



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

|                                                                                                                      |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Vorwort</b>                                                                                                       | <b>5</b>  |
| <b>Geleitwort der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin</b>                                                    | <b>9</b>  |
| <b>1. Einleitung: Wie kann interkulturelle Öffnung erreicht werden?</b>                                              | <b>13</b> |
| 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        |
| <b>2. Ergebnisse der qualitativen Befragung zur interkulturellen Hospiz- und Palliativversorgung</b>                 | <b>21</b> |
| 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        |
| <b>3. Ausblick:</b>                                                                                                  |           |
| <b>Empfehlungen für eine gelingende interkulturelle Öffnung</b>                                                      | <b>39</b> |
| <b>Anhang</b>                                                                                                        |           |
| 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](mailto: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.

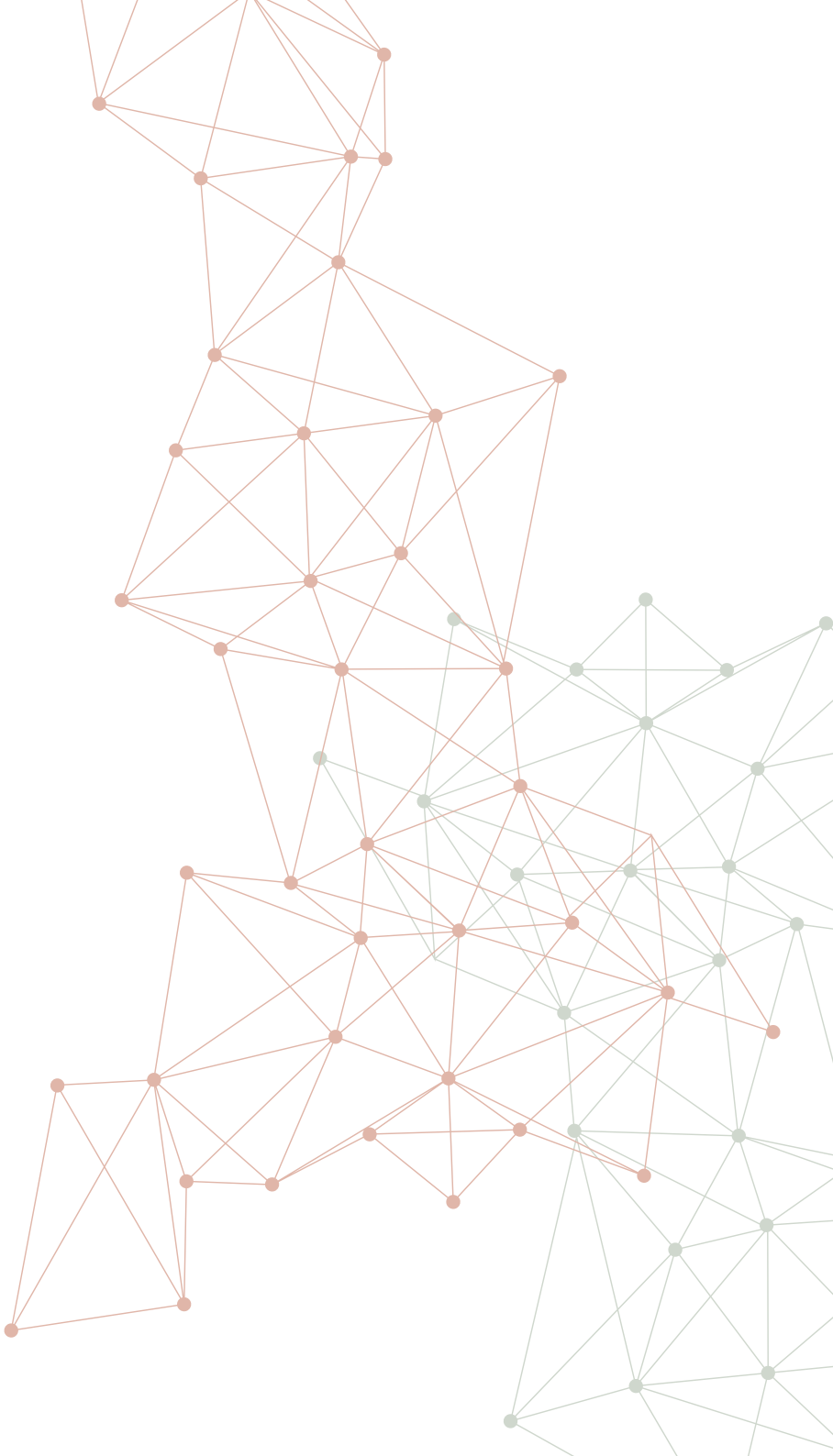
Göttingen, im Dezember 2019

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 Palliativversorgung<sup>1</sup> 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

<sup>1</sup> [www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de](http://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.<sup>2</sup> 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

<sup>2</sup> 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 migrationsspezifischen 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%) migrationsspezifisch 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 alltaglich 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 Netzbildung 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)<sup>3</sup>*

*„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 Fuchs<sup>4</sup>

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

<sup>4</sup> 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 [lehrliche] 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<sup>5</sup>. 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.

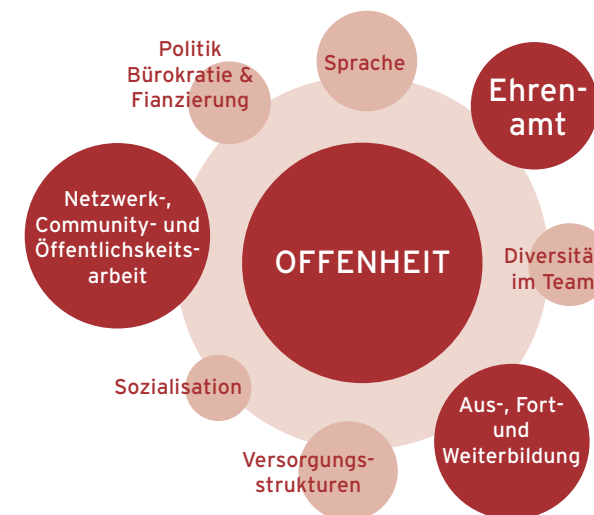
*„In der Altenpflege haben sie ja gar keine Unterstützung für den Palliativbereich.“ (FG Köln TN 3)*

*„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.

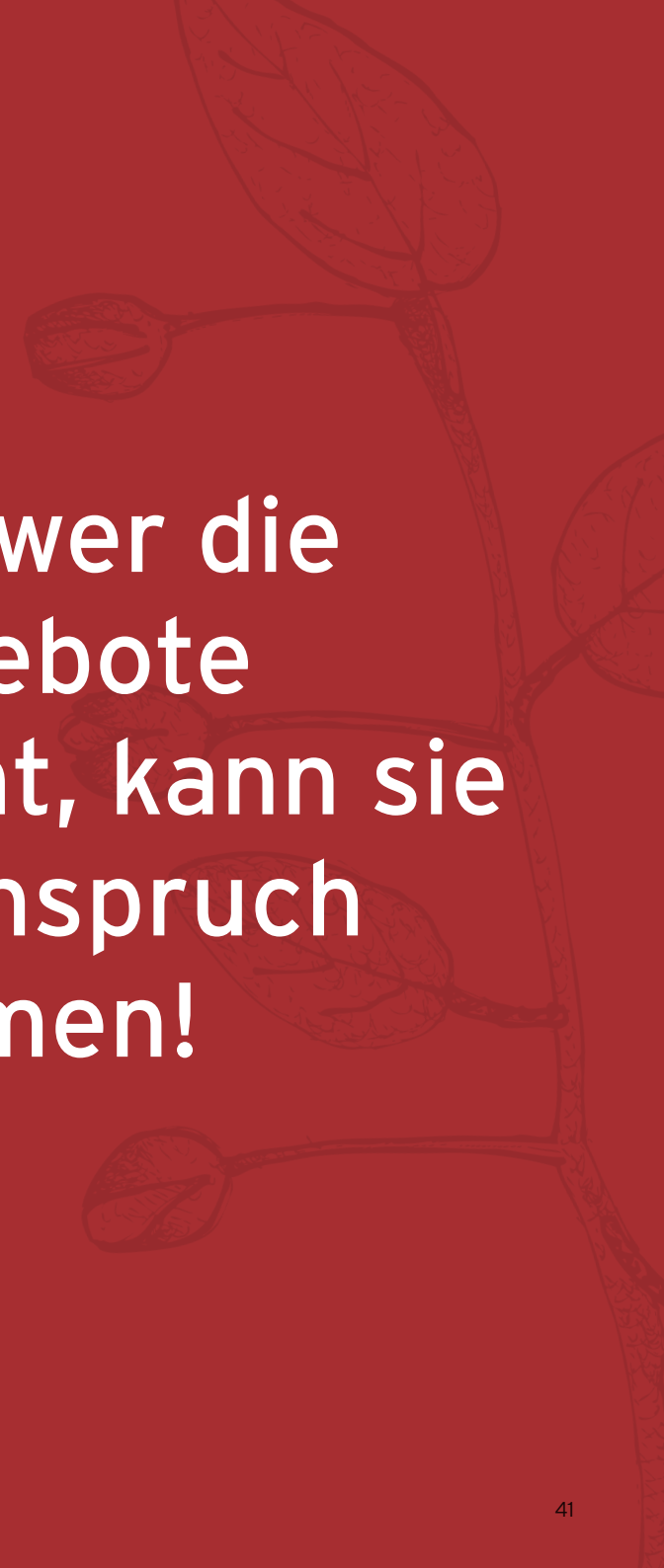


In Abb.1 sind die zentralen Themen und Kategorien der Projektteilnehmer/innen zusammengefasst. Es wird deutlich, dass die Kategorie Offenheit allen anderen Kategorien zugrunde liegt und als Ausgangspunkt für interkulturelle Öffnung gelten kann.

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 von 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 Regeldiensten 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](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](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.**

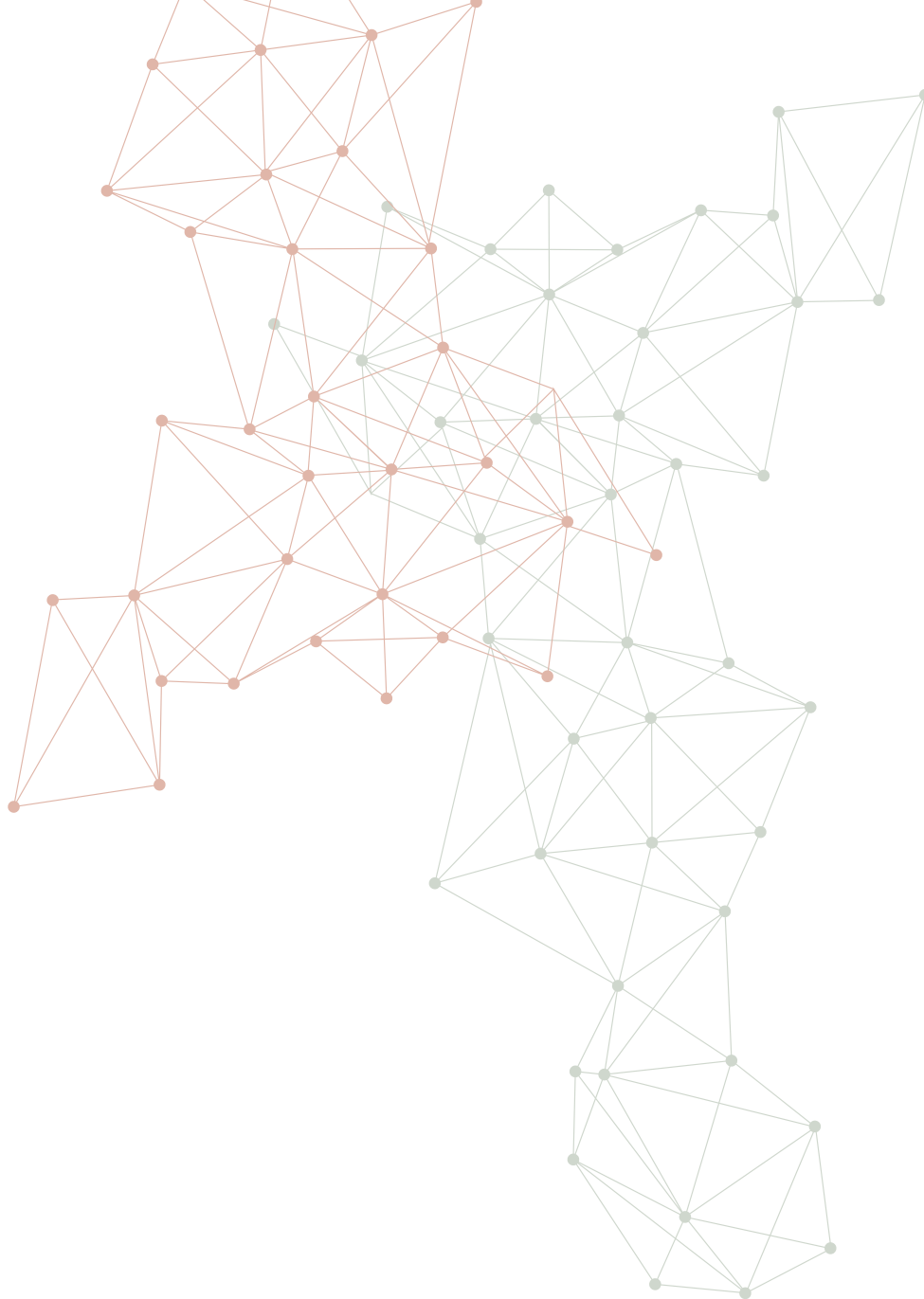
**Paal, P.; Grünwald, G.; Rizzi, K. E. (2019):** *Kultursensible Hospiz- und Palliativarbeit. Konzepte und Kompetenzen.* Kohlhammer.

**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

Koordinatorin, 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](http://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>)

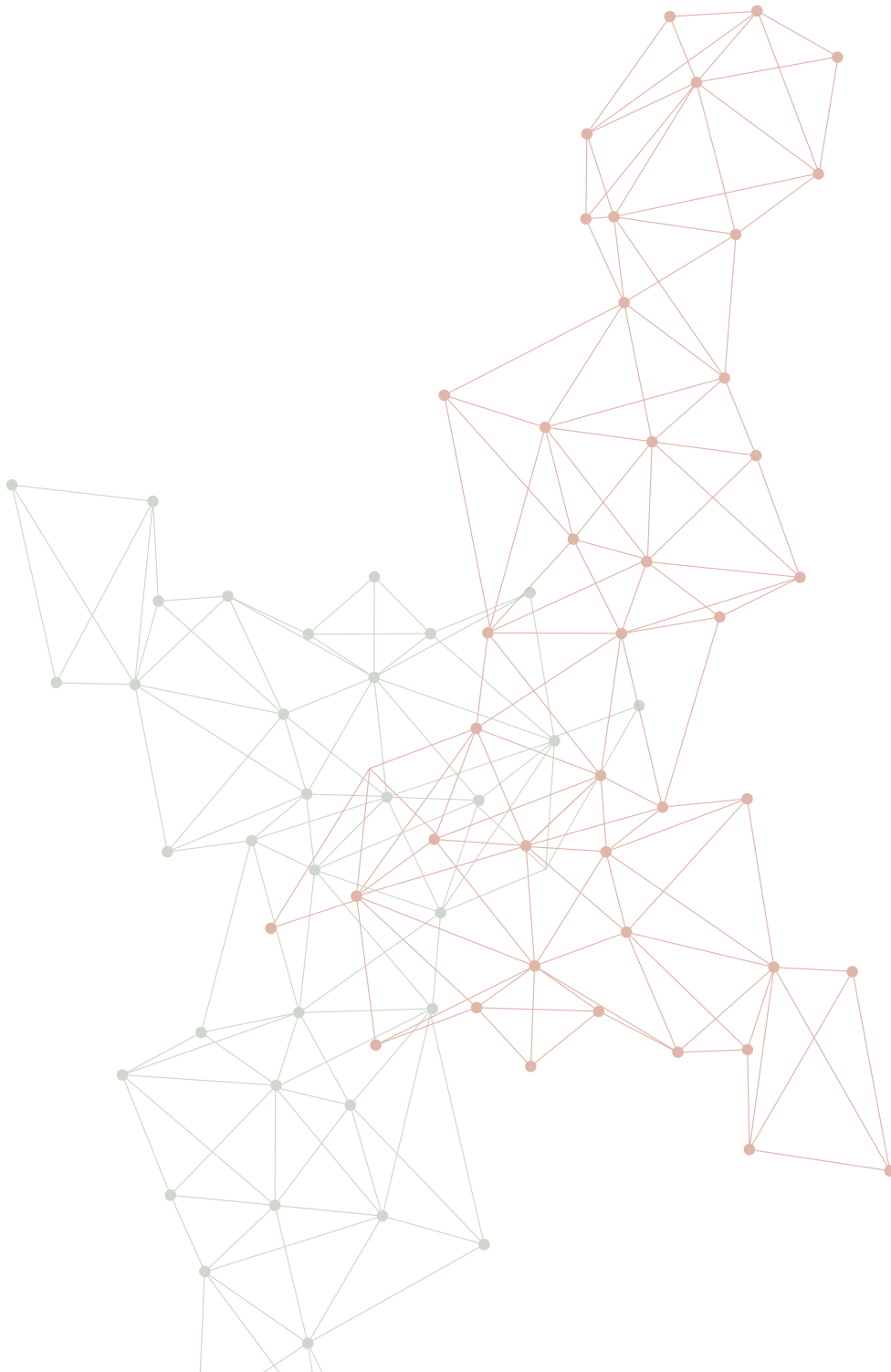
#### Sprecher/innen

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](http://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](http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/aeltere-menschen/begleitung-am-lebensende/hospiz-und-palliativversorgung)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin [www.dgpalliativmedizin.de](http://www.dgpalliativmedizin.de)

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. [www.dhvp.de](http://www.dhvp.de)

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland  
[www.charta-zur-betreuung-sterbender.de](http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de)

Koordinierungsstelle Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland  
[www.koordinierung-hospiz-palliativ.de](http://www.koordinierung-hospiz-palliativ.de)

Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland  
[www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de](http://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de)

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration  
[www.integrationsbeauftragte.de](http://www.integrationsbeauftragte.de)

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge  
[www.bamf.de](http://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  
schwerstkranker und sterbender  
Menschen in Deutschland

und ihrer  
Handlungsempfehlungen

ISBN 978-3-00-064555-6