

## 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](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](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](mailto: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.