hrsg.): Das Antlitz der Alten umschönen. Vom Umgang mit dem Alterwerden und dem Alter im Judentum. Berlin: Hentrich & Hentrich 2019.
- Zentralwohlfahrtsstelle der Juden (ZWST): Mitgliederstatistik der jüdischen Gemeinden und Landesverbände in Deutschland für das Jahr 2018. Frankfurt a. M.: ZWST 2019.
- Zielke-Nadkarni, Andrea: Jüdische Flüchtlinge aus der GUS. Bern: Huber 2005.

Autorenkontakt

Dr. med. Stephan M. Probst

Klinikum Bielefeld

Klinik für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin

Teutoburger Straße 50

33604 Bielefeld

Zitationsvorschlag

Probst, Stephan: Die Verpflichtung zum Leben: Palliativmedizin und Judentum. In: Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen Jg. 3 / 2019, S. 27-33.

FACHARTIKEL

Sterbehilfe im Koran? Ein Kommentar zur Handreichung „Sterbebegleitung und Palliative Care“ des Zentralrats der Muslime in Deutschland

Martin Kellner

Einleitung

Professionelle Handlungspraxis im Gesundheitswesen wird zunehmend durch den Faktor interkultureller und interreligiöser Kompetenzen der beteiligten Akteur:innen bestimmt. Weltanschauliche Pluralität und kulturelle Vielfalt stellen im Bereich der Palliativversorgung eine besondere Herausforderung dar, zumal im Umgang mit Patient:innen in dieser Lebensphase menschliche und soziale Fähigkeiten u. U. mehr als in anderen medizinischen Tätigkeitsfeldern bedeutend sind und gelungener Kommunikation zwischen den Handelnden besondere Bedeutung zukommt. (vgl. Schulz et al. 2014; Ganz et al. 2006, S. 196)

Zudem sind moralisch konfliktbeladene Fragestellungen am Lebensende besonders oft weltanschaulich bzw. religiös konnotiert (vgl. Mazanec; Tyler 2004, S. 56) und ergeben sich nicht nur aus der Logik des medizinisch Gebotenen – auch aus diesem Grund ist fundiertes Wissen über die Diversität von Konzepten zu „richtigem“ Handeln vor oder während des Sterbeprozesses notwendig.

Die Auseinandersetzung mit religiös-kulturellen Spezifika im Umgang mit muslimischen Patient:innen spielt in der Literatur über interkulturelle Kompetenzen im Gesundheitswesen eine besondere Rolle: Religiös geprägte Lebenspraktiken, Ernährungsgebote, Abschieds- und Trauerrituale wie auch spezifische Vorstellungen zum Thema Krankheit und Tod sind Gegenstand zahlreicher Handreichungen, welche den AkteurInnen im Gesundheitssystem den Umgang mit dieser „neuen Klientel“ erleichtern sollen. Die Abhandlungen sind häufig von Pauschalisierung und Essentialisierung gekennzeichnet. (vgl. Laird et al. 2007)

Interreligiöse Kompetenz im Bereich der Palliativmedizin beruht vielfach, aber keinesfalls ausschließlich auf dem Bewusstsein über religiös begründete Handlungsnormen. Oft sind es Fragen bezüglich der Zulässigkeit bestimmter medizinischer Maßnahmen, welche muslimische Patient:innen beschäftigen: „Darf man als Muslim Opiate einnehmen?“ „Muss man sich in allen Fällen medizinisch behandeln lassen?“ „Erlaubt der Islam den Abbruch medizinischer Behandlung?“ „Verbietet das islamische Recht palliative Sedierung?“, etc. (vgl. Ilkilic et al. 2010, S. 52)

In den unterschiedlichen muslimischen Kulturen hat sich dazu eine vielfältige Fatwa-Literatur entwickelt. Diese informiert über Handlungsnormen, informiert indirekt aber auch über medizinethische Konzepte, Leitideen bezüglich Krankheit und Gesundheit, Leben und Tod und über übergeordnete ethische Prinzipien. Es reicht aber nicht aus, diese Texte einfach nur zu rezipieren, sondern sie müssen in ihrem jeweiligen Zusammenhang gelesen werden: Was meint ein

Rechtsgelehrter, wenn er über das generelle Verbot von Sterbehilfe spricht? Welche normativen Fragen werden in einem bestimmten Land gestellt, in dem es beispielsweise keine entwickelte palliativmedizinische Versorgung gibt? Sind die rechtlichen Aussagen zu derartigen Themen überhaupt zwischen unterschiedlichen Lebenswelten konvertierbar?

Zudem muss in der Auseinandersetzung mit normativen Haltungen bei muslimischen Patient:innen individuell differenziert werden: Religionsrechtliche Auskünfte im Bereich des Umgangs mit unheilbaren bzw. terminalen Erkrankungen können die individuelle Entscheidungsfindung in Bezug auf Behandlung und Behandlungsverzicht natürlich beeinflussen. Dies ist aber keineswegs selbstverständlich, und es ist zu erwarten, dass Entscheidungen mitunter nicht nach islamischen Rechtsprinzipien, sondern nach völlig anderen Kriterien getroffen werden.

Individuelle Entscheidungen werden mitunter nicht nach islamischen Rechtsprinzipien getroffen. Die Fatwa macht also – wenn überhaupt – immer nur einen Handlungsaspekt unter mehreren aus.

Die Fatwa macht also – wenn überhaupt – immer nur einen Handlungsaspekt unter mehreren aus. Doch auch, wenn eine Person den Richtlinien des islamischen Rechts Bedeutung zumisst, ist der Prozess derartiger Entscheidungsfindungen oft komplex: Eingebunden sind die erkrankten Menschen selbst, ihre Angehörigen, verschiedene Akteure im Gesundheitssystem (die wissen sollen, mit welchen Entscheidungsmustern zu rechnen ist und welche weltanschauliche Prämissen bestimmten End-of-Life-Decisions eventuell zugrunde liegen) und zuweilen religiöse Autoritäten, die in kritischen Lebenssituationen von Patienten oder deren Familien zu Rate gezogen werden können – von ihnen werden dann gegebenenfalls kompetente Auskünfte zu religiös-ethischen Fragen erhofft. In diesem Bereich ist zu beachten, dass es aufgrund fehlender Hierarchisierung islamischer Rechtsinstitutionen höchst heterogene Auskünfte, Quellen und religiöse Autoritäten gibt, die letzten Endes die Frage „Was sagt der Islam zu...?“ unbeantwortet lassen. (Padela 2007, S. 177)

Ein Beispiel für eine derartige Situation wäre, wenn ein Patient mit religiös ausgerichtetem Weltbild die Aufnahme morphinhaltiger Analgetika verweigert, weil er befürchtet, eine für ihn illegale Substanz einzunehmen und damit einer religiösen Rechtsnorm zuwiderzuhandeln (vgl. Choong 2015, S. 28). Der Grund für die Verwendung derartiger Substanzen verändert aber aus islamrechtlicher Sicht das normative Urteil und macht aus einer an sich verbotenen Substanz unter Umständen ein religionsrechtlich sogar empfohlenes Medikament. Die Aufgabe religiöser Experten liegt nun darin, diese Umstände zu verstehen und die Rechtsnorm in der konkreten Situation zu kontextualisieren. Dies ist deshalb so bedeutend, weil bedingt durch die kasuistische Struktur medizinethischer Texte meist Präzedenzfälle herangezogen werden, anhand derer konkrete neue Fragen in Beziehung auf einen neuen Kontext behandelt werden – dies ist ein Merkmal muslimischer (wie übrigens auch jüdischer Rechtsfindung) und stellt einen wesentlichen Unterschied zum Deduktivismus in ethischen Entscheidungsfindungen dar:

„Vielmehr ist jener Sachverhalt, der in deduktivistischen Argumentationsprozessen am Ende steht, der Ausgangspunkt des Kontextualismus – ‚the case is the base‘. Die Stärke kontextualistischer Zugänge liegt in ihrer Alltagsnähe: Da eine konkrete case der Ausgangspunkt kontextualistischer Denkens ist, kommt der möglichst umfangreichen, präzisen Erfassung der spezifischen Problemkonstellation elementare Bedeutung zu. Eine gewisse Ähnlichkeit zwischen modernen kontextualistischen Ansätzen und jener

Disziplin, die sich als islamische Ethik versteht, liegt sicher in der konkreten Fallbezogenheit: Starke Parallelen bestehen etwa im Hinblick auf die Bezugnahme auf Präzedenzfällen sowie dem Analogieschluss (*Qiyās*) als Methode der Urteilsfindung. Eine weitere Parallele besteht zudem im Fatwa-Wesen, das seinerseits eine historische Verwandtschaft zur Responsa-Praxis innerhalb des Judentums aufweist (was angesichts der Verwandtschaft von Halacha und Scharia nicht überrascht).“ (Mathieu 2016, S. 103)

Die Frage ist nun, was derartige theologische Feinheiten mit der Versorgung in einem Krankenhaus zu tun haben: Ziel derartiger Rücksichtnahmen aus der Sicht des Gesundheitssystems könnte jenes sein, durch das Verstehen religiöser Entscheidungsmuster die Compliance des Patienten zu verbessern und damit den Behandlungsprozess zu optimieren. (Kagawa-Singer; Blackhall 2001, S. 2994)

Aufgrund der Heterogenität innerhalb der muslimischen Rechtsliteratur einerseits und der mangelnden Verfügbarkeit der vorhandenen Gutachten in europäischen Sprachen (die meisten medizinischen Fatwas sind ja immer noch in Arabisch, Türkisch, Urdu und anderen Sprachen verfasst) ist es im deutschen Kontext hilfreich, einen kurzen Überblick über muslimische Positionen zu derartigen Fragestellungen lesen zu können. Eine häufig zitierte Quelle zum Thema „muslimische PatientInnen in der Palliativversorgung“ ist die diesbezügliche Handreichung, welche vom *Zentralrat der Muslime in Deutschland* herausgegeben wurde. Im vorliegenden Beitrag wird dieses Dokument kommentiert, um einige vom ZMD beschriebenen religiösen Spezifika im Umgang mit sterbenden Muslim:innen in einen größeren theologischen Kontext einzubetten und damit die emische Perspektive, die in dem Dokument geboten wird, deutlicher herauszuarbeiten.

Hintergrund des ZMD-Gutachtens

Der Islam ist keine in Deutschland anerkannte Religionsgemeinschaft mit einer einheitlichen körperschaftlichen Vertretung, sondern die rund vier Millionen hier lebenden MuslimInnen sind teilweise in Verbänden organisiert, welche ihrerseits in unterschiedlichem Ausmaß als Ansprechpartner für Politik, Medien, aber auch für muslimische Bürgerinnen selbst wahrgenommen werden.

Die muslimische Haltung zu palliativmedizinischen Interventionen zu klären, gestaltet sich aufgrund der innermuslimischen Vielfalt äußerst komplex.

Im Bereich medizinrelevanter Fragestellungen hat diese institutionelle Situation folgende Konsequenz: Der Versuch, die muslimische Haltung zu palliativmedizinischen Interventionen zu klären, gestaltet sich äußerst komplex. Die sich daraus ergebende Schwierigkeit kann man sich folgendermaßen vorstellen: Entscheidungsträger in einer bestimmten medizinischen Institution wollen beispielsweise Auskunft darüber, auf welche religiösen Normen sie im Umgang mit muslimischen Patient:innen Rücksicht nehmen sollten. In dieser Situation gibt es nun keine zentrale Instanz, an die sie sich wenden können. Es wäre nun denkbar, entweder die Patient:innen selbst, deren Familien, Akteure der lokalen religiösen Institutionen (beispielsweise den Imam der örtlichen Moschee), interkulturelle Ratgeberliteratur oder eben auch muslimische Verbände zu Rate zu ziehen. Angesichts des er-

wartungsgemäß niedrigen Wissenstands bei den befragten Seiten in Hinblick auf komplexe medizinethische Entscheidungsprozesse, aber auch in Anbetracht der enormen innermuslimischen Vielfalt auch innerhalb der islamischen Communities in Deutschland wird sich die Klärung der beschriebenen Frage schwierig gestalten.

Nun hat sich der *Zentralrat der Muslime in Deutschland* (ZMD) schon vor längerer Zeit zum Ziel gesetzt, diesem Problem Abhilfe zu schaffen und stellt auf der Startseite seines Webauftritts (<http://zentralrat.de/>) eine 2013 verfasste Handreichung zu „Sterbehilfe, Sterbebegleitung und Palliative Care“ als PDF-Dokument zur Verfügung (http://islam.de/files/pdf/sterbehilfe_islam_zmd_2013_03.pdf, aufgerufen am 13.3.2021). Dieser 16-seitige Text verdient aus mehreren Gründen nähere Betrachtung:

- Autor dieser Abhandlung, Dr. Zouhair al-Halabi, ist selbst Internist und Onkologe und von daher mit den relevanten medizinischen Fakten bestens vertraut – der Text selbst ist eine Mischung aus medizinischen, ethischen, juristischen, theologischen und islamrechtlichen Positionen zum Thema Sterbehilfe.
- Die Handreichung wird – betrachtet man ihre Präsenz im Internet – anscheinend sehr breit rezipiert (so stand sie beispielsweise im Mittelpunkt einer ZDF-Sendung),¹ ist auch in innermuslimischen Debatten präsent² und findet auch in interreligiös ausgerichteten medizinethischen Diskursen Erwähnung.³
- Sie stellt eine der wenigen deutschsprachigen Stellungnahmen zum Thema Palliativmedizin dar, welche aus einer innermuslimischen Perspektive verfasst und öffentlich zugänglich ist. Obwohl der Duktus dieser Abhandlung fast durchgehend apologetischen Charakter hat, stellt sie eine grundlegende Darstellung der Thematik dar, die als Arbeitsgrundlage in diesem Themenbereich nützlich ist.

Vor der Analyse des Textes ist aber auf die institutionelle Positionierung des Herausgebers einzugehen: Beim ZMD handelt es sich um die mitgliederschwächste Dachorganisation unter den überregionalen Verbänden, die sich jedoch durch professionelle Öffentlichkeitsarbeit und innenpolitisches Engagement auszeichnet – Teil davon sind Stellungnahmen zu gesellschaftlich

¹ <https://www.zdf.de/kultur/forum-am-freitag/handreichung-zur-sterbehilfe-100.html>

² So befasst sich ein Beitrag in der islamischen Zeitung mit dem Gutachten <https://www.islamische-zeitung.de/der-zentralrat-der-muslime-in-deutschland-hat-eine-handreichung-zum-thema-sterbehilfe-und-sterbebegleitung-veroeffentlicht/>, <https://www.iisev.de/wissensportal/artikel/sterbehilfe-bzw-sterbebegleitung-und-palliative-care-aus-islamischer-sicht/>, ein Beitrag auf einer Schweizer Webpräsenz <https://www.islam.ch/sterbehilfe-und-palliative-care-aus-islamischer-sicht-1/>

³ <https://www.sterbehilfe-debatte.de/neues/archiv-2013/03-04-13-zentralrat-der-muslime-in-deutschland-zu-sterbehilfe/>, <https://palliative-care-weiterbildung.blogspot.com/2013/03/zentralrat-der-muslime-stellungnahme-zu.html>, https://www.pallnetz.ch/cm_data/palliative_care_islam_zmd_2013_03.pdf, <https://palliativ-schulung.com/2019/08/06/palliative-care-und-sterbehilfe-aus-islamischer-sicht/>, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/171119/Sterbehilfe-versus-Suizidbeihilfe-Eine-Frage-des-Gewissens>

relevanten Fragen, welche in öffentliche Diskurse eingebracht werden. Im Rahmen der *Deutschen Islamkonferenz* trat der ZMD als einer von vier Mitgliedern des *Koordinierungsrates der Muslime* auf, welcher sich in diesem Kontext als einheitlicher Ansprechpartner in Islamfragen zu konstituieren versuchte. (vgl. Sauer; Halm 2013, S. 389ff.)

Beim Zentralrat der Muslime in Deutschland (ZMD) handelt es sich um die mitgliederschwächste Dachorganisation unter den überregionalen Verbänden, die sich jedoch durch professionelle Öffentlichkeitsarbeit und innenpolitisches Engagement auszeichnet.

Der Anspruch des ZMD, mit einer Handreichung zu Sterbehilfe und Palliativversorgung die muslimische Position zu diesen gesellschaftlich relevanten Fragestellungen zu liefern, kann durchaus aus dem institutionellen und religionspolitischen Anspruch verstanden werden, auch als die Vertretung der deutschen Muslime gegenüber dem Staat zu fungieren. (vgl. Azzaoui 2011, S. 247ff.)

Wenn auch dieser Anspruch durchaus relativiert werden kann, ist der Text aus den genannten Gründen dennoch eine Grundlage zur Auseinandersetzung mit medizinethischen Prämissen zu palliativmedizinischen Fragen innerhalb der islamischen Theologie. Besondere Beachtung verdient dabei auch die Methodik des Gutachtens und die zitierten Quellen – auffällig dabei ist die sehr häufige Verweis auf ethische Grundprinzipien, die im koranischen Text zu finden sind, und die relativ knappe Bezugnahme auf die Fatwa-Literatur und fehlende Erwähnung bestehender offener Fragen, die aber sowohl im medizinischen Alltag als auch in Entscheidungsdilemmata für muslimische Patient:innen immer mehr an Bedeutung gewinnen. Das hier besprochene Gutachten beschränkt sich darauf, große Linien koranischer Prinzipien sowie medizinischer und ethischer Grundlagen miteinander zu verknüpfen und an einigen Stellen mit Entscheidungen eines in Europa angesiedelten Fatwa-Komitees zu ergänzen. Die in diesem Beitrag formulierten Kommentare dienen einer Konkretisierung dieser Bezüge auf islamische Primärquellen und einer weiteren Differenzierung der Materie.

Zur Struktur des ZMD-Gutachtens und der Kommentierung

Ein wesentlicher Teil dieses Textes besteht aus allgemeinen theologischen Betrachtungen, die durchaus sinnvoll sind, um die religiösen Prämissen der besprochenen Rechtsfragen zu verdeutlichen. Auf diese wird in diesem Kommentar nur an wenigen Stellen eingegangen. Einen weiteren wesentlichen Teil des ZMD-Gutachtens machen Systematisierungen zum Thema Sterbehilfe aus, die in diesem Beitrag nur kurz zusammengefasst und nicht weiter kommentiert werden. Hauptgegenstand der hier vorgenommenen Kontextualisierung sind die normativen Aussagen zu Einzelfragen medizinischer Eingriffe am Ende des Lebens. Der Originaltext des Gutachtens ist kursiv gedruckt, während der Kommentar in Normalschrift gehalten ist.

Kommentiertes Gutachten

Sterbehilfe bzw. Sterbebegleitung und Palliative Care aus islamischer Sicht – Eine Handreichung des Zentralrates der Muslime in Deutschland (ZMD)

Als Einleitung in die Thematik versucht der Autor die Grundlagen des islamischen Gottes- und Menschenbildes darzulegen, um darauf aufbauend das theologische Verständnis von Krankheit, Sterben und Tod im Islam zu verdeutlichen:

Gott (Allah im Quran) hat das Universum und den Menschen erschaffen. Er hat den Menschen als vollkommenes Bild gestaltet und gewürdigt. „Wir haben den Menschen ja in schönster Gestaltung erschaffen.“ (Quran, Sure 95, Vers 4) „und Wir haben ja die Kinder Adams geehrt...“ (Sure 17, Vers 70) (1)

Allah hat dem Menschen das Leben als Leihgabe und die Gesundheit als Geschenk und anvertrautes Gut gegeben. So muss der Mensch sein Leben und seine Gesundheit pflegen und bewahren. Obwohl jeder Muslim daran fest glaubt, dass jeder sterben muss und der Sterbeprozess Bestandteil des Lebens ist, muss er sein Leben und das Leben der anderen ernsthaft schützen. „Jede Seele wird den Tod kosten. Und erst am Tag der Auferstehung wird euch euer Lohn im vollen Maß zukommen.“ (Sure 3; Vers 185) „(Er, Allah) der den Tod und das Leben erschaffen hat, damit Er euch prüfe, wer von euch die besten Taten begehrt. Und er ist der Allmächtige Allvergebende.“ (Sure 67; Vers 2).

Die hier ausgeführten theologischen Betrachtungen sind deshalb bedeutend, weil die Vorstellungen über ein Leben nach dem Tod und der individuellen Verantwortung im Umgang mit dem eigenen Körper einen wesentlichen Rahmen darstellen, in dem man ethische Positionen zu Entscheidungen am Ende des Lebens verstehen muss. Das Leben wird hier als ein Kontinuum betrachtet, welches durch den physischen Tod transformiert, nicht aber beendet wird. Das Konzept der religiösen Verantwortung dem eigenen Körper gegenüber spielt in unterschiedlichen medizinethischen Themenfeldern –beispielsweise bezüglich der Zulässigkeit von Organspenden– eine wesentliche Rolle (vgl. Kellner 2010, S. 171f.)

Der Mensch darf sein Leben nicht gefährden „... und stürzt euch nicht mit eigener Hand ins Verderben“ (Sure 2, Vers 195) und darf auch sich oder andere Menschen nicht töten. „... Und tötet euch nicht selbst (gegenseitig). Allah ist gewiss Barmherzig gegen euch.“ (Sure 4, Vers 29) (...)

Die hier angesprochene Thematik des Suizids ist in Hinblick auf die Frage der Zulässigkeit direkter aktiver Sterbehilfe von besonderer Bedeutung. Die Polysemantik, die hier in der Übersetzung des Koranverses angedeutet wird („Tötet euch nicht selbst“ vs. „Tötet euch nicht gegenseitig“) ist so zu verstehen, dass der arabische Ausdruck „lā taqtulū ’anfusakum“ sowohl reflexiv als auch reziprok verstanden werden kann und daher unterschiedlich beurteilt wird, ob aus dem Koran tatsächlich ein Suizidverbot abgeleitet werden kann. In den meisten Rechtsgutachten gelten aber die diesbezüglichen außerkoranischen Überlieferungen (Hadithe) als ausreichender Beleg für das religiöse Selbsttötungsverbot im Islam. (vgl. Rosenthal 1946, S. 243)

Aus dem Koran und den außerkoranischen Überlieferungen (Hadithe) kann ein Suizidverbot abgeleitet werden.

Im Gegensatz zum relativ einhellig akzeptierten Suizidverbot gilt aber der Wunsch nach dem Ende des Lebens und sogar die an Gott gerichtete Bitte um den Tod als religiös akzeptabel, wie dies in einem Hadith zum Ausdruck kommt, der im ṣaḥīḥ-Werk des Imām al-Bukhārī zum Ausdruck kommt: „O Gott, schenke mir Leben, solange das Leben gut für mich ist, und schenke mir den Tod, wenn der Tod für mich besser ist.“ („Allahumma ’ahyīnī mā kānat al-ḥayātu ḥayran lī wa-tawaffanī mā kānat al-wafātu ḥayran lī.“ al-Buḥārī, Hadith Nummer 5347). Der Wunsch nach dem Tod wird hier also als eine religiös legitime Emotion betrachtet.

Im nächsten Teil des ZMD-Gutachtens verweist der Autor auf die allgemein positive Haltung gegenüber medizinischer Intervention in der muslimischen Traditionsliteratur:

Der Mensch muss auch (ebenfalls) seine Gesundheit pflegen und bewahren, und wenn er krank wird, muss er die mögliche und die erforderliche Behandlung suchen, soweit ihm eine mögliche kurative Therapie zur Verfügung steht. Der Prophet Muhammad appellierte an die Menschen: „Oh Allahs Diener, sucht ihr die Behandlung, denn Gott hat für jedes Leiden, außer der Altersschwäche, ein Heilmittel geschaffen, ob das entdeckt wird oder nicht.“ Er darf seine eigene Gesundheit oder die der anderen nicht gefährden. Trotzdem kann eine Krankheit die Folge einer klaren oder unklaren Ursache sein.

Der letzte Satz ist nicht verständlich und müsste vom Autor des Gutachtens erklärt werden.⁴

Al Gazzali schrieb in seinem Schlagwerk: „die wahre Liebe und Vertrauen des Menschen an Gott stellen sich mit seiner Dankbarkeit und Geduld dar. Er dankt Gott für seine unzähligen reichen Wohltaten, u.a. das Leben und die Gesundheit. Er bleibt aber auch geduldig und standhaft, wenn er unter einem schweren Schicksal und bitteren Leiden, was der Fall ist bei einer schweren unheilbaren Krankheit, leidet.

Durch den Glauben an die Vorhersehung Gottes kann ein Muslim die Frage nach dem Sinn des Leidens, dem Tod und einer schweren Krankheit verstehen, deren Ursprung und Wege zur Überwindung einen Zusammenhang haben. Eine Krankheit kann sowohl Folge einer klaren oder unklaren Ursache sein. Ein Muslim kann seine Leiden und die schwere Erkrankung einerseits als eine von Gott auferlegte Prüfung ansehen, dies verlangt von ihm zur Bewältigung Geduld und Beharrlichkeit. Er kann aber auch das Leiden als Strafe (oder Mahnung) für seine Sünden verstehen, dies verlangt von ihm die Hinwendung zu Gott durch Umkehr und Buße.

Schon vor vielen Jahren haben muslimische Gelehrte und später einige islamische Gutachterräte entschieden, dass der Patient im Rahmen seines Selbstbestimmungsrechts bei einer unheilbaren schweren und tödlichen Krankheit mitentscheiden darf, ob er eine palliative Therapiemaßnahme in Anspruch nehmen möchte.

Aufgrund dieses rechtsschulischen islamischen Hintergrunds hat der Muslim bei schweren, fortgeschrittenen unheilbaren Krankheiten z. B. Krebs, AIDS oder Demenz eine direkte aktive Sterbehilfe (die Euthanasie) abzulehnen und die Wahl, eine mögliche Schmerzbehandlung (nicht kurative Therapie) anzunehmen oder zu unterlassen. Darüber hinaus kann er sich für andere Maßnahme zur Linderung seiner Beschwerden und Symptome die sog. „Palliative Medizin und Palliative Care“ entscheiden.

⁴ Der Text des Gutachtens wurde für diesen Beitrag im Original übernommen und die teilweise zahlreichen syntaktischen Fehler nicht korrigiert bzw. weiter kommentiert. Am Rande sei hier auf ein strukturelles Problem muslimischer Verbandsarbeit hingewiesen: Ein Mediziner, der als Nichtmuttersprachler einen derartigen Text verfasst, tut dies normalerweise ehrenamtlich; meistens stehen den Verbänden aus finanziellen Gründen auch keine qualifizierten Organisationsstrukturen zur Verfügung, durch die derartige Arbeiten auf höherem Professionalisierungsniveau durchgeführt werden könnten.

*In diesem Zusammenhang kann man die islamische Stellung zur Sterbehilfe erklären:
(...)*

Unter der Überschrift „Definition und Diskussion über die Sterbehilfe“ werden nun allgemeine Informationen zu den Themen Sterbehilfe, Euthanasie, juristische Regelungen in Deutschland, Österreich, Schweiz und Niederlanden, Unterscheidungen zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe, Stellungnahmen medizinischer Standesvertretungen zu diesem Thema, Sterbebegleitung und Palliativmedizin gegeben. Dies wird auf mehreren Seiten zwar im Detail, vom Niveau her aber einführend dargestellt, was verdeutlicht, dass das Gutachten des ZMD an eine breite Leserschaft gerichtet ist. Im folgenden Abschnitt wird der eigentliche inhaltliche Schwerpunkt thematisiert, der aber schon zuvor in einzelnen Punkten angesprochen wurde:

Islamischer Standpunkt zur Sterbehilfe

Anhand der bisherigen dargestellten Grundlagen des islamischen Glaubens bezüglich Leben und Tod und unter Berücksichtigung der vielen Stellungnahmen von renommierten Gelehrten und anerkannten Gutachten der islamischen Fatwa Gremien der verschiedenen muslimischen Rechtsschulen (Sunniten und Schiiten), insbesondere die Entscheidung (Fatwa) des Islamischen Europäischen Rats für Fatwa und Wissenschaft in Dublin⁵ in seiner 11. Versammlung am 01. – 07. Juli 2003 in Stockholm, Schweden Nr. 11/3 (18); und in Übereinstimmung mit vielen Punkten mit den Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung der Bundesärztekammer sowie mit dem der katholischen und evangelischen Kirchen und der jüdischen Gemeinde kommen wir im Zentralrat der Muslime in Deutschland - ZMD – zu folgender Stellungnahme:

- Eine direkte aktive Sterbehilfe für den unheilbaren Schwerstkranken, sowohl für die selbst bestimmenden Sterbenden als auch auf Verlangen des Dritten; Ärzte oder Angehörige („Tötung auf Wunsch“) wird abgelehnt.

- Auch die Selbsttötung und die ärztliche Beihilfe zum Suizid werden abgelehnt. Wir begrüßen die Aussage von Frau Dr. Martina Wenker, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer (BÄK), die jede Form der organisierten Sterbehilfe nicht stattgeben will (in der «Neuen Presse» vom 04.06.2012). Bei schwerst-unheilbarer Krankheit und bei schweren unerträglichen Symptomen (Schmerzen, Verwirrtheit, etc.) darf die Ärzteschaft die entsprechenden Arzneimittel wie Opioide und Sedierungsmittel, auch in hoher Dosierung zur Linderung der Beschwerden ansetzen. Dabei darf auch eine mögliche Beschleunigung des Todeseintritts als Nebenwirkung in Kauf genommen werden. Diese Praxis kann nicht als bewusste indirekte aktive Sterbehilfe betrachtet werden und der Arzt muss straffrei bleiben.

- Aus islamischer Sicht sehen wir keine Einwände für den Einsatz von Sedierungs- und Schmerzmitteln (Opioide Derivate), auch in hoher Dosierung, wenn es bei diesem schwerstkranken Menschen erforderlich wird.

⁵ Zu diesem Gremium siehe: Karman 2011.

Der Einsatz von sedierenden Medikamenten in der Bekämpfung starker Schmerzen ist im islamischen Recht also erlaubt bzw. erwünscht. Problematisch ist aber der Wirkungsradius derartiger Aussagen: Darf beispielsweise mit dem Einsatz von Analgetika auch Atemdepression und damit unter Umständen ein früherer Todeseintritt in Kauf genommen werden?

Der Einsatz von sedierenden Medikamenten zur Schmerzbekämpfung ist im islamischen Recht erlaubt, aber der Wirkungsradius solcher Aussagen bleibt unklar.

Derartige im klinischen Alltag hochrelevante Fragen sind in der muslimischen medizinethischen Literatur bisher nicht ausreichend behandelt, was vermutlich mit der mangelnden schmerzmedikamentösen Versorgung in weiten Teilen der islamischen Welt zu tun hat. (vgl. Silbermann 2012) Die derzeit verfügbare Literatur im Bereich der Palliativmedizin (und das vorliegende Gutachten ist nur ein Beispiel dafür) ist noch sehr auf die Formulierung allgemeiner ethischer Richtlinien zentriert und bietet zu wenig praktische Hinweise im Bereich der Palliativ- und Hospizbetreuung.

Unter dem Titel „Das Recht, mit Würde zu sterben“, übersetzt in einem Sammelband zu moderner islamischer Medizinethik von Thomas Eich, schreibt der amerikanische Medizinethiker Abdelaziz Sacheddina:

„Es gibt jedoch zwei Situationen in der Behandlung, die als ‚passive‘ Sterbehilfe für einen unheilbar kranken Patienten interpretiert werden können: schmerzlindernde Maßnahmen, die das Leben verkürzen können, aber angeordnet werden, um physischen Schmerz und psychologisches Drangsal zu lindern und nicht um zu töten, sind im islamischen Recht schlicht deswegen erlaubt, weil das Motiv als eine ausreichende Rechtfertigung angesehen wird.“ (Eich 2008, S. 155f.)

Doch auch diese Aussage gibt keine Auskunft darüber, ob das Ziel in diesem Zusammenhang tatsächlich jeden Zweck heiligen würde: Im Sinne der optimalen Schmerzlinderung könnte man ja (wenn man keine weiteren Bedingungen definiert) eine so hohe Dosis an Opiaten verabreichen, die mit völliger Sicherheit tödlich wirkt, ohne dass dies dann unter den Begriff aktiver direkter Sterbehilfe fallen würde. Eine schlüssige Formulierung der Grenzen analgetischer Behandlung bleiben die meisten Rechtsgutachten in diesem Zusammenhang schuldig. Wesentlich ist aber, dass die Intention der jeweiligen therapeutischen Maßnahme eine wesentliche Rolle spielt – ob man nämlich Linderung von Schmerzen oder die Beschleunigung des Sterbeprozesses beabsichtigt. Da diese Intention aber in vielen Fällen nicht überprüfbar ist, beschränkt sich das Verbot der intendierten aktiven Sterbehilfe in manchen Fällen auf die reine religiös-moralische Verantwortung ohne „diesseitige“ juristisch definierbare Konsequenzen.

Eine ebenfalls praktische Frage, welche zunehmend an Bedeutung gewinnt, ist die der religionsrechtlichen Zulässigkeit palliativer Sedierung, bei der ja im religiös normativen Sinne das legitime Ziel der Leidensreduktion mit beabsichtigten Bewusstseinsverlust und dem Verzicht auf die Ausübung bestimmter religiöser Pflichten konkurrieren: Palliative Sedierung (*Continuous Deep Sedation*, CDS) ist ein noch ungeklärtes Thema islamischer Medizinethik:

„The absence of scientific studies within the Islamic context and a lack of examination of practice norms and the normative view of CDS from the Islamic perspective have

rendered the definition of CDS more difficult in the field of palliative ethics. Addressing ethical dilemmas and religious and cultural boundaries requires collaboration between palliative care specialists, bioethicists, clinical pharmacists, and institutional jurists to affirm and expound any ambiguity in the definition and the practice of continuous deep sedation.“ (Al-Nomay; Alfayyad 2015, S. 87)

Im nächsten Absatz wird im ZMD-Gutachten die Frage der Reduktion therapeutischer Maßnahmen am Lebensende angesprochen:

- Bei den Schwerstkranken und unheilbaren Menschen ist es statthaft, das Angebot vom Unterlassen oder Reduktion der Behandlungsmaßnahmen in Anspruch nehmen (sog. passive Sterbehilfe oder besser: „Sterbenlassen“).

Diese Aussage lässt sich theologisch folgendermaßen kontextualisieren: In der islamischen Literatur finden sich sehr vielfältige Antworten auf die Frage, ob man aus religiöser Sicht verpflichtet ist, sich im Falle einer Krankheit medizinisch behandeln zu lassen. In verschiedenen Texten wurde diese Frage im Laufe der islamischen Geschichte in höchst widersprüchlicher Weise beantwortet: Es gibt Rechtsmeinungen, welche das Inanspruchnahme medizinischer Angebote für verpflichtend (*wāğib*) oder empfohlen (*mustahabb*), andere für erlaubt (*mubāh*), manche sogar für verpönt (*makrūh*) oder verboten (*harām*) halten. Der zeitgenössische Mediziner al-Nasīmī erklärt – aufbauend auf einem Rechtsgutachten von Ibn Taymīya – diese Meinungsdiversität folgendermaßen (vgl. Kellner 2010, S. 118):

„Der rechtliche Status einer Behandlung kann nur anhand der konkreten Situation geklärt werden:

- 1) Wenn eine Erkrankung das Leben oder den Körper des Menschen unmittelbar bedroht und eine erfolgsversprechende Behandlung der Krankheit möglich ist, so sei eine entsprechende Behandlung im islamischen Recht verpflichtend (als Beispiel könnte man hier die akute Appendizitis anführen – die chirurgische Intervention behebt das Leiden mit größter Wahrscheinlichkeit und eine Nichtbehandlung bedeutet die Gefährdung des Lebens für diesen Patienten).
- 2) Wenn man durch die Symptomatik einer Krankheit stark eingeschränkt ist und sich diese beispielsweise medikamentös mit großer Wahrscheinlichkeit behandeln lässt, so ist es empfohlen, dies auch zu tun (Beispiel wäre hier starker Kopfschmerz, der die betroffene Person einschränkt und der durch Medikamente zu lindern ist).
- 3) Wenn aber eine Behandlungsmöglichkeit zur Verfügung steht, deren therapeutischer Nutzen nicht gesichert, aber auch nicht unwahrscheinlich ist, so ist diese Behandlung schlichtweg erlaubt (*mubāh*) – dies trifft auf viele Fälle in der medizinischen Intervention bei schweren Krankheiten zum Beispiel in der Onkologie zu. Ein Verzicht auf Behandlung wäre aus islamrechtlicher Sicht hier erlaubt. In Hinblick auf die oft beschriebene Neigung muslimischer PatientInnen und Angehörigen zu maximaler Behandlung ist diese Aussage höchst bedeutend.“

Häufig zeigt sich hier ein Widerspruch zwischen rechtlich-normativen Grundsätzen und kulturell geprägten Mentalitäten, die mehr mit überzogenen Erwartungshaltungen an die Medizin zutun haben als mit religiösen Traditionen.

Im nächsten Punkt der ZMD-Stellungnahme wird auf eine besondere Form des Behandlungsverzichts eingegangen:

Nach Feststellung des Hirn- und/ oder Hirnstammtodes (siehe dazu auch Anlage. Wir gehen bei medizinischer Feststellung von Hirntod auch islamisch von Tod des Patienten aus. Es gibt theologisch dazu auch abweichende Meinungen, der wir hier nicht weiteren Raum beimessen) dürfen die medizinischen Hilfsgeräte z.B. Beatmungsgerät oder externer Schrittmacher eingestellt werden. Hiermit handelt es sich nicht als beabsichtigte direkte aktive Sterbehilfe, sondern als Unterlassen einer eher nicht mehr behilflichen Behandlungsmaßnahme.

Das Hirntodkriterium im Kontext der Organspende wird in der islamischen Rechtsliteratur noch immer kontrovers diskutiert.

Es wird in den verfügbaren islamischen Rechtsgutachten tatsächlich dargelegt, dass alle Arten intensivtherapeutischer Maßnahmen nach Feststellung des Hirntodes eingestellt werden dürfen. Die Feststellung des Todes und die damit einhergehende Organexplantation zu Spenderzwecken anhand des Hirntodkriteriums wird aber in der islamischen Rechtsliteratur noch immer kontrovers diskutiert. (vgl. Kellner 2016, S. 205ff.)

Im zweiten Teil der Stellungnahme des ZMD wird dann auf die „weicheren“ Fragen von religiös sensibler Palliativbetreuung eingegangen, die aus rechtlicher Perspektive nicht weiter problematisch sind:

- Die Sterbebegleitung und die damit zusammenhängenden Rituale ist eine vorgeschriebene Pflicht in Übereinstimmung mit allen Muslimen. Allgemein wird die Sterbebegleitung v.a. in der Familie in verschiedenen Hinsichten, also psychosozial und religiös durchgeführt. Es gilt als selbstverständliche Pflicht und als gutes Werk, einen Sterbenden in den letzten Tagen und Stunden nicht allein zu lassen.

Wir sehen in der Sterbebegleitung und der Palliativmedizin mit Palliativ Care eine gute und menschliche Alternative zur direkten aktiven Sterbehilfe, die in vielen Hinsichten mit dem Sinn und Geist von Leben und Tod im Islam vereinbart werden kann. Wir fordern und begrüßen deswegen die Weiterentwicklung und flächendeckende Anwendung der Palliativmedizin und Palliative Care.

- Jeder Mensch hat das Recht, die Gestaltung seines letzten Lebensabschnitts zu bestimmen („Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung“), aber immer im Rahmen der gültigen Gesetze und nach seiner religiösen Überzeugung.

- Jeder Mensch, insbesondere in der schwierigen Situation wie die beim Sterben, hat Anspruch auf gute Seelsorge und gute Betreuung: „Keiner soll sterben, ohne eine gute Hoffnung auf Gott zu haben, dass er sich seiner erbarmt und ihm vergibt“ (Ausspruch

des Propheten Muhammad). Dazu gehören u. a. menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.

7. Schlusswort

Obwohl jeder Muslim daran fest glaubt, dass jeder sterben muss und der Sterbeprozess Bestandteil des Lebens ist, muss er sein Leben ernsthaft schützen. Er muss auch seine Gesundheit pflegen und bewahren, und wenn er krank wird, muss er die mögliche und die erforderliche Behandlung suchen, soweit ihm eine mögliche kurative Therapie zur Verfügung steht. Bei schwerem Schicksal und bitterem Leiden wie eine schwere unheilbare Krankheit, sollte er standhaft und geduldig bleiben und sein Vertrauen und seine Dankbarkeit Gott gegenüber beibehalten. Er darf gleichzeitig eine mögliche Behandlung, die nicht zur Heilung führt, unterlassen und eine andere Maßnahme zur Linderung seiner Beschwerden und Symptome die sog. „Palliative Medizin und Palliative Care“ in Anspruch nehmen. Alle Gelehrten und anerkannten Gutachten der islamischen Fatwa Gremien der verschiedenen muslimischen Rechtsschulen (Sunniten und Schiiten) lehnen die aktive direkte oder indirekte Sterbehilfe sowie die Selbsttötung und die ärztliche Beihilfe zum Suizid strikt ab.

Wir sehen im ZMD in der Sterbebegleitung und der Palliativmedizin mit Palliative Care eine gute und menschliche Alternative zur direkten aktiven Sterbehilfe; eine Alternative, die in vielen Hinsichten mit Sinn und Geist von Leben und Tod im Islam vereinbart werden kann. Wir fordern und begrüßen deswegen die Weiterentwicklung und flächendeckende Verbreitung der Palliativmedizin und Palliative Care.

Köln, 19.03.2013 (...)

Abgeschlossen wird der Text mit Autorenhinweisen, Namen der Mitwirkenden und Quellenangaben.

Auffallend ist dabei, dass einige wenige Primärquellen (also Texte aus dem Koran sowie einige Hadithe) angegeben werden, und ansonsten hauptsächlich verschiedene Schriften zur Sterbehilfe aus medizinischen und medizinrechtlichen Perspektiven zitiert werden. In Hinblick auf die islamische Rechtsliteratur dient lediglich die Stellungnahme des Fatwa-Rats in Dublin als ausgewiesene Quelle.

Schließlich folgen im Text noch einige Anlagen und ein separates Gutachten zum Thema Hirntod, der ja schon zuvor erwähnt wurde.

Fazit und Ausblick

Das Gutachten des ZMD ist als ein sinnvoller Versuch zu sehen, der Öffentlichkeit die umstrittene Thematik Sterbehilfe aus islamischer Perspektive zugänglich zu machen. Dass diese Aufgabe ein fachkundiger Palliativmediziner auf sich genommen hat, ist besonders positiv zu erwähnen. Jedoch werden in dem Text komplexere Entscheidungsdilemmata nicht erwähnt und

offene Fragen im Kontext von Palliativversorgung muslimischer PatientInnen nicht behandelt. Zudem fehlen Betrachtungen zur innerislamischen Heterogenität bezüglich dieser Themen – die normative Diskussion wird auf das diesbezügliche Rechtsgutachten des Dubliner Fatwa-Rates reduziert.

In diesem Sinne bietet der Text des ZMD eine sinnvolle erste Orientierung, die auch für den medizinischen Alltag hierzulande hilfreich sein kann. Im vorliegenden Beitrag wurde versucht, einen weiteren Schritt in Richtung Formulierung muslimischer Positionen zu diesem Thema zu gehen. Es bleibt zu hoffen, dass dem weitere Schritte der Verdeutlichung innerislamischer Standpunkte zur Medizinethik folgen.

Literatur

- Al-Bar, Muhammad Ali; Chamsi-Pasha, Hassan: *Contemporary Bioethics: Islamic Perspective*. Heidelberg [u.a.]: Springer 2015.
- Al-Nomay, Nora; Alfayyad, Issame: Review of the Legal Maxims of Islamic Law on Palliative Sedation: Concerns of the Arabic Bioethicists. In: *Journal of Public Health in Developing Countries* Jg. 1 / 2015, Heft 2, S. 83-88.
- Azzaoui, Mounir: Muslimische Gemeinschaften in Deutschland zwischen Religionspolitik und Religionsverfassungsrecht – Schief lagen und Perspektiven. In: Meyer, Hendrik; Schubert, Klaus (Hrsg.): *Politik und Islam*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2011, S. 247-276.
- al-Buḥārī, Abū ‘ Abdillāh Muḥammad b. Ismā‘īl b. Ibrāhīm b. al-Muḡīra: *Al-ḡāmi‘ al-musnad aṣ-ṣaḥīḥ al-muḥtaṣar min ‘umūr rasūlillāh wa sunanih wa ‘ayyāmih*. Damaskus: Dār Ibn Kaṭīr 2002.
- Choong, Kartina: Islam and palliative care. In: *Global Bioethics* Jg. 26 / 2015, Heft 1, S. 28-42. URL: <https://doi.org/10.1080/11287462.2015.1008752> - Download vom 23.2.2021.
- Eich, Thomas: *Moderne Medizin und islamische Ethik*. Biowissenschaften in der muslimischen Rechtstradition. Freiburg i.Br.: Herder 2008.
- Ganz, Freda; Benbenishty, J.; Hersch, M.; Fischer, A.; Gurman, G.; Sprung, C. L.: The impact of regional culture on intensive care end of life decision making: an Israeli perspective from the ETHI-CUS study. In: *Journal of Medical Ethics* Jg. 32 / 2006, Heft 4, S. 196-199. URL: <https://doi.org/10.1136/jme.2005.012542> - Download vom 18. 11.2020.
- Ilkılıc, İlhan; Spielberger, Jan; Weber, Martin: Kommentar I zum Fall: „Palliativmedizin im interkulturellen Kontext“. In: *Ethik in der Medizin* Jg. 22 / 2010, S. 51-53. URL: <https://doi.org/10.1007/s00481-009-0050-7> - Download vom 23.1.2021.
- Kagawa-Singer, Marjorie; Blackhall, Leslie: Negotiating Cross-Cultural Issues at the End of Life: „You Got to Go Where He Lives“. In: *JAMA* Jg. 286 / 2001, Heft 23, S. 2993-3003. URL: <https://doi.org/10.1001/jama.286.23.2993> - Download vom 31. 7.2020.
- Karman, Karen-Lise Johansen: Interpreting Islamic Law for European Muslims: The Role and the Work of the European Council for Fatwa and Research. In: Nielsen, Jørgen S.; Akgönül, Samim; Alibašić, Ahmet; Goddard, Hugh; Maréchal, Brigitte (Hrsg.): *Yearbook of Muslims in Europe*, Volume 3. Leiden: Brill 2011, S. 655-693.
- Kellner, Martin: *Islamische Rechtsmeinungen zu medizinischen Eingriffen an den Grenzen des Lebens: ein Beitrag zur kulturübergreifenden Bioethik*. Würzburg: Ergon 2010.
- Kellner, Martin: Theologische, normative und naturwissenschaftliche Argumente zur Hirntod-Debatte im sunnitisch-islamischen Recht. In: *Hikma* Jg. 2 / 2016, Heft 7, S. 205-213.
- Laird, Lance Daniel; De Marrais, Justine; Barnes, Linda L.: Portraying Islam and Muslims in MEDLINE: A content analysis. In: *Social Science & Medicine* Jg. 65 / 2007, Heft 12, S. 2425-2439. URL: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.07.029> - Download vom 1.3.2020.
- Mathieu, Richard: Möglichkeiten und Grenzen interreligiöser Bioethik. Diskursethische Überlegungen zum christlich-islamischen Dialog. In: *CIBEDO-Beiträge* 2016, Heft 3, S. 102-107. URL:

https://anawati.de/export/sites/anawati/.content/galleries/downloads/Mathieu_Moeglichkeiten_und_Grenzen_interreligioeser_Bioethik.pdf - Download vom 28.1.2021.

- Mazanec, Polly; Tyler, Mary Kay: Cultural Considerations in End-of-Life Care: How Ethnicity, Age, and Spirituality Affect Decisions When Death Is Imminent. In: Home Healthcare Now Jg. 22 / 2004, Heft 5, S. 317-324. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12626940/> - Download vom 19.9.2020.
- Padela, Asim: Islamic Medical Ethics: A Primer. In: Bioethics Jg. 21 / 2007, Heft 3, S. 169-178. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2007.00540.x> - Download vom 23.2.2021.
- Rosenthal, Franz: On Suicide in Islam. In: Journal of the American Oriental Society Jg. 66 / 1946, Heft 3, S. 239-259.
- Sauer, Martina; Halm, Dirk: Angebote der islamischen Gemeinden in Deutschland – Der integrative Beitrag des organisierten Islams. In: Spellen, Klaus (Hrsg.): Gehört der Islam zu Deutschland? Fakten und Analysen zu einem Meinungsstreit. Düsseldorf: düsseldorf university press 2013, S. 389-418.
- Schulz, Christian; Schnell, Martin W.; Möller, Mischa; Hirsmüller, Susanne: Kommunikation in der Palliativmedizin. In: Schnell, Martin W.; Schulz, Christian (Hrsg.): Basiswissen Palliativmedizin. Berlin [u.a.]: Springer 2014, S. 152-199. URL: https://doi.org/10.1007/978-3-642-38690-9_7 - Download vom 14.2.2021.
- Silbermann, Michael: Availability of Pain Medication for Patients in the Middle East: Status of the Problem and the Role of the Middle East Cancer Consortium (MECC): Implications for other Regions. In: Journal of Palliative Care & Medicine Jg. 2 / 2012, Heft 6, S. 1-3. URL: <https://doi.org/10.4172/2165-7386.1000e118> - Download vom 30.11.2020.

Autorenkontakt

Dr. Martin Kellner
Institut für Islamische Theologie
Universität Osnabrück
Kamp 46/47
49074 Osnabrück
Telefon: +49(0)541-969-6252
E-Mail: martin.kellner@uni-osnabrueck.de

Zitationsvorschlag

Kellner, Martin: Sterbehilfe im Koran? Ein Kommentar zur Handreichung „Sterbebegleitung und Palliative Care“ des Zentralrats der Muslime in Deutschland. In: Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen Jg. 3 / 2019, S. 34-48.

HANDREICHUNG

Einführung zur Handreichung „Was macht erfolgreiche interkulturelle Öffnung der Hospiz- und Palliativversorgung aus?“

Christian Banse

Auf den folgenden Seiten werden Ergebnisse einer Befragung von Hospiz- und Palliativversorgern sowie Expert:innen und Handlungsempfehlungen für die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund präsentiert. Diese Studie macht auf ein Problem aufmerksam, das wir seit mehreren Jahren in der *Klinik für Palliativmedizin Göttingen* in Forschungsprojekten untersuchen: Das Angebot der Hospiz- und Palliativversorgung wird nicht von allen Patient:innen und besonders nicht von Menschen mit Migrationshintergrund in dem Umfang genutzt, wie etwa von dem Anteil der Gruppe an der Gesamtbevölkerung zu erwarten war.

Wir haben uns gefragt, woran das liegt und wie die Situation verbessert werden könnte. Nach dieser ersten deskriptiv-statistischen Erhebung unter medizinisch Versorgenden in Niedersachsen wurden in einer qualitativen Untersuchung nicht nur das Personal, sondern vor allem die

Es sind umfassende Veränderungen in der Hospiz- und Palliativversorgung auf allen Ebenen notwendig, um das Ziel einer Versorgung von allen Gruppen zu erreichen.

Patient:innen mit Migrationshintergrund selbst sowie Angehörige interviewt. Festgestellt wurde bei der Auswertung der biographisch-narrativen Interviews, dass für die Patient:innen Befürchtungen vor Diskriminierungen, traumatische Fluchterlebnisse und ein anderes Verständnis der Versorgung am Lebensende als wichtige Einflussfaktoren für die Nutzung des Angebots im Vordergrund standen. Bei den qualitativen Interviews mit dem medizinischen Personal ließ sich eine große Unsicherheit feststellen, wenn es um den Umgang mit Patient:innen mit Migrationshintergrund ging, was zum Teil an Sprachproblemen, aber auch daran lag, dass den Patient:innen eine andere Kultur zugeschrieben wurde. In dem

Zusammenhang wurden auch von den Versorgenden wahrgenommene ‚kulturelle Grenzen‘ betont. Die Ergebnisse dieser Studie werden zurzeit in medizinischen Fachjournals veröffentlicht.

Schließlich haben wir in einem Projekt mit dem *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* (BMFSFJ) eine Handreichung erstellt, in der wir durch Fokusgruppen mit Teilnehmenden aus der hospizlichen und palliativen Versorgung Faktoren bestimmt haben, die einer Öffnung der Versorgungsstrukturen für Menschen mit Migrationshintergrund dienen könnten. Zentral wurde die Kategorie ‚Offenheit‘ bestimmt. Sie macht deutlich, dass umfassende Veränderungen in der Hospiz- und Palliativversorgung auf allen Ebenen von der politischen, institutionellen bis zur persönlichen notwendig sind, um das Ziel einer Versorgung von allen Gruppen zu erreichen.

Autorenkontakt

Christian Banse
Humboldtallee 3
37073 Göttingen
Telefon: 0551/39-2380
E-Mail: christbans@web.de

Zitationsvorschlag

Banse, Christian: Einführung zur Handreichung „Was macht erfolgreiche interkulturelle Öffnung der Hospiz- und Palliativversorgung aus?“. In: Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen Jg. 3 / 2019, S. 49-50.



Franziska Schade, Christian Banse, Nicola Rieder, Friedemann Nauck

Was macht erfolgreiche interkulturelle Öffnung der Hospiz- und Palliativversorgung aus?

Handreichung zu den Faktoren einer besseren interkulturellen Hospiz- und Palliativversorgung - Ergebnisse eines qualitativen Forschungsprojekts

Stand: Dezember 2019

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Geleitwort der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin	9
1. Einleitung: Wie kann interkulturelle Öffnung erreicht werden?	13
1.1. An wen richtet sich die Handreichung?	13
1.2. Warum schreiben wir diese Handreichung? Wie sind wir zu diesem Thema – der interkulturellen Öffnung – gekommen?	13
1.3. Was genau haben wir in diesem Projekt untersucht?	15
1.4. Interkulturalität	15
1.5. Wie sind wir wissenschaftlich-methodisch vorgegangen?	16
1.6. Welche zentralen Ergebnisse gibt es?	17
1.7. Wohin führen die Ergebnisse der Handreichung?	19
2. Ergebnisse der qualitativen Befragung zur interkulturellen Hospiz- und Palliativversorgung	21
2.1. Gibt es überhaupt einen Bedarf an einer Praxis der interkulturellen Öffnung?	21
2.2. Das Verständnis von interkultureller Öffnung	22
2.3. Offenheit als förderlicher Faktor erfolgreicher interkultureller Öffnung	22
2.4. Netzwerk-, Community- und Öffentlichkeits-Arbeit	27
2.5. Aus-, Fort- und Weiterbildung	31
2.6. Ehrenamt	34
2.7. Weitere Kategorien zu versorgungsstrukturellen Problemen	37
3. Ausblick: Empfehlungen für eine gelingende interkulturelle Öffnung	39
Anhang	
Methodisches Vorgehen	42
Literaturrecherche zum Begriff der interkulturellen Öffnung	43
Literatur und Quellen	46
Kontakte in der DGP und der EAPC	49
Weiterführende Links	51

Impressum

Franziska Schade, Nicola Rieder, Christian Banse, Friedemann Nauck
Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen
Von-Siebold-Straße 3, 37075 Göttingen

Sie können die Handreichung in digitaler Form auf <http://www.palliativmedizin.med.uni-goettingen.de/de/content/forschung.html> abrufen.
Gedruckte Handreichungen können Sie in der Forschungsabteilung der Klinik für Palliativmedizin anfordern (palliativ.forschung@med.uni-goettingen.de).

Gestaltung & Layout, Druck: Klartext GmbH, Am Güterverkehrszentrum 2, 37073 Göttingen

Dezember 2019

ISBN 978-3-00-064555-6




Vorwort

Das Thema dieser Handreichung, die interkulturelle Öffnung der Hospiz- und Palliativversorgung, ist in den letzten Jahren wichtiger denn je geworden. Die zunehmende Migration weltweit und der in vielen Ländern zunehmende Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund sind zu politischen Herausforderungen geworden, die sich auch im Gesundheitsbereich und der hospizlichen und palliativmedizinischen Versorgung zeigen.

Im Rahmen einer Nationalen Strategie wurde in der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland betont, dass jeder schwerstkranke und sterbende Mensch das Recht auf eine angemessene Begleitung hat und dass allen Betroffenen eine bedarfsgerechte qualitativ hochwertige Versorgung ermöglicht werden muss. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) haben in diesem Sinn weitere Projekte ins Leben gerufen, die eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen im Blick haben. So wurde 2017 vom BMFSFJ eine Expert/innen-Runde initiiert, die der Frage nachging, welche Probleme es bei der interkulturellen Öffnung im Rahmen der Hospiz- und Palliativversorgung gibt und welche zukünftigen Strategien für eine umfassende Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund hilfreich sein könnten.

Aus diesen Treffen ist die Idee einer Handreichung zur interkulturellen Öffnung entstanden, die auf die Erfahrungen der hospizlichen und palliativmedizinischen Einrichtungen und auf bestehende Ressourcen zurückgreift. Auf der Basis von Informationen im Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland, in dem spezifische Informationen zu migrationsspezifischen und sprachlichen Angeboten in den einzelnen Einrichtungen übersichtlich dargestellt sind, konnten die Einrichtungen kontaktiert werden. Der wesentliche Inhalt der vorliegenden Handreichung beruht auf den Ergebnissen qualitativer Interviews von Versorgenden. Diese ermöglichten, die Probleme der interkulturellen Öffnung besser zu fassen, Faktoren für eine bessere interkulturelle Hospiz- und Palliativversorgung aufzuzeigen und Lösungen zu erarbeiten, die nun auf eine breite Basis gestellt werden können.

In diesem Sinne sind wir dankbar, dass das Projekt so viel Unterstützung durch hospizliche und palliativmedizinische Einrichtungen erfahren hat. Unser herz-



licher Dank gilt deshalb besonders den Teilnehmenden an den Fokusgruppen und an den Interviews zu den Praxisbeispielen. Sie haben gezeigt, wie wichtig die Arbeit an einer interkulturellen Öffnung ist. Es braucht Mut, für das Thema einzustehen. Deutlich wurde, dass sich dieser Mut lohnt, weil er eine bessere Versorgung ermöglicht. Bedanken möchte wir uns auch bei all denen, die uns bei der Organisation der Fokusgruppen jeweils vor Ort auf denkbar unkomplizierte Weise unterstützt haben.

Großer Dank geht insbesondere an das BMFSFJ, das das Projekt durch die großzügige Förderung und sein hohes Interesse an der Hospiz- und Palliativversorgung überhaupt erst möglich gemacht hat, und an die DGP, die unserem Projekt immer offen gegenüberstand.

Ein solches Projekt braucht viel Unterstützung. Wir möchten uns sehr herzlich bedanken bei allen Mitgliedern der Expert/innen-Runde für zahlreiche Anregungen sowie bei Maximiliane Jansky und Sonja Owusu-Boakye, die die Idee zu diesem Projekt formuliert haben, bei Carlo Nels und Mona Kahlfeld, die das umfangreiche Interviewmaterial transkribiert haben, und bei Stefanie Solar, Heike Müller und Birgit Jaspers für ihre hilfreichen Anregungen bei der Erstellung der Handreichung.

Göttingen, im Dezember 2019

Franziska Schade, M.A.
(Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Forschungsbereich, Klinik für Palliativmedizin)

Dr. disc. pol. Christian Banse
(Forschungskoordination, Forschungsbereich, Klinik für Palliativmedizin)

Nicola Rieder, B.Sc.
(Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Forschungsbereich, Klinik für Palliativmedizin)

Prof. Dr. med. Friedemann Nauck
(Direktor, Klinik für Palliativmedizin)



Geleitwort der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) dankt der Projektgruppe und den Autoren für die vorliegende Handreichung, die aus Sicht unserer wissenschaftlichen Fachgesellschaft bestens geeignet erscheint, eine bedeutende Diskussion zu befördern und Lösungsansätze für die Herausforderungen der Versorgung von Menschen aus unterschiedlichsten Kulturkreisen zu entwickeln.

Vor dem Hintergrund, dass bei steigender Tendenz bereits heute in Deutschland rund jede vierte Person einen Migrationshintergrund hat und der Ausländeranteil ca. 10 Prozent beträgt, ist das Thema der Kultursensibilität auch für die Hospiz- und Palliativversorgung von zunehmender Bedeutung. Dabei erscheint die Frage nach einer „interkulturellen Öffnung“ der Hospiz- und Palliativversorgung zunächst als banal und unspektakulär. Wie aus den Aussagen der vorliegenden Handreichung deutlich wird, ist die Grundhaltung der Hospiz- und Palliativversorgung auch davon gekennzeichnet, dass sie dem Menschen gegenüber wohlwollend zugewandt und generell offen ist. Dabei sollten Herkunft, Glaubensvorstellungen, Neigungen und Orientierungen der Betroffenen ebenso keine Rolle spielen wie Geschlechtszugehörigkeiten oder Wertvorstellungen. Jegliche Formen der Ausgrenzung und Abwertung von Menschen aufgrund bestimmter persönlicher Spezifika stehen somit im Widerspruch zu den Grundwerten und Haltungen der Hospiz- und Palliativbewegung. Dennoch sind die in der Hospiz- und Palliativversorgung Tätigen mit Herausforderungen konfrontiert, die bei weitem nicht auf das Überwinden von Sprachbarrieren beschränkt sind.

Als die DGP im Jahr 2018 den Wegweiser Hospiz und Palliativversorgung¹ in acht weitere Sprachen übersetzen ließ, wurde von den Mitwirkenden Expert/innen sehr schnell darauf hingewiesen, dass es nicht genügt, lediglich die Sprache zu übersetzen, sondern dass hier eine kultursensible Transformation der Texte nötig sei, da einzelne uns vertraute Begriffe und Formulierungen in anderen Kulturkreisen gänzlich anders verstanden und bewertet werden. Somit ist es auch für Haupt- und Ehrenamtliche der Hospiz- und Palliativversorgung wichtig, sich damit auseinanderzusetzen und entsprechend weiterzuqualifizieren. Dies geschieht neben gezielten Fortbildungsangeboten vor allem durch den ständigen Austausch untereinander sowie durch eine von Interesse und unaufdringlicher

¹ www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de



„Neugier“ getragene Begegnung mit den Betroffenen aus unterschiedlichsten Kulturkreisen. Diese Handreichung zeigt dazu viele Beispiele und bietet einen Einblick in das Erleben der in diesem Bereich Tätigen. Aber auch auf die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung von strukturellen Rahmenbedingungen wird hingewiesen.

So ist z.B. aus Sicht der DGP die Bereitstellung und Finanzierung von professionellen Dolmetscher/innen notwendig, um schwierigste Mitteilungen an Palliativpatient/innen zu übersetzen, damit nicht (wie es jetzt noch allzu oft geschieht) im Krankenhaus fachfremde Mitarbeiter/innen aus dem Haus oder Angehörige (die nicht selten minderjährig sind) dafür herangezogen werden.

Somit hoffen wir, dass diese Handreichung nicht nur dem Austausch und Nachdenken dient, sondern auch dazu beitragen kann einen Diskurs zu führen, an dessen Ende Forderungen formuliert werden, die eine Verbesserung der Versorgung und der Teilhabe von Menschen aus unterschiedlichsten Kulturkreisen bewirken soll.

Berlin, im Dezember 2019

Heiner Melching
(Geschäftsführer der DGP)

Lukas Radbruch
(Präsident der DGP)



1. Einleitung: Wie kann interkulturelle Öffnung erreicht werden?

*„Wir müssen alle sterben und Abschied nehmen, das droht in allen Kulturen.“
(INT PB 7)*

1.1. An wen richtet sich die Handreichung?

Die vorliegende Handreichung richtet sich an das medizinische und pflegende Personal sowie an Ehrenamtliche aus der Hospiz- und Palliativversorgung, an Verantwortliche aus Einrichtungen, die an der Versorgung von Schwerkranken und Sterbenden beteiligt sind sowie an alle, die daran interessiert sind, hospizliche und palliativmedizinische Begleitung für alle Menschen am Lebensende und ihre An- und Zugehörigen zu ermöglichen.

1.2. Warum schreiben wir diese Handreichung? Wie sind wir zu diesem Thema - der interkulturellen Öffnung - gekommen?

Wenn auf den folgenden Seiten von einer interkulturellen Öffnung der Hospiz- und Palliativversorgung die Rede sein wird, dann wollen wir als Autor/innen auf ein Problem aufmerksam machen, das wir seit mehreren Jahren in unseren Forschungsprojekten untersuchen: Das hospizliche und palliative Versorgungsangebot wird nicht von allen Patient/innengruppen genutzt. Woran liegt das? Und wie kann die Situation verbessert werden?

Besonderes Augenmerk galt bei diesen Fragen den Patient/innen mit Migrationshintergrund, also den Menschen, die zugewandert sind oder von denen mindestens ein Elternteil zugewandert ist.² Erste Erhebungen (Jansky/Nauck 2014) unter medizinisch Versorgenden ergaben, dass regional weniger Patient/innen mit Migrationshintergrund das Versorgungsangebot nutzten als von dem Anteil dieser Gruppe an der Gesamtbevölkerung in der Region zu erwarten war. Weitere Untersuchungen (Banse 2018; Owusu-Boakye u.a. 2020; im Druck), in denen

² Die Definition des Statistischen Bundesamtes, die wir in unseren Forschungen verwendet haben, lautet: „Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt.“ Allerdings wurde diese konkrete Definition bei den Erhebungen nicht immer relevant, weil sie von den Versorgenden in der Alltagspraxis nicht verwendet wurde. Häufig wusste das medizinische Personal gar nicht, wer einen Migrationshintergrund hatte, oder man hatte besonders Geflüchtete darunter verstanden.

nicht nur das medizinische Personal befragt wurde, sondern auch Patient/innen mit Migrationshintergrund und Angehörige selbst, zeigten, dass Befürchtungen vor Diskriminierungen, traumatische Fluchterfahrungen und ein anderes Verständnis von medizinischer Versorgung am Lebensende wichtige Einflussfaktoren für die Nutzung des Versorgungsangebots sein können. In weiteren Interviews mit dem medizinischen Personal kam dann zur Sprache, dass es große Unsicherheiten im Umgang mit den Patient/innen gab, die einen vermeintlich fremden kulturellen Hintergrund hatten – etwa, weil sie aus anderen Regionen der Welt stammten, eine andere Sprache sprachen oder einer anderen Religion angehörten. Einige Probleme zwischen Versorgenden und Patient/innen wurden der vermeintlich anderen Kultur zugeschrieben. Veranstaltungen, auf denen wir in Vorträgen unsere Ergebnisse präsentierten, hatten häufig eine Unsicherheit zum Thema, die dadurch entstand, dass man in der Versorgung das Problem hatte, nicht seinen eigenen Ansprüchen gemäß medizinisch oder pflegerisch zu betreuen. Manchmal war bei Pflegenden und Ärzten sogar von ‚kulturellen Grenzen‘ die Rede. Man versprach sich dann von unseren Forschungsergebnissen praktische Hilfe, einen Leitfaden für den alltäglichen Umgang.

Unklar blieb uns dabei, wie in den hospizlichen und palliativmedizinischen Einrichtungen selbst damit umgegangen wird, wenn die Begleitung eines/r Patient/in eine Herausforderung darstellt. Welche Strategien werden eingesetzt, auf welche Ressourcen in Kliniken und Hospizen (wie etwa auf Dolmetscher/innen, wenn es Sprachprobleme gibt) wird zurückgegriffen und wie nachhaltig und etabliert sind die Strukturen der Einrichtungen, die sich aufgrund der beschriebenen Herausforderungen entwickeln?

Da durch den Anstieg der Migration zunehmend gesellschaftspolitische Fragen der Integration diskutiert werden, auch weil längerfristig die Geflüchteten und Menschen mit Migrationshintergrund einen erhöhten Anteil der Patient/innen ausmachen können, haben wir uns im Anschluss an unsere bisherigen Forschungen verstärkt der Frage zugewandt, wie eine erfolgreiche interkulturelle Öffnung von hospizlichen und palliativmedizinischen Einrichtungen aussehen kann. Die folgende Handreichung ist deshalb in der praktischen Absicht entstanden, auf der Basis einer wissenschaftlichen Untersuchung Faktoren für eine bessere interkulturelle Hospiz- und Palliativversorgung zu finden, die es ermöglichen, dass Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung und einzelne Versorgende mit diesem Wissen Strukturen öffnen und verbessern können.

1.3. Was genau haben wir in diesem Projekt untersucht?

Vor dem Hintergrund unserer vorherigen Ergebnisse und auch weil Forschungen, die über den Stand einer interkulturellen Öffnung informieren, weitgehend fehlen, entstand schließlich die Idee, der grundlegenden Frage nach den Faktoren einer interkulturellen Öffnung nachzugehen. Dabei haben wir uns dafür entschieden, dass wir die hospizlichen und palliativmedizinischen Einrichtungen selbst ihre interkulturelle Öffnung einschätzen lassen. So haben wir danach gefragt, was nach Ansicht der befragten Einrichtungen überhaupt eine erfolgreiche interkulturelle Öffnung in der Hospiz- und Palliativversorgung ausmacht, welche Faktoren und Kriterien eine gelingende interkulturelle Öffnung berücksichtigen muss und welche erfolgreichen Strategien die Einrichtungen weitergeben können. Wichtig waren uns auch die Herausforderungen, die die Versorgenden sehen, wenn es um eine interkulturelle Öffnung der hospizlichen und palliativen Versorgung geht.

Um diese Fragen zu beantworten, ist gerade wegen der gesellschaftspolitischen Dringlichkeit eine auf wissenschaftlich gültigen Methoden basierende Herangehensweise an das Thema wichtig, die möglichst genau und nachvollziehbar zeigen kann, was es für eine interkulturelle Öffnung in der Hospiz- und Palliativversorgung braucht. Der Einsatz von wissenschaftlich anerkannten Erhebungsmethoden (siehe "1.5 - Wie sind wir wissenschaftlich-methodisch vorgegangen?" und "Methodisches Vorgehen" im Anhang dieser Handreichung) ist dafür grundlegend.

1.4. Interkulturalität

Zentral für unsere Studie ist der Begriff der Interkulturalität. Wie wir aus unserer Forschung wissen, ist dieser Begriff nicht unproblematisch. Interkulturalität, als Begegnungskonzept oder -Idee wird häufig an den Patient/innen mit Migrationshintergrund orientiert, also grob gesagt daran, dass unterschiedliche Kulturen aufeinandertreffen und deren Vertreter/innen sich respektieren lernen. Interkulturalität ist dabei nur einer von vielen Begriffen, die im Moment in der Forschung und in der medizinischen Praxis verwendet werden. Transkulturalität und Kultursensibilität zum Beispiel sind konkurrierende oder ergänzende Konzepte, die zunehmend verwendet werden, wenn es um den Umgang mit Unterschieden geht (siehe "Literaturrecherche" im Anhang dieser Handreichung).

Wir haben für dieses Projekt zunächst trotzdem an dem Begriff der Interkulturalität als Ausgangspunkt der Forschung festgehalten, denn er ist nach wie vor ein vielfach gebrauchter und allgemein bekannter Begriff. Wir haben ihn aber nicht für die Versorgenden, mit denen wir diskutiert haben, definiert. In den Gesprächen, die wir für die Beantwortung der Frage nach einer gelungenen Öffnung geführt haben, war es uns wichtig, das Selbstverständnis der Interviewten nicht zu beeinflussen. Wir wollten den Begriff nicht vorab in eine bestimmte Richtung interpretieren, sondern die Interviewten selbst berichten lassen, was sie unter Interkulturalität verstehen, ob sie das Konzept überhaupt verwenden und wie es zu ihrer alltäglichen Praxis passt.

1.5. Wie sind wir wissenschaftlich-methodisch vorgegangen?

Unser methodisches Vorgehen bestand aus drei analytischen Schritten: Zunächst wurden Angaben von Hospiz- und Palliativeinrichtungen im Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung der DGP deskriptiv-statistisch ausgewertet. Der Wegweiser der DGP, der über die Angebotslage hospizlicher und palliativmedizinischer Einrichtungen informiert, enthält auch Daten zu migrationspezifischen Angeboten. Versorgungseinrichtungen können hier z.B. angeben, ob sie Kontakte zu Dolmetschenden oder Beratungsstellen für Menschen mit Migrationshintergrund pflegen oder ob im Team Mitarbeitende mit Migrationshintergrund arbeiten. Festgehalten wird auch, über welche Sprachkenntnisse die Mitarbeiter/innen verfügen.

Eine quantitative Analyse der dort eingegebenen Daten sollte uns zeigen, welche Angebote überhaupt und in welcher Weise bestehen. Dabei hat sich die Vermutung bestätigt, dass von den Angeboten nur ein geringer Anteil (ca. 3,5%) migrationspezifisch ist.

Darüber hinaus hat uns die Analyse des Wegweisers geholfen herauszufinden, wen wir anhand der gelisteten Angebote ansprechen können, wenn es um eine Befragung zu den Faktoren erfolgreicher interkultureller Öffnung in Deutschland geht. Auf dieser Basis, die wir durch weitere Recherchen zu hospizlichen und palliativmedizinischen Angeboten verbreitern konnten, haben wir verschiedene Einrichtungen kontaktieren und deren Vertreter/innen schließlich für unser Vorhaben gewinnen können. Wie auch schon in unseren vorherigen Projekten bestand ein großes Interesse an dem Thema und vor allem an praktischen Lösungen.

In einem zweiten Schritt haben wir mithilfe eines qualitativen Forschungsdesigns vier Fokusgruppen mit jeweils 5-7 Versorgenden aus der Hospiz- und Palliativversorgung gebildet. Fokusgruppen eignen sich methodisch besonders dazu, durch eine gezielte Gesprächsführung Meinungsäußerungen innerhalb von Diskussionen zu einem Thema zu forcieren. Die Zusammensetzung der Gruppen war heterogen, was bedeutet, dass Personen mit unterschiedlichen Professionen und Funktionen als auch ambulant und stationär tätige Versorgende teilgenommen haben. Da uns für die Einschätzung der interkulturellen Hospiz- und Palliativversorgungslage in Deutschland wichtig war, unterschiedliche Regionen zu berücksichtigen, haben wir die Gruppengespräche in vier Städten (Berlin, München, Wiesbaden, Köln) durchgeführt. Eine geplante fünfte Fokusgruppe in Hamburg kam aus terminlichen Gründen nicht zustande – dort konnten wir jedoch Einzelinterviews führen.

Mit der Qualitativen Inhaltsanalyse nach P. Mayring (2010) haben wir eine Auswertungsmethode gewählt, mit der zentrale Kategorien im Material aus den Fokusgruppen und Interviews gefunden werden konnten (siehe "Methodisches Vorgehen" im Anhang dieser Handreichung).

Mit den zentralen Kategorien, die aus den Fokusgruppen-Diskussionen herausgearbeitet wurden, konnten in einem dritten Schritt Vertreter/innen von Einrichtungen, in denen nach Meinung der Fokusgruppenteilnehmer/innen eine interkulturelle Öffnung in der Hospiz- und Palliativversorgung stattfindet, für themenfokussierte vertiefende Einzelinterviews gewonnen werden. In diesen Praxisbeispielen stand immer ein Thema, das als besonders relevant für eine interkulturelle Öffnung angesehen wurde, im Vordergrund. Die jeweilige Einrichtung wurde in den Fokusgruppen als besonders kompetent in dem jeweiligen Bereich eingeschätzt, so dass wir deshalb den Kontakt zu dieser Einrichtung und das Einzelgespräch mit einer verantwortlichen Person gesucht haben. Aus der Analyse der Fokusgruppen und dieser Praxisbeispiele haben wir schließlich Empfehlungen und Anregungen für eine interkulturelle Öffnung hospizlicher und palliativmedizinischer Einrichtungen formulieren können, die den Hauptteil der Handreichung abschließen.

1.6. Welche zentralen Ergebnisse gibt es?

Unter den Teilnehmenden der Studie besteht weitgehend ein Konsens über die Wichtigkeit einer interkulturellen Öffnung der Hospiz- und Palliativversorgung

in Deutschland. Auch wird betont, dass es einen hohen Bedarf gibt, sich in der eigenen Einrichtung mit dem Thema auseinanderzusetzen.

Auffallend ist, dass in allen Fokusgruppen und auch in den Einzelinterviews der Begriff der Interkulturalität problematisiert wurde. Das Verständnis von interkultureller Öffnung war unterschiedlich und besonders im Zusammenhang mit der Frage nach den Zielen interkultureller Öffnung herrschte Diskussionsbedarf. Wenn es um das Thema des fehlenden Zugangs zur Hospiz- und Palliativversorgung geht – so kann man die Aussagen der Teilnehmenden zusammenfassen – greift der Bezug auf Kultur, wenn damit die Herkunft, der Herkunftskontext bzw. der Migrationshintergrund allein gemeint ist, zu kurz. Der Migrationshintergrund ist in diesem Zusammenhang nur ein Aspekt, wenn auch ein wichtiger, wie sich ebenfalls in den Fokusgruppen zeigte.

Als zentrale Kategorie, die für die interkulturelle Öffnung maßgeblich ist, muss vielmehr eine grundlegende Offenheit angesehen werden: Zugangsbarrieren zur Hospiz- und Palliativversorgung sollen für alle in der Versorgung benachteiligten Gruppen abgebaut werden. Was alles zur Offenheit nach Ansicht der Interviewten gehört, wird im weiteren Verlauf dieser Handreichung deutlich. Offenheit hat dabei verschiedene Dimensionen. Hier kann festgehalten werden, dass in den Fokusgruppen und den Interviews eine Offenheit hervorgehoben wurde, die sowohl von der Einrichtung und dem leitenden Personal ausgeht als auch von den hospizlich und palliativmedizinisch Tätigen, die sich alltäglich den diversen Herausforderungen stellen müssen. Dazu gehört die Offenheit als Haltung, sich immer wieder neuen Begegnungen und Erfahrungen zu stellen.

Auf der Grundlage dieser Offenheit als wichtigstem förderlichen Faktor für eine interkulturelle Öffnung ist die Kategorie der regionalen Netzwerkbildung wichtig, mit der die gezielte Zusammenarbeit mit sogenannten Gatekeepern und Multiplikatoren gemeint ist. Dazu gehört ebenfalls die regionale Community- und Öffentlichkeitsarbeit. Denn auch die Auseinandersetzung mit Einrichtungen und Organisationen, die unter Umständen aus anderen religiösen und sozialen Lebenswelten kommen, verlangt eine grundlegende Offenheit.

Wie schwierig diese Offenheit ist, kann in diesem Zusammenhang durch ein besonderes Problem verdeutlicht werden, das sich in allen Gesprächen und Interviews zeigte: Während weitgehend Einigkeit bei den Projektteilnehmer/innen darüber herrschte, dass die grundlegende Öffnung der Hospiz- und Palliativversorgung nicht nur Menschen mit Migrationshintergrund betreffen sollte, son-

dern auch andere im Zugang benachteiligte Gruppen wie etwa Menschen mit Behinderung (z.B. Gehörlose), mit einer AIDS-Erkrankung, in prekären Wohnsituationen und Andere, steht bei der Nennung von Problembeispielen und bei konkreten Lösungsvorschlägen für die Praxis, gerade in Bezug auf die Netzwerkarbeit mit lokalen Communities, meist doch wieder der Migrationshintergrund im Vordergrund.

Die institutionelle und die persönliche Offenheit, die als Grundlage der interkulturellen Öffnung und Vernetzung gelten können, muss entstehen und sollte nicht vorausgesetzt werden; sie ist auch das Ergebnis von inter-, transkultureller und kultursensibler Aus-, Fort- und Weiterbildung – eine weitere wichtige Kategorie, die sich aus den Erfahrungen der Fokusgruppen herausarbeiten lässt. Nur auf einer gemeinsamen inhaltlichen Basis, die für das Verständnis von interkulturellen Vorstellungen und Öffnungsprozessen wichtig ist, können die wesentlichen Probleme beim Zugang zur Versorgung angegangen werden. Nur im Austausch über die Fragen, die man hat, können Unsicherheiten abgebaut werden. Schon frühzeitig sollten deshalb interkulturelle Kompetenzen in die Aus- und Weiterbildung der Versorgenden im Bereich Hospiz- und Palliativversorgung integriert werden.

Zu den angesprochenen Aspekten, die aus Sicht der befragten Versorgenden für eine erfolgreiche interkulturelle Öffnung bedacht werden sollten, gehört auch die Kategorie Ehrenamt, die verdeutlicht, welche besonderen Personengruppen es in der Hospiz- und Palliativversorgung gibt, die auch für die interkulturellen Öffnungsprozesse wichtig werden können. Ehrenamtliche können bei allen genannten Kategorien eine Stütze sein: Sie können Vertrauen schaffen und Hindernisse abbauen. Besonders, wenn sie selbst Teil einer Community sind, können mit ihnen Öffentlichkeitsarbeit gefördert und Zugänge geschaffen werden.

1.7. Wohin führen die Ergebnisse der Handreichung?

Eingangs wurde betont, wie sehr in unseren bisherigen Projekten der Wunsch der medizinisch und pflegerisch Versorgenden geäußert wurde, konkrete Vorschläge für ihre alltägliche Praxis und bestenfalls Anleitungen für den Umgang mit interkulturellen Herausforderungen zu erhalten.

In dieser Studie stand – unter Berücksichtigung der Erfahrungen einer reich-

haltigen Praxis im interkulturellen Austausch – eine andere Perspektive im Vordergrund, nämlich der Konsens der Befragten darüber, dass Leitlinien und feste Vorgaben nicht immer hilfreich für den Umgang mit verschiedenen 'kulturellen' Problemen sind.

Wenn eine grundlegende Offenheit der Einrichtung und auch der Personen, die in diesen Einrichtungen arbeiten, tatsächlich ein wichtiger Schlüssel ist, dann können Vorgaben, die spezifisch auf nur eine Gruppe bezogen werden, zu begrenzt und damit hinderlich für die interkulturelle Öffnung in der Einrichtung sein.

Wenn das Ziel ‚interkultureller Strategien‘ oder ähnlicher Öffnungsvorgänge also eine offene Versorgung für alle ist, dann geht es zum einen eher um die Sensibilität für die jeweilige konkrete Situation der einzelnen Patient/innen, die berücksichtigt werden muss, und zum anderen um die Möglichkeit einer allgemeinen und umfassenden Einbeziehung derer, die mit der Hospiz- und Palliativversorgung noch keine Berührungspunkte haben oder sich von ihr ausgegrenzt fühlen.

In diesem Sinn ist die vorliegende Handreichung keine Richt- oder Leitlinie und kein Vorschlag für ein klar formulierbares Programm interkultureller Meilensteine, die eine Einrichtung abschreiten kann, um ‚erfolgreich‘ zu sein. Sie ist auch nicht mit der Intention verfasst worden, Vorschriften zu formulieren.

Ganz im Gegenteil möchten wir mit den Erfahrungen der Projektteilnehmenden die Kreativität und Flexibilität betonen, die vonnöten ist. Wir als Autor/innen-Team möchten mit der Handreichung allen an der Versorgung von Schwerkranken und Sterbenden und ihren Zugehörigen Beteiligten einen Anstoß geben, sich mit den wichtigen Fragen und Herausforderungen bei der interkulturellen Hospiz- und Palliativversorgung auseinanderzusetzen. Wenn uns in der Hospiz- und Palliativversorgung diese Sensibilisierung für bestimmte Fragen zu den Möglichkeiten, Bedingungen und manchmal auch Grenzen der Versorgung von Menschen am Lebensende gelingen sollte, wäre unserer Meinung nach ein großer Schritt zu einer hospizlichen und palliativen Praxis getan, die viele Menschen erreicht.

2. Ergebnisse der qualitativen Befragung zur interkulturellen Hospiz- und Palliativversorgung

2.1. Gibt es überhaupt einen Bedarf an einer Praxis der interkulturellen Öffnung?

„Mir fällt auf, wir haben auf der Palliativstation zwölf Betten, und es sind ganz wenig Migranten da – und ich frage mich jedes Mal warum.“ (FG Köln TN 2)³

„Ich suche immer noch Antwort auf die Frage, wo sind die?“ (FG München TN 1)

In der jeweiligen Fokusgruppe wurden die Vertreter/innen der eingeladenen Einrichtungen nach ihren Erfahrungen mit interkulturellen Öffnungsprozessen gefragt. In den Fokusgruppen wurde dabei der fehlende alltägliche Kontakt mit schwer erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund hervorgehoben. Die Teilnehmenden sahen deshalb einen großen Bedarf an Öffnungsprozessen – sie bestätigten die oben skizzierten Vermutungen aus unseren früheren Forschungen, nach denen sich verhältnismäßig wenige Menschen mit Migrationshintergrund in der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland befinden. Dieser Befund war überhaupt ein Ausgangspunkt für einige Einrichtungen, „interkulturelle Überlegungen“ anzustellen – *„wir haben gemerkt, das ist nötig“ (FG Berlin TN 7).*

Um zu verstehen, auf welche Hindernisse die interkulturelle Öffnung stößt, ist es wichtig, sich anzuschauen, welche Probleme und Widersprüche die Versorgenden verdeutlicht haben. Denn der Wunsch, offen zu sein, traf manchmal auf Bedingungen, die eine Umsetzung erschweren. Einige der Versorgenden beschrieben den Kontakt zu Patient/innen mit Migrationshintergrund als eine Herausforderung. Unsicherheiten und auch Ängste wurden als den Arbeitsalltag erschwerende Folgen genannt, während gleichzeitig einige der Versorgenden betonten, dass der Einbezug anderer Kulturen bei Sterbebegleitungen eine Bereicherung sein könne, da von einem Austausch alle Seiten profitieren könnten. Und gerade die prinzipielle Offenheit der Hospiz- und Palliativversorgung sei ein guter Ausgangspunkt für eine interkulturelle Praxis.

³ Die Zitate aus den Fokusgruppen und den themenfokussierten Interviews sind ‚geglättet‘, das heißt, dass wir der Lesbarkeit wegen auf eine Transkriptionsweise, die die gesprochene Sprache mit verschiedenen Symbolen im Text wiederzugeben versucht, verzichtet haben.

2.2. Das Verständnis von interkultureller Öffnung

In diesem Sinn wurde der Begriff der interkulturellen Öffnung ein zentraler Diskussionsgegenstand: Trifft der Begriff der Interkulturalität das Ziel, das die Einrichtungen verfolgen? Was bedeutet eigentlich ‚interkulturell‘ für die Einrichtungen? Und was heißt in diesem Zusammenhang ‚Öffnung‘ für eine Einrichtung, welche praktischen Folgen gehen damit einher und welche Ressourcen sind notwendig?

In den Fokusgruppen sahen die Befragten die Bezogenheit auf Herkunft in dem Kultur-Begriff kritisch und konnten sich unter dem Begriff der Offenheit eigentlich nur eine Versorgungspraxis vorstellen, die ‚offen für Jeden‘ ist.

„Erfolgreich wäre für mich, dass jeder, der einen Bedarf hat, auch die Leistung abfragen oder abrufen kann.“ (FG Wiesbaden TN 1)

Ein Versorgungsangebot, das sich potentiell an alle wendet, die den Bedarf nach einer hospizlichen und palliativmedizinischen Versorgung am Lebensende haben, sollte weniger die Unterschiede in der Kultur betonen, sondern *„menschensensibel“ (FG Köln TN 2)* sein, und die Pflege sollte deshalb auch individuell an die betroffene Person angepasst sein. Pauschalisierungen zu einer Patient/innen-Gruppe wurden von den an der Studie Teilnehmenden abgelehnt, Sensibilität für die konkrete Person und die jeweilige Situation – ein häufig thematisiertes *„Fingerspitzengefühl“ (FG Wiesbaden TN 6)* – wurde als ein wichtiger Bestandteil der Versorgung des/r Patient/innen hervorgehoben. Pauschalisierungen finden etwa statt, wenn ‚Migrant/innen‘ auf ‚Muslim/innen‘ reduziert werden – dabei *„spielen religiöse Hintergründe fast nie eine wirkliche Rolle.“ (FG Köln TN 4)*

2.3. Offenheit als förderlicher Faktor erfolgreicher interkultureller Öffnung

Als eine zentrale Kategorie, die eine gelingende Praxis der Öffnung ermöglicht, wurde auf verschiedenen Ebenen die Offenheit genannt. Sie wurde als grundlegend für einen interkulturellen Öffnungsprozess verstanden. Dabei ist Offenheit ein mehrere Phänomene umfassender Begriff, der in unterschiedlichen Dimensionen verwendet werden kann.

Eine Dimension ist die gegenseitige, kooperative Offenheit, die ein Gefühl des Miteinanders von allen Beteiligten erzeugt.

„Aber wir stellen auch fest, dass wenn wir den Menschen offen begegnen, dass wir auch sehr viel offene Rückmeldung kriegen. Wünsche, auf die wir dann eingehen können, gerade in der Sterbephase, in der Versorgungsphase, nachdem die Personen dann verstorben sind, dass die Angehörigen sich gut begleitet gefühlt haben, das ist gegenseitige Offenheit.“ (FG Wiesbaden TN 5)

Sobald ein gegenseitiges Vertrauen aufgebaut ist, kann eine kooperative Offenheit mit einer *„gewissen Nachsicht“ (FG Wiesbaden TN 5)* einhergehen, was das Verhalten des Gegenübers betrifft. Es geht nach dieser Vorstellung um eine gemeinsame Auseinandersetzung mit den Wünschen und Zielen, die die Patient/innen mit den Versorgenden besprechen sollen.

Für die Versorgenden war diese Offenheit immer nur als Versorgung von Einzelnen denkbar, also als eine (offene und emphatische) Anpassung des eigenen Verhaltens an die Wünsche der/des Patient/in: Man muss *„jeden Menschen in seiner Individualität“* sehen. Sie ist aber in diesem Zusammenhang auch als eine persönliche Offenheit denkbar, die Reflexionen über die eigenen Grenzen und Ängste miteinbezieht. Sie zielt auf eine *„Neugierde“* in der Begegnung ab – es geht um *„die Haltung, die jeder hat, die Haltung“ (FG Köln TN 5)*, die die Offenheit ermöglicht.

„Es ist hilfreich, wenn man die [individuellen] kulturellen Gegebenheiten erstmal wahrnimmt.“ (FG Köln TN 2)

Offenheit kann aber nicht nur den Patient/innen gegenüber wichtig sein, sondern auch die Einrichtung als Ganzes muss sich der Frage stellen, ob sie strukturell offen für Neues ist. Für die Teilnehmenden an den Fokusgruppen war es wichtig, dass die Einrichtungen Offenheit ermöglichen, etwa indem Sensibilisierung für andere Kulturen und die offene Grundhaltung von der Leitung vertreten und gefördert werden. Hilfreich ist, wenn auch Eigeninitiative gefördert wird und *„wenn man völlig unkonventionelle Wege“ (FG Wiesbaden TN 2)* gehen kann. Der offene Umgang – nicht nur mit den Patient/innen, sondern auch im Team – ermöglicht eine Kommunikation, in der man Fragen stellen und Probleme ansprechen kann. Bei den Patient/innen kann der direkte Kontakt, die direkte Frage, *„haben Sie [einen] kulturellen Hintergrund, den wir beachten sollen“ (FG Berlin TN 2)*, ein wichtiger Baustein für das offene Miteinander sein.



„Grundsätzlich jeden Menschen fragen.“ (FG Berlin TN 4)

*„Man muss einfach fragen, fragen – das zeugt schon mal von Respekt.“
(FG Wiesbaden TN 2)*

Offenheit kann aber durchaus auch auf Grenzen treffen – dieser Befund leitet sich aus einigen Aussagen aus den Fokusgruppen ab. So wurden verschiedene Probleme angesprochen, die nicht einfach zu lösen sind: *„Rituale in Kulturen, mit denen ich eigentlich nicht einverstanden bin“ (FG Berlin TN 1)*, Geschlechterhierarchien, die man mitbekommt und ablehnt, und immer wieder die Verständigungsprobleme, die einen offenen Austausch erschweren. Gerade bei Verständigungsprobleme müssen dann Mitarbeitende mit Migrationshintergrund als Sprachmittler/innen einspringen. Aber besonders Mitarbeitende, die einen interkulturellen Hintergrund haben, fehlen.

*„Und dann soll die Person auch noch ne Fremdsprache sprechen.“
(FG Berlin TN 4)*

*„Das Problem haben alle Hospizdienste – Stellen zu besetzen.“
(FG Berlin TN 1)*

In der Versorgungsstruktur selbst ist fehlende Zeit ein Problem, so dass die notwendige Biographiearbeit, die Suche nach Sprachmittler/innen und überhaupt die erforderliche Aufmerksamkeit für die Patient/innen mit Migrationshintergrund Grenzen der Öffnung darstellen können.

„Wenn ich das so höre, finde ich das ganz toll, aber ich empfind das im Moment so schnelllebig, es geht nur noch um learning by doing.“ (FG Wiesbaden TN 2)

Für das Personal kam es immer wieder zu ‚Grenzsituationen‘, in denen man die Offenheit nicht so leben konnte, wie man es sich vorgestellt hatte, und die Begegnungen zu Herausforderungen wurden:

„Sie hat gesagt, dass ich da als Frau nicht reindarf; ich bin doch hier die Krankenschwester, ich hab doch hier den Hut auf.“ (FG Berlin TN 2)

„Ich merke auch schon, dass ich hier an Grenzen komme, wenn es um Männer- und Frauenunterscheidungen geht.“ (FG Berlin TN 1)

Dass Offenheit eine mehrdimensionale Kategorie ist, die allen anderen Kategorien in gewisser Weise zugrunde liegt, ist ein zentrales Ergebnis der inhaltlichen Analyse der Aussagen. Sie kann mit weiteren Aussagen der Fokusgruppenteilnehmenden und der Interviewten verknüpft werden – ohne diese grundlegende Offenheit im persönlichen wie im institutionellen Bereich scheint eine interkulturelle Öffnung der Hospiz- und Palliativversorgung undenkbar.

Praxisbeispiel Offenheit

Hamburg Leuchtfeuer Hospiz, Hospizleitung Mareike Fuchs⁴

Der wohl wichtigste Faktor interkultureller Öffnung ist das ‚Aufeinander zugehen‘ und die Offenheit gegenüber jedem Menschen, der in seiner letzten Lebensphase versorgt wird. Das Hamburg Leuchtfeuer Hospiz hat sich diesen Ansatz zum grundlegenden Prinzip gemacht. Hier wird Interkulturalität nicht als spezifisches Thema, das nur auf Menschen mit Migrationshintergrund bzw. Herkunft bezogen ist, gesehen. Im Hospiz von Hamburg Leuchtfeuer ist es so, dass Interkulturalität nicht primär auf die jeweilige Herkunft bezogen wird, sondern für alle, die im Hospiz begleitet werden wollen, gelten soll. Wichtige Ankerpunkte sind dafür die Bereitschaft zu Toleranz, persönliche Erfahrungen und Mitgefühl.

Um Offenheit zu etablieren, ist der regionale Kontext zu bedenken. Für das Leuchtfeuer Hospiz, eines der ältesten Hospize in Deutschland, spielte der offene Hintergrund der Stadt Hamburg eine zentrale Rolle bei der Etablierung der Einrichtung. Diese prinzipielle Offenheit ist aus dem AIDS-Hilfe-Kontext entstanden. Der Ursprung von Hamburg Leuchtfeuer war Anfang der neunziger Jahre die ambulante Begleitung von Menschen mit HIV und AIDS, deren spezielle Situation mit „einem hohen Maß an Stigmatisierung“ und qualvollen Sterbesituationen einherging. Seit 1998 betreibt die gemeinnützige GmbH das stationäre Hospiz auf St. Pauli. Besonders Homosexuelle gehörten damals zu denen, die die Einrichtung aufsuchten. Das „Charakteristikum des Hauses“ ist geblieben: „Vielfalt und Offenheit.“ „Weg von der Homogenität“ wird im Hospiz Leuchtfeuer danach gefragt: „Wo kommt der Mensch wirklich her?“ Diese Frage betrifft nicht nur die Herkunft des Menschen, sondern auch seine Sozialisierung und seine Werte. Aber neben der institutionellen Offenheit wird intern auch die Offenheit der dort arbeitenden Personen gepflegt. Überhaupt ist das Team breit aufgestellt, besteht aus Menschen mit verschiedenen Hintergründen und Erfahrungen. Es

⁴ Alle in Anführungszeichen stehenden Worte in den Praxisbeispielen sind Zitate aus dem jeweiligen Interview zum Praxisbeispiel

geht um eine Haltung, die interkulturelle Öffnung als Selbstverständlichkeit ansieht und die z.B. auch ohne Sprachkenntnisse einer fremden Sprache möglich ist:

„Ich verstehe Dich zwar gerade nicht und ich weiß auch nicht viel von Deiner Geschichte, aber ich versuche bei Dir zu sein.“ Dafür müssen persönliche *„Bewertungen der Hospizmitarbeiter*innen zurücktreten.“*

Nicht jeder Mensch kann hier arbeiten. Es geht um die Werte, die man „nach außen“ vertritt, aber auch um die, die „nach innen“ vertreten werden. „Berührungängste mit vielfältigen Lebensweisen“ etwa sind ebenso hinderlich, wie eine fehlende Auseinandersetzung mit Sterben und Tod bei denen, die die Sterbenden begleiten.

Trotzdem gehört auch dazu, dass man als Institution Grenzen definiert und „dass es bei aller Öffnung wichtig ist, das Profil [der Einrichtung] nicht zu verlieren“ – und dass man sich der Herausforderung stellt, „diese Lücke zu schließen“, wenn es Diskrepanzen zwischen Öffnung und Profil gibt.

Gleichwohl gelingt diese Offenheit nur, wenn auf Netzwerke zurückgegriffen werden kann. Fortbildungen zu interkultureller Sterbebegleitung können zwar unterstützend sein, bei konkreten interkulturellen Begleitungen aber braucht es keinen Fahrplan oder Ähnliches, sondern Fachleute, die mit der Kultur vertraut sind. Dazu gehört im Zweifel auch eine Offenheit dafür, dass man etwas nicht umsetzen kann. Im Grunde muss jedes System, jedes Team entscheiden, wie viel Offenheit es verträgt – also „eine [ehrliche] Diskussion führen, in der Grenzen und Regeln offen besprochen werden können.“

2.4. Netzwerk-, Community- und Öffentlichkeitsarbeit

Eng an die zentrale Kategorie der Offenheit angelehnt und passend zu den kritischen Überlegungen der Versorgenden zu den Grenzen des Konzepts der interkulturellen Öffnung, gehört die Kategorie der Netzwerk-, Community- und Öffentlichkeitsarbeit'. Im Grunde kann, wie häufig betont wurde, ohne die Unterstützung von Personen, die mit dem kulturellen Hintergrund vertraut sind, keine Offenheit entstehen. Eine *„Wiederbelebung der Nachbarschaftskultur“ (FG Wiesbaden TN 3)* und auch interkulturell ausgebildete Teams, die die Versorgung unterstützen, werden explizit gewünscht. Hier geht es *„um wirklich*

„Grenzen aufbrechen“ (FG Wiesbaden TN 2). In diesen Begegnungen soll eine *„Multiplikation des Wissens darüber, dass es solche Anlaufstellen und Ansprechpartner gibt“ (FG Wiesbaden TN 6),* stattfinden. Solche Vernetzungen über die hospizlichen und palliativmedizinischen Einrichtungen hinaus erfordern Strategien und den Willen aller Beteiligten, diese Strategien auch umzusetzen.

„Im Prinzip muss ich mir was [überlegen], wo ich gucke, welche Kulturkreise, welche Gemeinden, wer macht da die politische Arbeit, wer sitzt da, wer ist mein Migrationsbeauftragter.“ (FG Berlin TN 3)

Gerade auch der direkte Weg in die lokalen Communities ist Ausdruck einer Offenheit gegenüber Netzwerkstrukturen, die sich nur dann entwickeln, wenn das Gegenüber aktiv aufgesucht wird. Es kann bei dieser Begegnung auch darum gehen, das Konzept der Hospiz- und Palliativversorgung zu vermitteln, das mangels Informationstransfer mitunter unbekannt oder mit negativen Assoziationen belegt ist.

„In den Communities [sollte man] selbst versuchen irgendwie voranzukommen, um erstmal zu erklären, was ist Palliativmedizin, was ist Hospiz und vor allem, wie akzeptiert sind wir da denn? Bei vielen ist es ja auch so, dass sie einen Druck verspüren, wenn sie Familie, die Angehörigen nicht zuhause versorgen.“ (FG Wiesbaden TN 3)

„Palliativmedizin auf Türkisch kann ich nicht so übersetzen, ich muss das beschreiben.“ (FG Köln TN 6)

Eine Veränderung rein auf politischer Ebene, auf der ein Rahmen für die interkulturelle Öffnung vorgegeben werden soll, reicht nicht aus, sagten einige Versorgende. Man muss auch an *„die Basis kommen“ (FG Köln TN 5)* und dort Aufklärungsarbeit leisten.

„Es braucht auch Leute aus der Kultur, die auch [eine] Vorbildfunktion haben, die auch in der Community möglichst angesehen sind – so ein Rollen-vorbild halt.“ (FG Berlin TN 6)

Diese Vorgehensweise funktioniert nur durch direktes Zugehen, durch das 'Vor-Ort-Sein' in der Community. In den Fokusgruppen vermitteln die teilnehmenden Versorgenden in ihren Diskussionen, dass sich dieser Weg lohnt. Dafür braucht

es aber auch alternative Wege und informelle Netzwerke, die sich etwa durch vernetzte Mitarbeiter/innen ergeben. Regelmäßige Arbeitsgruppen, die interdisziplinär zusammengesetzt sind und die regionale Strukturen analysieren und nutzen, können hilfreich sein, besonders dann, wenn es darum geht, Wissen zu teilen.

Gleichwohl gibt es auch hier Herausforderungen, die spezifisch für Netzwerke sind, etwa das Problem der Weitergabe von Informationen, die irgendwo hängen bleiben, oder die Erfahrung, dass etwa religiöse Subgruppen neben den großen Verbänden existieren. Nicht jede Community ist gleich gut organisiert, und die einzelnen Gruppen können sehr unterschiedlich aufgestellt sein, wenn es um ihre Offenheit oder ihr Selbstverständnis geht.

Immer wieder wird in diesem Zusammenhang die Wichtigkeit aufklärender Öffentlichkeitsarbeit betont:

„Es gibt Menschen, die immer noch keinen Pflegegrad haben, der Nachbar hat's, aber der sagt's dem nicht, der sagt auch nicht, wie er drankommt.“ (FG Köln TN 2)

„Aufklären, das ist ein Prozess.“ (FG Köln TN 6)

Aufklärung braucht zumindest das Interesse der Beteiligten, sie muss bedarfsorientiert sein und vor allem regelmäßig stattfinden. Die Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit mit den Communities hat dann eine Chance, wenn sie auf regelmäßige und etablierte Strukturen zurückgreifen kann.

Praxisbeispiel Netzwerkarbeit

Klinikum Bielefeld, Abteilung für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin, Leitender Oberarzt Stephan Probst

In dem Bielefelder 1000-Betten-Krankenhaus befindet sich eine Palliativstation mit 10 Betten, wo der Leitende Oberarzt, Dr. Stephan Probst, ein großes Interesse an Fortbildungen und Workshops zu interkultureller Zusammenarbeit hat. Interkulturelle Öffnung ist für ihn „das Schaffen einer Grundhaltung bei den Mitarbeiter/innen in unserer Abteilung und im Haus insgesamt, so dass wir nicht nach Kochrezepten, die wir irgendwo im Qualitätshandbuch nachschlagen, agieren.“ Es geht um eine „Offenheit für Diversität.“

Konkret sollen Patient/innen die Möglichkeit haben, trotz der Erkrankung und der damit verbundenen Einbindung in klinische Strukturen, den eigenen etwa spirituellen Schwerpunkten nachgehen zu können, um „nicht zu viele Kompromisse eingehen“ zu müssen, wie in dem Fall, als die türkische Großfamilie die Infrastruktur der Palliativstation nutzen und kochen wollte, so dass sie bei dem Patienten sein kann.

Den Mitarbeitenden wurde deshalb von Anfang an „zugemutet“, dass man sich hier auch „unkonventionell“ auf die Patient/innen einlässt, was auch die kultur-geprägten Lebensentwürfe betrifft.

Auslöser für diese offene Ausrichtung war „ein interkultureller Unfall“: In einer Sterbesituation, in der Trauerrituale zum Teil missverstanden wurden, kam es zu einem Polizeigroßeinsatz, so dass kaum noch eine Chance auf ein ‚gutes‘ Abschiednehmen bestand. Mittels kultursensibler Kommunikation wäre das vielleicht zu verhindern gewesen. So entstanden die Idee und auch das Bedürfnis, sich interkulturell zu öffnen und neue Wege zu gehen.

Inzwischen helfen die gewachsenen Strukturen. Das klinische Ethikkomitee und der Förderverein unterstützen die Arbeit sowohl finanziell als auch inhaltlich, da sie die Wichtigkeit der interkulturellen Arbeit sehen.

Ein förderlicher Faktor ist der „authentische Input von Menschen aus anderen Kulturen, die ihre Kultur darstellen und die auch ihre Probleme darstellen können“, etwa bei Fortbildungen von Referenten aus muslimischen Communities und Sozialarbeiter mit türkischem Hintergrund, die dabei helfen, „Abwehrmechanismen“ abzubauen. Wichtig ist, dass „man offen ist, die Not sieht und quasi ein Bündnis schließt“.

Diese Offenheit betrifft alle Lebensentwürfe, auch die „skurrilen“ von „Menschen mit deutschem Hintergrund“. Kultur darf nicht nur ethnisch oder geografisch verstanden werden.

Auf der Station ist der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund inzwischen vergleichsweise hoch. Man arbeitet dort kontinuierlich daran, das Missverständnis, Palliativmedizin sei eine „aufgebende Medizin“, also eine Medizin, bei der Patient/innen aufgegeben werden, auszuräumen. Solche Klarstellungen, aber auch die vielen Möglichkeiten, die die Palliativversorgung bietet, sprechen sich dank der Netzwerke und guten Beziehungen vor Ort herum.

Hilfreich war ein Symposium (2016), das gemeinsam mit dem Institut für Islamische Theologie der Universität Osnabrück und dem Institut für Studien der Kultur und Religion des Islam der Universität Frankfurt am Main durchgeführt wurde. Es müsste aber wiederholt und in einem anderen Rahmen fortgesetzt werden.

Besonders gut funktioniert es in der „spirituellen Heimat“ von Herrn Probst selbst: dem Judentum. Hier spielt die Zentrale Wohlfahrtsstelle der Juden die wichtige Rolle des Multiplikators und agiert bundesweit bei der Vernetzung von Sozialarbeiter/innen und Ehrenamtlichen, die Kranke und Trauernde begleiten. Etablierte Kommunikationsstrukturen, regelmäßige Tagungen und viele Kooperationen wie z.B. mit der Münchner Christophorus-Akademie bilden hier die Grundlage für die funktionierende Vernetzung. Diese „kulturellen Cross-over“ schaffen neue Bündnisse. Das „in die Gemeinden gehen“, etwa in die Moscheegemeinden, um „dort über Palliativmedizin zu sprechen“ und „persönliche Begegnungen entstehen zu lassen“, sind notwendige und wichtige Aspekte für eine Öffnung der Einrichtung.

Heute gibt es immer mehr „Patchwork-Identitäten“, deren Bedarf am Lebensende man erfassen muss. Dafür muss man sich „unbedingt“ ein Basiswissen über die jeweilige Kultur aneignen, das jedoch keinesfalls mit „Kategorisieren“ oder „Stereotypisieren“ verwechselt werden darf.

„Darauf sollten alle Konzepte angelegt sein, dass man zu echten Begegnungen kommt.“

2.5. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Bei interkulturellen Kompetenzen, die laut vieler Projektteilnehmer/innen erweitert werden müssten, gerade wenn es um ein Verständnis von Interkulturalität geht, das institutionell fest verankert werden soll, waren für die Fokusgruppen vor allem Aus-, Fort- und Weiterbildungen ein probates Mittel.

„Ich hatte ja auch keine Ahnung, also habe ich an so einem Seminar in der Moschee teilgenommen.“ (FG Berlin TN 7)

Diese Fortbildungen scheinen besonders dann hilfreich, wenn das gesamte Team sie nutzen kann und sich gemeinsam weiterentwickelt. Gerade die beschriebenen Unsicherheiten, die es im Umgang mit Menschen mit Migrations-

hintergrund gibt, können durch Wissen und Erfahrungen relativiert werden; das erlernte Wissen gibt Sicherheit, besonders wenn die Ängste thematisiert und dann durch die Leitung ernst genommen werden können. Für die Fokusgruppenteilnehmer/innen müsste interkulturelle Öffnung in allen für die hospizliche und palliativmedizinische Versorgung relevanten Aus- und Weiterbildungen fest verankert sein und sich als Basiselement etablieren.

Als Inhalte solcher Fort- und Weiterbildungen standen für die Teilnehmenden die angeleitete Reflexion des eigenen Handelns und der eigenen Ängste, das kultursensible zielgruppenorientierte Grundverständnis anderer ‚Weltanschauungen‘ und das Einbinden aktueller Literatur zum Thema im Vordergrund. Besonders Aspekte der offenen Kommunikation sollten ein wichtiger Bestandteil der Aus- und Weiterbildung sein.

„Das macht die Wirksamkeit unserer Arbeit aus - also je besser wir informiert sind, umso wirksamer wird unsere Arbeit.“ (FG Wiesbaden TN 1)

„Die interkulturelle Öffnung ist sehr wichtig, halt auch schon in der Ausbildung, also nicht nur im Studiengang, sondern auch in der Pflegeausbildung.“ (FG Köln TN 1)

Insgesamt aber wird der Mangel an interkulturellen und kultursensiblen Schulungen und deren schwierige Finanzierbarkeit beklagt. Dabei können Schulungen, wenn sie die relevanten Themen in den Mittelpunkt rücken, dazu beitragen, die erforderliche Offenheit und eine offene Haltung zu ‚erlernen‘.

Praxisbeispiel Aus-, Fort- und Weiterbildung

Ambulanter Hospiz- und Palliativdienst DaSein München, Yasemin Günay, verantwortlich für die Fachstelle Kultursensible Begleitung - Migration

Kultursensible Schulungen und Fortbildungen für Mitarbeitende sind laut den Fokusgruppenteilnehmenden ein wichtiger Faktor einer erfolgreichen interkulturellen Öffnung. Der Ambulante Hospiz- und Palliativdienst DaSein aus München (gegründet 1991) hatte schon früh auf den im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung relativ geringen Anteil der Begleitungen von Menschen mit Migrationshintergrund reagiert: Man war gezielt in die Communities gegangen und hatte Informationsveranstaltungen auch in anderen Sprachen abgehalten. Gleichzeitig werden neben regelmäßigen interdisziplinären Fallbesprechungen

auch Schulungen für die einzelnen Professionen (z.B. Pflegefachkräfte, ärztliches Personal, Sozialarbeiter/innen) angeboten.

Ein Ziel von DaSein ist es, ein Netz um den Pflegebedürftigen herum aufzubauen, um auf diese Weise einen „geschützten Rahmen“ anzubieten, in dem in dem Betroffene bis zuletzt bleiben können. Da besonders muttersprachliche Begleitungen fehlen, soll der Anteil an Ehrenamtlichen mit Migrationshintergrund gesteigert werden. Durch die Unterstützung der Zukunftsstiftung Ehrenamt Bayern werden die ersten kostenlosen Ausbildungen zum/zur Hospizbegleiter/in für Menschen mit Migrationshintergrund angeboten. Neben den Schulungen für die Ehrenamtlichen gibt es auch themenspezifische Schulungen, in denen die hauptamtlich in der Hospiz- und Palliativversorgung Tätigen u.a. wichtige Begriffe diskutieren können. Schulungen sind unabdingbar, weil sie helfen, eine fachlich-inhaltliche Basis unter den Teilnehmenden zu schaffen, etwa indem geklärt wird, was unter bestimmten Begriffen verstanden wird. Solange es aber kein bundesweit einheitliches Curriculum gibt, hängt der Inhalt der interkulturell ausgerichteten Schulungen noch vom jeweiligen Referierenden ab. Schließlich kann erst durch ein gemeinsames Verständnis eine Grundlage für die Praxis geschaffen werden. Bundesweit einheitliche Schulungen sollten zunächst Basiskenntnisse vermitteln. Von den einzelnen Referent/innen können dann „individuelle Impulse [...] draufgesetzt werden.“

Eine interkulturelle Schulung qualifiziert einen nicht ‚zum Meister‘ bzgl. den möglichen kulturellen Bedürfnissen des Gegenübers. Folglich können auch anfallende Fragen nicht beantwortet werden, ohne das Gegenüber in die Lösungsfindung miteinzubinden. Es geht also nicht um das Prinzip: Ich weiß bereits die Antwort/Lösung, weil ich eine Schulung besucht habe, und stülpe sie dir drüber.’

Vielmehr geht es bei der Schulung um eine Sensibilisierung für die möglichen kulturspezifischen Bedürfnisse und deren Hintergründe, um dadurch auch eine offene Haltung zu stärken.

Ein Thema ist dabei das Verständnis von Interkulturalität, Kultursensibilität und Transkulturalität. Im Ambulanten Hospiz- und Palliativdienst DaSein wird eher von Kultursensibilität und Transkulturalität gesprochen, weil in „beide Richtungen geschaut“ wird und Übereinstimmungen und Unterschiede zwischen den Pflegebedürftigen und denen, die sie begleiten, gesucht werden. Es geht dabei darum, eine Basis zu finden, die von beiden Seiten getragen wird.

„Wenn ich kultursensibel begleiten will, muss ich auch offen und bereit sein, mein Gegenüber in dem vermeintlichen oder möglichen Anderssein anzunehmen und mitzugehen - und auch zu unterstützen. [...] Es geht erstmal um eine offene Haltung. Ich schau erstmal, wer Du bist, was Du brauchst [...], wo können wir uns annähern, wo kann ich ein Stück von mir loslassen, wo kann ein Stück der Andere vielleicht entgegenkommen.“

Neben Fachbegriffen sollten auch Diskussionen über Deutschlands „Migrationsgeschichte“ oder über die Beweggründe, aus denen Personen ihre Heimat verlassen, Inhalt der entsprechenden Schulungen sein. Diese inhaltlichen Bausteine helfen, für die interkulturelle Versorgung zu sensibilisieren.

Schulungen sind Teil eines stetigen Prozesses, einer Dynamik, an der man wächst und Neues versucht. Man muss die Themen der Interkulturalität weiterentwickeln.

2.6. Ehrenamt

„Ehrenamt - da müssen wir uns Gedanken machen, damit wir die Menschen gewinnen können, ohne Ehrenamt geht unsere Arbeit nicht.“ (FG Berlin TN 5)

Ehrenamtliche spielen in der hospizlichen und palliativmedizinischen Versorgung seit jeher eine wichtige Rolle; vor allem wenn es um die interkulturelle Öffnung geht, sind interkulturell interessierte Ehrenamtliche wichtige Akteur/innen, deren spezifische Rolle und deren besondere Fähigkeiten gut einbezogen werden können, so die Teilnehmenden der Fokusgruppen. Erwartungen sind Ehrenamtlichen gegenüber eher an Beziehungen geknüpft, nicht an deren Funktion.

„Sie können ein Vorbild für die Gesellschaft sein.“ (INT PB 7)

„Es ist in der Realität ganz häufig so, dass sozusagen das Ehrenamt zu dem Menschen kommt, [...] und dann ist der oder die Ehrenamtliche beim Erstgespräch die erste, die mal fragt, was haben Sie denn beruflich gemacht? Das ist so eine schöne Einstiegsfrage, und dann kommt man ins Reden.“ (FG Berlin TN 3)

Unter den Fokusgruppenteilnehmenden herrschte Konsens über die Wichtigkeit des Ehrenamtes, aber auch darüber, dass Ehrenamtliche gesellschaftlich

und politisch mehr Anerkennung und Wertschätzung benötigen. Sie können ein wichtiger Teil der interkulturellen Öffnung sein, weil sie etwa bei eigenem Migrationshintergrund - als sprachliche und kulturelle Mittler/innen dienen können.

Tendenziell sind Menschen mit Migrationshintergrund aber eher selten im Ehrenamt vertreten. Laut den Fokusgruppen entsprechen Ehrenamtliche mit Migrationshintergrund nicht dem typischen Bild eines Ehrenamtlichen. Damit die entsprechenden Kurse auch Menschen mit Migrationshintergrund erreichen, sollten sie besser an die Personen, die sich Sterbebegleitungen vorstellen können, „angepasst“ werden und Sprache und Religion bzw. auch religiöse Subgruppen berücksichtigen. Besonders das fehlende Verständnis für das hospizliche Konzept des Ehrenamtes macht es allerdings schwierig, aus bestimmten Communities Interessierte zu finden.

Praxisbeispiel Ehrenamtliche Mitarbeit von Menschen mit Migrationshintergrund im Team

Koordination Hospizarbeit am Klinikum Essen, Ulrike Ritterbusch

Ursprünglich ging es dem Ambulanten Hospizdienst in Essen darum, Menschen nach Krankenhausentlassungen und gegebenenfalls auch bei Wiederaufnahme ins Krankenhaus zu begleiten. Inzwischen gibt es viele Anfragen, auch aus dem Klinikum, an das man seit 2013 angegliedert ist. Insgesamt 35-45 Ehrenamtliche „begleiten überall, wo Menschen sie haben wollen.“ Zu den Aufgaben der Koordination des Dienstes gehört die Organisation dieser Begleitungen, aber auch die Ausbildung in den Befähigungskursen. Darüber hinaus gibt es für die Ehrenamtlichen den wichtigen „Support“ zu ihren Begleitungen im Sinne einer regelmäßigen Supervision und Betreuung.

Bei der interkulturellen Öffnung der ehrenamtlichen Begleitung geht es dem Essener Hospizdienst nicht um spezielle „Gruppen“, die sonst häufig mit dem Begriff Kultur verknüpft werden. Der Begriff Kultur soll nicht mit Religionen verbunden werden, sondern auf das Individuum bezogen sein, denn „jeder Einzelne hat eine andere Kultur, das heißt eine andere Sozialisation und ein anderes Wertesystem“. So gibt es zum Beispiel in den Religionen unterschiedliche Rituale und Traditionen, die mit jeweils eigenen Bedeutungshorizonten für den Einzelnen verbunden sind. Deshalb wird bei interkulturellen Begleitungen geraten:

„Das Wichtigste ist, dass Du den Einzelnen fragst, was er möchte.“

Trotzdem spielen natürlich auch Unterschiede eine Rolle; man muss auch „Leute haben, die übersetzen“ und Wortbedeutungen verstehen, weil es Unterschiede in den Bedeutungen geben kann, die den Wörtern zugeschrieben werden, so dass Missverständnisse entstehen können.

Mit „krummen Lebensläufen“, also mit ganz unterschiedliche Kompetenzen und Ausbildungen, leben die drei leitenden Koordinatorinnen des Ambulanten Hospizdienstes die interkulturelle Offenheit selbst vor: „Nach außen signalisieren“, dass die Diversität funktioniert, ist ein wichtiger Ansatz des Hospizdienstes.

Um den wenigen Begleitungen durch Menschen mit Migrationshintergrund und der zunehmenden Zahl Geflüchteter zu begegnen, war es wichtig, auf die Communities zuzugehen. Die üblichen Schulungen für Ehrenamtliche, für die es anerkannte Curricula gibt, wurden inhaltlich erweitert, so dass auch die kulturellen Unterschiede zwischen den Teilnehmenden thematisiert werden konnten. Hier stellt sich heraus, dass sich die Teilnehmenden aus monotheistischen Religionen besonders im Umgang mit den Themen Sterben, Tod und Trauer oft ähnlicher als gedacht sind. Unterschiede resultieren dann meist eher aus der Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Generationen. In diesem Rahmen werden auch Themen mit „Konfliktpotenzial“ besprochen: etwa Unterschiede im Bestattungswesen, in der Kommunikation über Sterben und Tod, Palliativmedizin und Hospiz als ein 'Aufgeben' der Patient/innen sowie viele Besucher/innen beim Sterbenden. Auch spezielle Essenskulturen und Lebensweisen sollen thematisiert und kennen gelernt werden. Förderlich für diese Zusammenarbeit ist die „Neugier“, verbunden mit der Frage an den Anderen: „Wer bist Du wirklich?“

Bei ehrenamtlichen Begleitungen ist das Besondere, „dass wir nichts kosten, wir kommen einfach“, „ob der Patient krankenversichert ist oder welchen Aufenthaltsstatus er hat, ist dem Hospiz erstmal egal.“ Trotzdem können natürlich Bürokratie und Formalitäten Hindernisse in der Begleitung sein, vor allem, weil sie auch für die medizinische und pflegerische Betreuung relevant sein können und damit für die Patient/innen. Längerfristig wäre in diesem Zusammenhang auch für den Hospizdienst eine solche formale Grenze da, denn nach dem SGB (Sozialgesetzbuch) gibt es die Möglichkeiten einer Begleitung ohne Versicherung und ohne Aufenthaltsstatus nicht. Aber da sich der Sozialdienst vorab um den vorübergehenden Versicherungsstatus kümmert, betrifft die Situation um Menschen ohne Status nur ganz wenige.

Um neue Interessierte für die interkulturellen Begleitungen zu gewinnen, helfen zunächst Flyer, die auch die Vielfalt in dem Hospizdienst deutlich machen und somit Offenheit zeigen. Und in der Organisation der ehrenamtlichen Begleitung ebenfalls Menschen zu haben, die die Community vertreten können („Gatekeeper“), ist sicher hilfreich. Wichtig ist dabei auch hier, nicht allein auf religiöse Gemeinden zuzugehen, es gibt auch ganz andere Gruppen mit Menschen mit Migrationshintergrund. Dabei sollten auch zeitgemäß neue Medien genutzt werden.

Trotz aller Hürden und Herausforderungen, die man „an der Quelle“ erfährt, sollte auch Politik Verantwortung übernehmen, gerade was Förderungen betrifft, „so dass man das Gefühl hat, man wird von oben supportet“.

2.7. Weitere Kategorien zu versorgungsstrukturellen Problemen

Neben den für die interkulturelle Öffnung zentralen Kategorien der Offenheit und Netzwerkbildung bzw. Community-/Öffentlichkeitsarbeit sowie der Aus-, Fort- und Weiterbildung und des Ehrenamtes gab es noch weitere Themen in den Fokusgruppen, die deutlich machen, dass die Versorgungssituation niemals von einem Thema oder einer Kategorie allein abhängt, und dass eine erfolgreiche interkulturelle Öffnung auch von strukturellen Einflussfaktoren, aber besonders von dem Zusammenspiel der verschiedenen Faktoren abhängig ist. Es geht oft um Rahmenbedingungen, die die Praxis der Versorgenden erheblich beeinflussen.

Betont wurde vor allem der Finanzierungsrahmen, der häufig mit einem immensen bürokratischen Aufwand verbunden ist. Das betrifft unter anderem die Finanzierung von Dolmetscher/innen-Tätigkeiten, die oft nicht geklärt sind. Die Politik könnte, so die Teilnehmenden der Fokusgruppen, die Dolmetschernutzung prinzipiell erleichtern. Denn die sprachlichen Hürden wurden in den Gruppen immer wieder als ein großes Hindernis erwähnt.

„Einen guten Pool an professionellen Dolmetschern, schnell und unbürokratischer Zugang, einfache Finanzierung, das wäre etwas, was Ihr dem Ministerium sagen könntet.“ (FG Wiesbaden TN 3)

Die bürokratisch-finanziellen Hürden der Versorgung wurden generell als zu hoch eingeschätzt. Besonders Projekte und spezifische Stellen sind selten längerfristig

abgesichert. Auch die Aufwertung von Pflegeberufen wird gefordert. In so einem Rahmen könnte dann interkulturelle Öffnung als ein Ziel auf der Agenda stehen.

„In der Altenpflege haben sie ja gar keine Unterstützung für den Palliativbereich.“ (FG Köln TN 3)

„Wenn ich da hinkomme zur ambulanten Pflege, ich muss [nicht] nur Medikamente geben, Insulin spritzen, ich muss die ganze Post durchgucken, das sind alles ‚eh da Leistungen‘ für mich, ich bin ja eh da, es ist aber kein anderer da, der das macht.“ (FG Köln TN 2)



3. Ausblick: Empfehlungen für eine gelingende interkulturelle Öffnung

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Wichtigkeit der interkulturellen Öffnung der Hospiz- und Palliativversorgung von den Teilnehmenden an dieser Studie hervorgehoben wird. Es wird vor allem deutlich, was den Einrichtungen fehlt. Aber auch einige Konzepte und Strategien sind erfolgreich. Neben der Offenheit, die in ihren verschiedenen Dimensionen zur Sprache kommt, ist die zielgerichtete Öffentlichkeitsarbeit in den Communities, die Informationsdefizite zu Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepten beheben soll, wichtig. Besonders Netzwerke können die Versorgung und damit die Offenheit verbessern. Zugleich ist es wichtig, dass die Probleme nicht ‚kulturalisiert‘ werden, sondern dass das Verständnis von Kultur hinterfragt wird, gerade wenn es sich hauptsächlich auf Annahmen über die Herkunft von Patient/innen bezieht. Wissen über spezifische Kulturen vermittelt zwar Sicherheit, jedoch helfen Leitfäden nicht, weil sie der Komplexität der Versorgungssituation nicht gerecht werden – immer wieder wird der kreative Umgang mit Sterbesituationen im interkulturellen Zusammenhang betont.

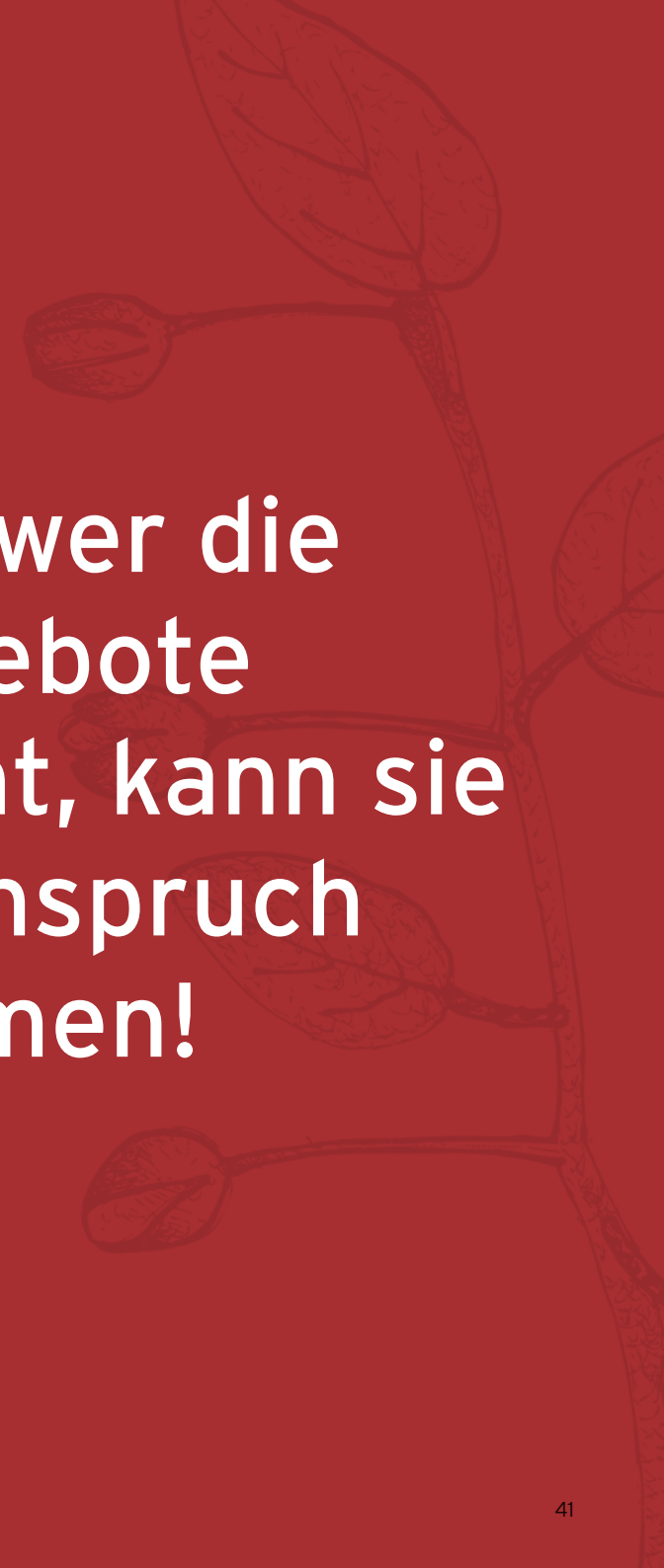


In Abb. 1 sind die zentralen Themen und Kategorien der Projektteilnehmer/innen zusammengefasst. Es wird deutlich, dass die Kategorie Offenheit allen anderen Kategorien zugrunde liegt und als Ausgangspunkt für interkulturelle Öffnung gelten kann.

Abb. 1: Zusammenfassung der zentralen Kategorien interkultureller Öffnung

Wenn man die Umsetzung der Idee einer interkulturellen Öffnung vorantreiben möchte, ist aus Sicht der Projektteilnehmer/innen festzuhalten:

- In den Fokusgruppen wird Interkulturalität als Begriff hinterfragt. Wichtig ist, dass eine interkulturelle Öffnung so verstanden wird, dass sie auf jeden Menschen, der Bedarf an palliativmedizinischer und hospizlicher Versorgung in der letzten Lebensphase hat, bezogen werden kann.
- Kultur darf nicht nur ethnisch oder geografisch verstanden werden.
- Institutionelle wie persönliche Offenheit wird von allen Einrichtungen als Grundlage gesehen. Stigmatisierungen und Vorurteile sollen auch im Team abgebaut werden.
- Netzwerkarbeit kann als besonders wichtige Strategie gelten, wenn sie etwa auf den direkten Kontakt zu Menschen mit Migrationshintergrund und den Communities abzielt.
- Gatekeeper müssen gefunden werden, die den Zugang zu den Communities gewährleisten.
- Der Wegweiser der DGP sollte in diesem Zusammenhang weiterentwickelt und ergänzt werden, um die Netzwerkarbeit gezielt fördern zu können.
- Technische Medien sollten stärker genutzt werden, wenn breit informiert werden soll. Dabei sollte man die Möglichkeiten der neuen sozialen Medien berücksichtigen.
- Die Arbeit der Pflegeberufe und die Unterstützung durch das Ehrenamt sollten aufgewertet werden.
- Alle an der Versorgung beteiligten Teams sollten sich für Menschen mit Migrationshintergrund öffnen.
- Interkulturelle Öffnung muss in allen Ausbildungen und Schulungen verankert werden.
- Man muss Palliativmedizin und die Hospizidee inhaltlich bekannter machen. Nur wer die Angebote kennt, kann sie in Anspruch nehmen!
- Insgesamt braucht es Finanzierungsstrukturen, die der Palliativmedizin, den Hospizdiensten und Hospizen mehr Freiraum für kreative und alternative Lösungen geben.
- Ohne politische Unterstützung bleibt vieles an Einzelpersonen hängen. Das Thema interkulturelle Öffnung muss auf die politische Agenda.



Nur wer die Angebote kennt, kann sie in Anspruch nehmen!

Anhang

Methodisches Vorgehen

Das qualitative Forschungsdesign, das wir für dieses Forschungsprojekt gewählt haben, basiert zum einen auf den Diskussionen in den vier Fokusgruppen und zum anderen auf themenfokussierten Interviews, die wir begleitend mit einzelnen Vertreter/innen aus der Hospiz- und Palliativversorgung und im Anschluss an die Fokusgruppen mit den Vertreter/innen der ‚Praxisbeispiele‘ geführt haben. Die Fokusgruppen sind methodisch für uns wichtig gewesen, weil die Teilnehmer/innen ihre Einstellungen zur interkulturellen Öffnung im direkten Austausch diskutieren konnten. Durch die Gruppensituation konnte in einer der Interaktion förderlichen Atmosphäre der Austausch von Einschätzungen und Meinungen stattfinden. Es geht in dieser Erhebungsmethode weniger darum, zu einem für alle verbindlichen Ergebnis zu kommen, als darum, dass alle für die Forschungsfrage relevanten Themen angesprochen werden.

Konkret sah das so aus, dass zu Beginn nach den Schwierigkeiten der interkulturellen Öffnung in der Hospiz- und Palliativversorgung gefragt wurde. Auch wenn der Diskussionsprozess dann möglichst offen gehalten wurde, achtete die Moderatorin darauf, dass die Forschungsfragen des zuvor formulierten und für alle Fokusgruppen gleichen Leitfadens beantwortet wurden. Direkt im Anschluss an die Diskussion wurden die wichtigsten Themen durch die Visualisierung auf einer Flipchart (Focusgroup Illustration Map) zusammengefasst und schließlich sofort mit den Teilnehmenden der Fokusgruppe besprochen. So wurde gewährleistet, dass die Teilnehmenden mit den aus den Fokusgruppen-Gesprächen direkt gewonnenen Kategorien (zum Verständnis von interkultureller Öffnung, zu Bedingungen der Umsetzung und zum Ausblick) inhaltlich einverstanden waren.

Im Anschluss daran wurden die aufgezeichneten Gespräche vollständig verschriftlicht und schließlich durch das Forscher/innen-Team mit der Qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Methode, in der Variante von P. Mayring, hat den Vorteil, dass das Datenmaterial zusammengefasst und in immer reduzierterer Form auf wenige Kategorien zugespitzt werden kann. Es wird in dieser kategorienbasierten Methode auf die Relevanz des Geäußerten geachtet, indem die manifesten Inhalte analysiert werden. Deutungen, die sich natürlich nie gänzlich vermeiden lassen, treten dabei in den Hintergrund.

Außerdem wurden im weiteren Verlauf der Erhebung auf Basis der Ergebnisse der Fokusgruppeninterviews themenfokussierte Einzelinterviews zur Unterstützung der Auswertung geführt. Besonders für die Praxisbeispiele wurden vier Interviews geführt, um bestimmte Aspekte, die als zusammengefasste Kategorien hervorstachen, zu vertiefen. Die Auswertung blieb auf der Ebene, dass die wichtigsten Aspekte, die man bei einer interkulturellen Öffnung berücksichtigen muss, zusammengefasst wurden.

Diese Interviews halfen, Empfehlungen für eine gelingende interkulturelle Öffnung zu formulieren.

Literaturrecherche zum Begriff der interkulturellen Öffnung

Interkulturelle Öffnung - in den letzten Jahren hat sich der Begriff in der Forschung und Politik weitgehend etabliert. Zugleich werden einige andere Begriffe und Konzepte abgrenzend, parallel oder in ähnlicher Weise verwendet. In der Literatur aus der Medizin und Pflege wird der Begriff der Interkulturalität meist im Zusammenhang mit Migration und den sie begleitenden Herausforderungen verwendet. So gilt als eine häufig betonte Herausforderung, Menschen mit Migrationshintergrund stärker in die Gesundheitsversorgung einzubeziehen, weil diese Gruppe einen schlechteren Zugang zur Versorgung hat und viele Nachteile erfährt. Man ist als Einrichtung gefordert, auf die kulturelle Vielfalt der Patient/innen zu reagieren, indem man sich auf die unterschiedliche Herkunft durch interkulturelle Kompetenz einstellt.

„Interkulturelle Öffnung ist ein bewusst gestalteter Prozess, der Menschen aus unterschiedlichen Kulturen und Religionen einen gleichberechtigten Zugang zu den Regeldiensten bereitgestellten Versorgungsleistungen ermöglicht und für eine gleichwertige Qualität in Behandlung, Beratung und Betreuung sorgt.“

(Erim 2009)

Dieser Prozess kann in diesem Verständnis die Struktur der gesamten Einrichtung betreffen und neben der interkulturellen Behandlungs- und Betreuungssituation auch auf die Personalentwicklung bezogen sein.

Während aber Interkulturalität eher als Konzept verstanden wird, bei dem unterschiedliche Kulturen aufeinandertreffen und das Verstehen und Akzeptieren der Unterschiede im Vordergrund stehen, wird bei dem Konzept der Transkultur-

alität eher die kulturübergreifende, Kulturgrenzen überschreitende Dimension der Interaktion, des Aufeinandertreffens von medizinischem oder pflegenden Personal auf der einen Seite und Patient/innen mit Migrationserfahrungen auf der anderen Seite betont. Man versucht nicht nur Unterschiede festzustellen, sondern auch Gemeinsamkeiten zu entdecken.

Bei beiden Herangehensweisen spielt das Verständnis von Kultur eine besondere Rolle. In der konkreten Begegnung mit dem/der Patienten/in geht es für die Versorgenden primär darum, kulturelle Orientierungen und Prägungen zu erkennen, etwa indem die Bedeutung der Migrationserfahrungen für die Biographie des Betroffenen erkannt und berücksichtigt wird. Diese Perspektive wird häufig als eine kultursensible (oder migrationssensible) Versorgung und Pflege bezeichnet. Ihr geht es dann auch um situative Herangehensweisen, die die jeweils individuelle Geschichte, den spezifischen biographischen Hintergrund des/der Patienten/in berücksichtigt.

In diesem Zusammenhang ist auch die Vielfalt der Menschen mit Migrationshintergrund wichtig, die zu berücksichtigen ein ‚Diversity-Management‘ verlangt, also Konzepte, die die Öffnung der Vielfalt der Patient/innen gegenüber fördern.

Auch in der Literatur wird gelegentlich darauf hingewiesen, dass in der Verwendung der geschilderten Konzepte der Begriff der Kultur wenig reflektiert wird. Was also macht genau Kultur aus, welche Faktoren sind spezifisch kulturelle? Auf diese Fragen gibt es komplexe Antworten, für die in dieser Handreichung nicht ausreichend Raum besteht. Verschiedenheit bzw. Unterschiedlichkeit kann sich jedoch auf vielfältige Weise herstellen. Mit Blick auf die Literatur und auch auf die Interviews und Fokusgruppen, die in der Handreichung berücksichtigt wurden, ist es auf jeden Fall wichtig, Kultur nicht auf Herkunft zu reduzieren.

„Interkulturelle Öffnung ist ein bewusst gestalteter Prozess, der Menschen aus unterschiedlichen Kulturen und Religionen einen gleichberechtigten Zugang zu den von den Regel-diensten bereitgestellten Versorgungsleistungen ermöglicht und für eine gleichwertige Qualität in Behandlung, Beratung und Betreuung sorgt.“

(Erim 2009)

Literatur und Quellen

Banse, C. (2018): *Komplexe Grenzziehungen und ungewisse Grenzdynamiken. Zur Palliativversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund und Geflüchteten.* In: Gerst, D.; Klessmann, M.; Krämer, H.; Sienknecht, M.; Ulrich, P. (Hrsg.) *Komplexe Grenzen.* WeltTrends, Potsdam, S 84-94.

Behrens, B. (2011): *Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen. Überblick - Strategie - Praxis.* Oldenburg: BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.

Bellwinkel, M. (2008): *Noch keine Chancengleichheit im Gesundheitssystem. Integration bedarf einer migrationssensiblen Präventionspolitik.* G&S Gesundheit und Sozialpolitik (62/3), S. 49-52.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2005): *Handbuch für eine kultursensible Altenpflegeausbildung.* Berlin, abrufbar unter: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/handbuch-fuer-eine-kultursensible-altenpflegeausbildung/77220> (letzter Abruf am 10.12.2019). (Projektleitung Prof. Dr. Barbara Hellige).

Der Paritätische NRW (Hrsg.) (2014): *Leitfaden Interkulturelle Öffnung.* Eine Arbeitshilfe zu interkulturellen Öffnungsprozessen in Mitgliedsorganisationen.

Droste, M.; Gün, A. K.; Kiefer, H. Koch, E.; Naimi, I.; Reinecke, H.; Wächter, M.; Wesselmann, E. (2013): *Das kultursensible Krankenhaus. Ansätze zur interkulturellen Öffnung.* Berlin, abrufbar unter: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975292/729152/faf92058a4f377b8cb7c8ae889d677e5/das-kultursensible-krankenhaus-09-02-2015-download-ba-ib-data.pdf?download=1> (letzter Abruf: 10.12.2019).

Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration.

Erim, Y. (Hrsg.) (2009): *Klinische Interkulturelle Psychotherapie. Ein Lehr- und Praxisbuch.* Kohlhammer.

Griese, C.; Marburger, H. (2012): *Interkulturelle Öffnung. Ein Lehrbuch.* München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

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

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2018): *Kultursensibilität im Gesundheitswesen.* Düsseldorf, abrufbar unter: https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/modulhandbuch_kultursensibilitaet_im_gesundheitswesen.pdf (letzter Abruf: 10.12.2019).

Koch, E.; Staudt, J.; Gary, A. (2015): *Medizinische Versorgung von Migranten. Interkulturelle Öffnung.* f&w Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (10).

Jansky, M.; Nauck, F. (2014): *Palliativ- und Hospizversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Aktueller Stand und Handlungsempfehlungen für Hospiz- und Palliativversorger* Göttingen, abrufbar unter: http://www.palliativmedizin.med.uni-goettingen.de/de/media/Palliativ-_und_Hospizversorgung_von_Menschen_mit_Migrationshintergrund.pdf (letzter Abruf: 10.12.2019).

Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse. 11. aktualisierte und überarbeitete Ausgabe.* Weinheim (u.a.): Beltz Verlag.

Owusu-Boakye, S.; Banse, C.; Jansky, M.; Nauck, F. (2020; im Druck): *Hospiz- und Palliativversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund.* Schenk, L.; Habermann, M. (2020; im Druck): *Migration und Alter.* Walter De Gruyter (Verlag).

Owusu-Boakye, S.; Banse, C.; Schade, F.; Jansky, M.; Marx, G.; Nauck, F.: *Der Migrationshintergrund als Grenze der Palliativversorgung am Lebensende? Unveröffentlichtes Manuskript, zur Veröffentlichung eingereicht.*

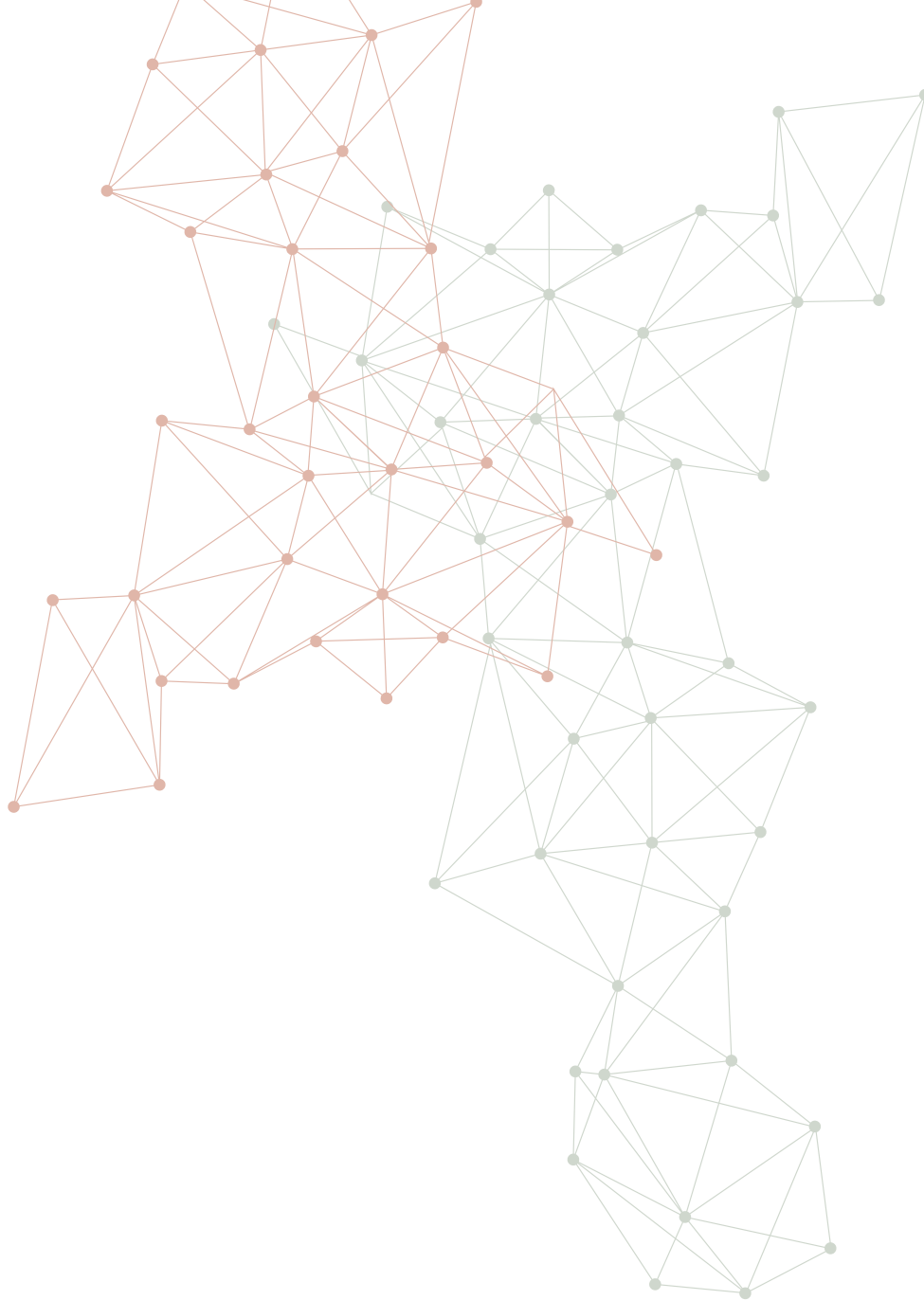
Paal, P.; Grünwald, G.; Rizzi, K. E. (2019): *Kultursensible Hospiz- und Palliativarbeit. Konzepte und Kompetenzen.* Kohlhammer.

Probst, S. (2017): *Ideal und Wirklichkeit einer „kultursensiblen“ Begleitung Schwerstkranker und Sterbender.* *Nervenheilkunde* (36), S. 521-524.

Razum, O.; Saß A.-C. (2015): *Migration und Gesundheit. Interkulturelle Öffnung bleibt eine Herausforderung.* Berlin (u.a.): Springer-Verlag.

Schade, F. (2019): *Die interkulturelle Öffnung der Hospiz- und Palliativversorgung aus Sicht von Versorgenden. Eine qualitative Studie.* Unveröffentlichte Masterthesis an der Hochschule Fulda, zur Veröffentlichung eingereicht.

Stelzer, D. (2012): *Transkulturelle Pflege - Eine Herausforderung für die Hauskrankenpflege in der Steiermark.* Bakkalaureatsarbeit Medizinische Universität Graz, Gesundheits- und Pflegewissenschaften.



Adressen/Kontakte:

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PALLIATIVMEDIZIN (DGP)

AG Palliativversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund
(<https://www.dgpalliativmedizin.de/arbeitsgruppen/ag-palliativversorgung-von-menschen-mit-migrationshintergrund.html>)

Sprecher/innen:

Dipl.-Psych. Maximiliane Jansky
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Klinik für Palliativmedizin
Forschungsbereich
Universitätsmedizin Göttingen
Von-Siebold-Straße 3
37075 Göttingen
Tel: 0551- 39 60557
Mail: Maximiliane.Jansky@med.uni-goettingen.de

Yasemin Günay

Gesundheits- und Krankenpflegerin / Palliative Care Fachkraft
Kordinatorin, Fachbereich: Migration, Hospizdienst DaSein e.V.
Karlstr. 55
80333 München
Tel: 089-124705142
Fax: 089-124705155
Mail: y.guenay@hospiz-da-sein.de
www.hospiz-da-sein.de

EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE (EAPC)

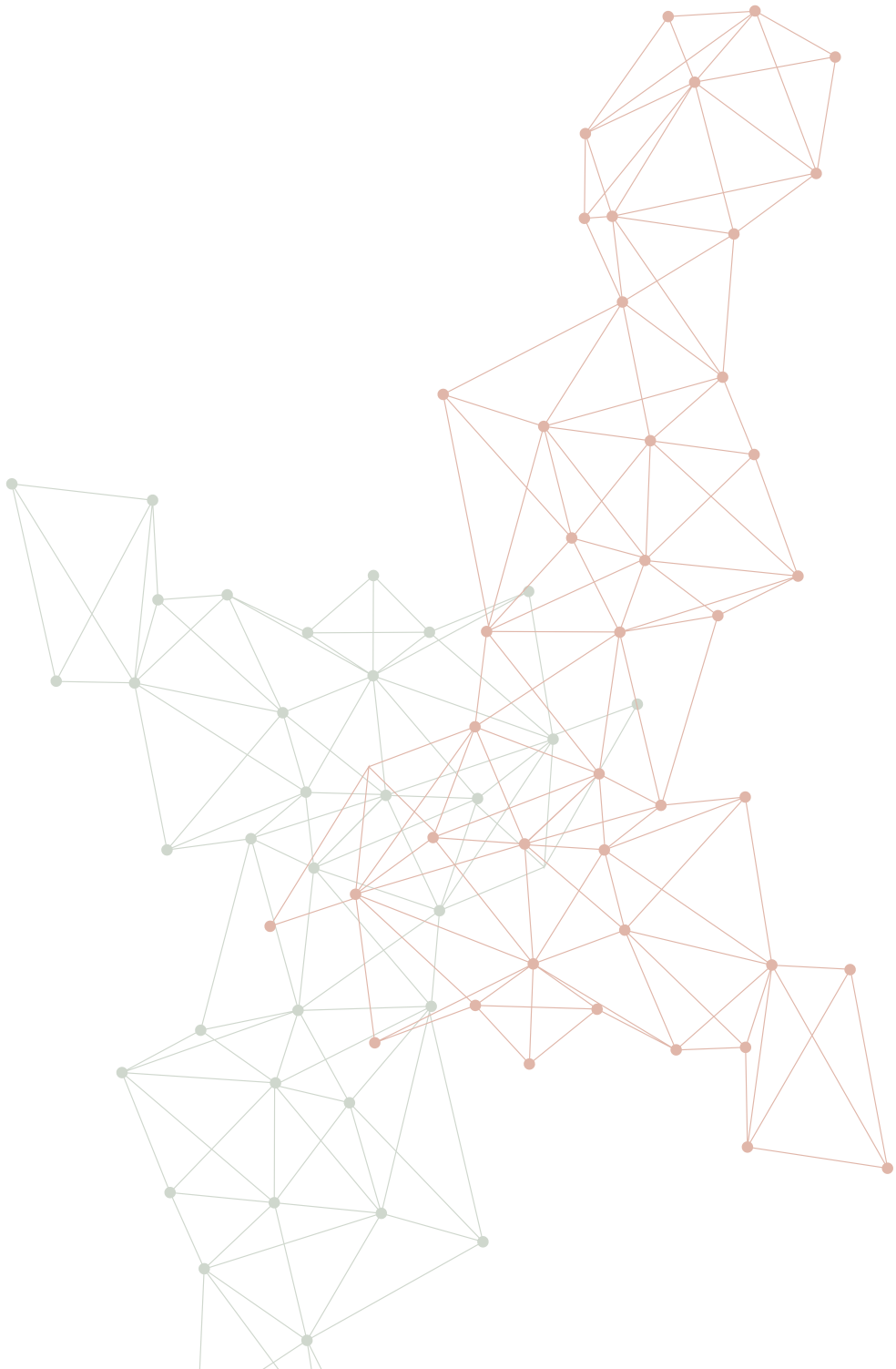
Task Force "Refugees and Migrants"
(<https://www.eapcnet.eu/eapc-groups/task-forces/refugees-migrants>)

Sprecher/innen

Joan Marston RN
Mail: joanmarymarston@gmail.com

Prof. Lukas Radbruch

Mail: Lukas.Radbruch@malteser.org



Weiterführende Links

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend -
www.bmfsfj.de/bmfsfj

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend / Begleitung am Lebensende / Hospiz- und Palliativversorgung
www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/aeltere-menschen/begleitung-am-lebensende/hospiz-und-palliativversorgung

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin www.dgpalliativmedizin.de

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. www.dhpv.de

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland
www.charta-zur-betreuung-sterbender.de

Koordinierungsstelle Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland
www.koordinierung-hospiz-palliativ.de

Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland
www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration
www.integrationsbeauftragte.de

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
www.bamf.de



Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend



Mit Unterstützung der DGP

DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR PALLIATIVMEDIZIN



Initiative
zur Umsetzung der

CHARTA zur Betreuung
schwerkranker und sterbender
Menschen in Deutschland

und ihrer
Handlungsempfehlungen

ISBN 978-3-00-064555-6