

Hospiz- und Palliativarbeit für Menschen mit Migrationshintergrund

Interkulturelle Öffnung
in der Hospiz- und Palliativversorgung

Daniela Grammatico



Hospiz- und Palliativarbeit
für Menschen mit
Migrationshintergrund

Interkulturelle Öffnung in der
Hospiz- und Palliativversorgung

Daniela Grammatico

IMPRESSUM

Herausgeber

Ansprechstellen im Land Nordrhein-Westfalen zur Palliativversorgung,
Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung

Redaktion

ALPHA-Westfalen
Ansprechstelle im
Land NRW zur
Palliativversorgung,
Hospizarbeit und
Angehörigenbegleitung
Landesteil Westfalen-Lippe

Hubert Edin, Gerlinde Dingerkus

Friedrich-Ebert-Straße 157-159
48153 Münster
02 51 – 23 08 48
alpha@muenster.de

Dritte Auflage 2018
Layout: art applied, Münster
Druck: Buschmann, Münster
Titelfoto: Dirk/photocase.com

Auflage: 1200

INHALT

Vorwort zur zweiten Auflage/ Vorwort zur ersten Auflage	5
1. Einleitung	7
2. Migrantinnen und Migranten in der hospizlich-palliativen Versorgung	10
2.1. Migrantinnen und Migranten in der Bundesrepublik Deutschland	11
2.2. Demographische Entwicklung in Deutschland und NRW	19
2.3. Aktuelle Situation der Migrantinnen und Migranten im palliativ-hospizlichen Versorgungskontext	22
2.4. Ursachen für Zugangsbarrieren – Ergebnisse einer explorativen Befragung	26
2.4.1 Information über die hospizlich-palliativen Unterstützungsleistungen – der Zugang	29
2.4.2 Entwicklung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung	29
2.4.3 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund	31
2.4.4 Kommunikation	32
2.4.5 Medizinische und pflegerische Unterstützung	32
2.4.6 Information und Koordination	33
2.4.7 Übernahme einer Mediatorenfunktion, z. B. bei unterschiedlichen Erwartungshaltungen	35
2.4.8 Vernetzung	36
3. Interkulturelle Orientierung in hospizlichen und palliativen Diensten und Einrichtungen	38
3.1. Vom statischen zum dynamischen Kulturverständnis	40
3.2. Das Fremde in uns	43
3.3. Interkulturelle Kompetenz	48
4. Praxishinweise zur interkulturellen Öffnung im hospizlich-palliativen Kontext	56
4.1. Veränderungen auf der Ebene der Organisation	57
4.2. Regionale Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse	61
4.3. Veränderungen auf der Ebene der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	64
4.3.1 Anforderungsprofile Interkultureller Kompetenz	64
4.3.2 Besondere Aspekte im hospizlich-palliativen Kontext	67
5. Resümee	69
6. Exemplarische Darstellung von Lernformaten und Methoden zur Förderung von Interkultureller Kompetenz und Interkulturelle Öffnung	70
7. Literatur	76

Vorwort zur zweiten Auflage

Im Jahr 2008 haben wir gemeinsam mit dem Caritasverband Essen eine Broschüre zum Thema „Interkulturelle Öffnung der Palliativ- und Hospizdienste“ veröffentlicht, die bereits nach kurzer Zeit vergriffen war. Da dieses Thema weiterhin relevant ist und mit den aktuellen gesellschaftspolitischen Entwicklungen möglicherweise zukünftig noch stärker auch in den Fokus der Palliativ- und Hospizbegleitung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen rückt, haben wir uns entschlossen, eine zweite Auflage dieser Broschüre herauszugeben.

Die allgemeinen Grundlagen zum Thema Migration bedurften keiner tiefgreifenden weitergehenden Änderung, jedoch wurde für diese Veröffentlichung eine weitere explorative Befragung in Form von zehn Interviews durchgeführt, die ein erstes Bild zur aktuellen Situation der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund im palliativen und hospizlichen Bereich ermöglicht.

Des Weiteren wurde der Blick nun auch auf einzelne Handlungsschritte für eine erfolgreiche interkulturelle Öffnung gerichtet, so dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hospiz- und Palliativdienste mit dieser Broschüre beispielhaftes Material erhalten, das den Prozess einer interkulturellen Öffnung unterstützen kann.

Vorwort zur ersten Auflage

Hospizliche und palliative Einrichtungen befassen sich schon seit längerem mit dem, was andere Kulturen und Religionen ausmacht. Sie informieren sich z. B. über religiös orientierte Rituale oder den Umgang mit Verstorbenen. Dabei berücksichtigen sie viele der in Deutschland vertretenen Nationalitäten. Der direkte Kontakt zu Menschen mit Migrationshintergrund von der Seite der ‚Anbieter‘ jedoch und die tatsächliche Inanspruchnahme hospizlicher und palliativer Leistungen von Seiten der Betroffenen ist so gering, dass wir dies einer genaueren Betrachtung der Hintergründe unterzogen haben.

Nach einer Befragung von Fachleuten aus dem Gesundheitswesen bzw. anderen Fachleuten mit eigenem Migrationshintergrund sowie sechzehn Interviews mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus der Hospiz- und Palliativarbeit konnten erste Schlüsse gezogen werden. Es wurde uns, die wir uns in den letzten beiden Jahren intensiver mit diesem Thema beschäftigt haben, auf der einen Seite deutlich, dass es nicht ausschließlich die kulturellen Hintergründe sind, die dazu führen, dass hospizliche und palliative Angebote wenig wahr- und in Anspruch genommen werden. Es wurde auf der anderen Seite auch deutlich, dass die Auseinandersetzung mit dem Thema auf beiden Seiten zu erfolgen hat.

Mit dieser Publikation möchten wir die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der hospizlichen und palliativen Einrichtungen ermuntern, sich dem Thema mit einer achtsamen Haltung zu öffnen und damit eine gegenseitige Annäherung zu ermöglichen.

1. Einleitung

In der Bundesrepublik Deutschland haben sich seit vielen Jahren unterschiedliche Strukturen zur hospizlichen ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen entwickeln können. Die damit verbundenen leistungsrechtlich ausdifferenzierten Angebote fanden ihren Ausdruck in neuen Angebotsstrukturen, die zwar Teile einer Standardversorgung darstellen, jedoch in den letzten Jahren immer stärker von einer Komplexität gekennzeichnet sind, die sich auf den Zugang zu einzelnen Dienstleistungen eher hinderlich auswirkt. Verschiedene Bevölkerungsgruppen sind von den damit verbundenen Zugangsbarrieren in verschiedenartiger Art und Weise betroffen.

So wird in unterschiedlichen Zusammenhängen immer wieder deutlich, dass eine ausschließliche ambulante hospizliche Versorgung – mit dem Schwerpunkt auf der psychosozialen Unterstützung – von den Erwachsenen mit Migrationshintergrund nur in geringem Umfang in Anspruch genommen wird. Im Gegensatz dazu zeigt es sich immer wieder, dass die pflegerisch-medizinische Versorgung sehr wohl von diesen Bevölkerungsgruppen angenommen wird. So berichten Mitarbeiterinnen¹ und Mitarbeiter aus stationären Hospizen auch von einem höheren Prozentsatz an Patienten mit Migrationshintergrund in ihren Einrichtungen als die ambulanten Hospizdienste. Ausnahme bei den Betrachtungen der ambulanten hospizlichen Versorgung bilden die Kinder. Hier ist erkennbar, dass diese – im Gegensatz zur Gruppe der Erwachsenen – sehr häufig in den einzelnen Diensten der ambulanten hospizlichen Versorgung als Patienten² bzw. Klienten vertreten sind; z. T. sogar in überdurchschnittlich hohem Maße.

Um eine erste Annäherung an das Thema der Migrantinnen und Migranten im Kontext der hospizlichen Versorgung zu erhalten, wurde zunächst von ALPHA Westfalen im Jahr 2008 eine sondierende empirische Untersuchung mit der untersuchungsleitenden Fragestellung der Situation dieser Bevölkerungsgruppe und ihres Bedarfs an hospizlicher Begleitung bzw. ihres Inanspruchnahmeverhaltens durchgeführt.

Des Weiteren wurden in dieser Zeit fünfzehn explorative Interviews mit Koordinatorinnen ambulanter Hospizdienste durchgeführt, die der Validierung der bereits entwickelten Thesen dienten. Auch hier wurde schnell deutlich, dass hauptsächlich im Bereich der ambulanten Hospizdienste für Erwachsene ein Bedarf an Überlegungen zur Art und Weise einer interkulturellen Orientierung bzw. Öffnung besteht, da diese ambulanten hospizlichen Dienste nur in geringem Umfang von der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund ange-

1 Es wurde versucht, sowohl die männliche als auch die weibliche Form oder geschlechtsneutrale Begriffe zu verwenden. An den Stellen, wo nur ein Geschlecht genannt ist, geschah das aus Gründen der besseren Lesbarkeit. Gemeint sind immer beide Geschlechter.

2 Die Begriffe „Patient“ und „Klient“ werden in dieser Arbeit synonym verwandt.

nommen werden. Die Ergebnisse dieser Studie bilden die Grundlage der vorliegenden Arbeit.

Um eine erste Einschätzung über die heutige aktuelle Situation erhalten zu können, wurden für diese Neuauflage darüber hinaus insgesamt zehn weitere explorative Interviews mit Koordinatorinnen und Ehrenamtlichen ambulanter Hospizdienste, Leiterinnen stationärer Hospize, Mitarbeitern aus Diensten der allgemeinen oder spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (AAPV oder SAPV), einem Leiter eines Palliativpflegedienstes und Betroffenen in NRW durchgeführt. Erste Ergebnisse lassen erkennen, dass die Situation in Bezug auf die Inanspruchnahme der Migranten sich in den letzten Jahren nicht grundlegend geändert hat. Allerdings konnten Bedarfe und Bedürfnisse der betroffenen Patienten und ihrer Angehörigen differenzierter benannt werden.

Weiterhin war auffällig, dass nicht mehr hauptsächlich Situationen beschrieben wurden, in denen potentielle Klienten mit einer „falschen“ Erwartungshaltung an den betreffenden Dienst herangetreten waren. Vielmehr scheint das Thema einer gesellschaftlich notwendigen interkulturellen Öffnung auch von Hospiz- und Palliativdiensten als notwendiges Gestaltungsmerkmal erkannt zu sein. Allerdings wurde auch deutlich, dass der zu beschreitende Weg zu einer interkulturellen Öffnung für viele Mitarbeiter nicht klar ist und zum Teil eine große Unsicherheit darüber besteht, wie dies gestaltet werden kann. So führen unterschiedliche Erwartungshaltungen immer noch zu Ablehnungen – von beiden Seiten – jedoch haben die aktuell durchgeführten Interviews den Eindruck erweckt, dass den Beteiligten die Notwendigkeit einer neuen Ausrichtung auf unterschiedlichen Ebenen im Sinne einer interkulturellen Orientierung deutlich ist. Natürlich mündeten Erklärungsmuster der hospizlich-palliativen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Teil auch bei dieser Befragung über die Verhaltensweisen der Migrantinnen und Migranten in eine klare eindimensionale „ethnisch orientierte“ (die einem Volk/einer Kultur zugeordnete) Begründung, in der man ja z. B. wisse, „... wie die Türken so sind.“ Jedoch werden diese Muster nun anscheinend stärker hinterfragt und leichter korrigiert.

Diese Schrift soll nun Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die im hospizlich-palliativen Versorgungskontext tätig sind, eine weitere Unterstützung bieten, um den Zugang zu den Patienten bzw. Klienten mit Migrationshintergrund aktiv gestalten zu können und somit zu erleichtern. Gefragt ist hier kein eindimensionales Erklärungsmuster, das in Stereotypenbildung mündet und die Gefahr einer Ethnisierung in sich birgt, sondern vielmehr ein interkultureller lebensweltorientierter Ansatz. Es werden hier keine sogenannten „Checklisten“ über das Sterben und den Tod in unterschiedlichen religiösen Zusammenhängen dargestellt, sondern es wird ein weiterer Beitrag zu einer allgemeinen grundlegenden Auseinandersetzung mit dem Thema der hospizlich-palliativen Sterbebegleitung in Verbindung mit einer interkulturellen Orientierung geleistet. Viel diskutiert und immer wieder auch kritisiert wird die Mittelschichtorientierung der hospizlich tätigen Versorgungsstrukturen. Diese ergibt sich zum einen aus der Entstehungsgeschichte der hospizlichen Versorgungseinrichtungen, ist

aber zum anderen ein weit verbreitetes Phänomen in der psychosozialen Beratungslandschaft generell und führt zu Problemen des Zugangs zu unterstützenden Dienstleistungen auch für andere Bevölkerungsgruppen. Somit ist das Thema einer „Interkulturellen Orientierung bzw. Öffnung“ nicht auf die Klienten mit Migrationshintergrund beschränkt, sondern trägt auch dazu bei, Menschen unterschiedlicher sozialer Milieus den Zugang zu den betreffenden Diensten zu erleichtern.

Nun ist jedoch das Thema des Sterbens, des Todes und der Trauer in diesem Zusammenhang auch für Menschen mit Migrationshintergrund mit besonderen Merkmalen verbunden, das einer behutsamen und vorsichtigen Annäherung bedarf. Dies gilt für Menschen aller Milieus gleichermaßen. Um dem Anspruch eines Angebotes, das zunächst allen Menschen offensteht, gerecht werden zu können, sind konzeptionelle Überlegungen und damit verbundene Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen in den Einrichtungen und Diensten notwendig.

Die hier vorliegende Handreichung bietet eine Unterstützung, um erste Schritte im Sinne einer interkulturellen Orientierung gehen zu können.

2. Migrantinnen und Migranten in der hospizlich-palliativen Versorgung

Vor dem Hintergrund der großen aktuellen Migrationsbewegungen ist Migration und interkulturelle Öffnung verstärkt ein Querschnittsthema unserer Gesellschaft geworden. Die Bundesrepublik Deutschland ist schon seit langem ein Einwanderungsland mit einem hohen Maß an ethnischer Vielfalt. Dieser hohe Grad der ethnischen Vielfalt ist zum einen natürlich mit vielen Chancen verbunden, zum anderen aber auch durch Herausforderungen gekennzeichnet, die es zu gestalten gilt.

Diesen Herausforderungen und den damit verbundenen Schwierigkeiten versucht nun, das seit dem 1. Januar 2005 gültige Zuwanderungsgesetz sowie dessen Reform im Jahr 2007 Rechnung zu tragen. Es beinhaltet einen Paradigmenwechsel in der Haltung gegenüber Zuwanderern, der in einem bundesweiten Integrationsprogramm seinen Ausdruck findet. Das erklärte Ziel ist hierbei, die Einwanderung aktiv zu steuern. Zum einen werden explizit die wirtschaftlichen und arbeitsmarktpolitischen Interessen der Bundesrepublik Deutschland berücksichtigt und zum anderen wird nun von Seiten der Bundesregierung eine Integrationspolitik betrieben, die sich auf „erwünschte“ Zuwanderer bezieht. Dies ist von Seiten der Bundesregierung mit der Verpflichtung verbunden, die Integration der Zuwanderer in die deutsche Gesellschaft als Aufgabe aller beteiligten Ressorts zu sehen.

Bevor wir uns nun mit der Fragestellung der Migration befassen, zunächst eine kurze Klärung der Grundbegriffe „Ausländer“ und „Migranten“: In deutschen Veröffentlichungen werden ausländische Staatsangehörige in zunehmendem Maß als „Migranten“ bezeichnet, um zum einen nicht den mit einer negativen Konnotation belegten Begriff „Ausländer“ benutzen zu müssen. Zum anderen aber auch, um dem gesellschaftlichen Abbild der Bevölkerungsstruktur besser gerecht werden zu können: Diese beiden Begriffe sind nicht synonym zu verwenden, da der Begriff des „Ausländers“ an dessen nicht deutsche Staatsbürgerschaft geknüpft ist. Hingegen gilt der Begriff des „Migranten“ für Menschen, die in unterschiedlichen Formen und Facetten einen Migrationshintergrund aufweisen, der unabhängig von der Zugehörigkeit der Staatsbürgerschaft ist – insofern also eine multidimensionale Analyse der migrationspezifischen Hintergründe ermöglicht.

2.1. Migrantinnen und Migranten in der Bundesrepublik Deutschland

Das Phänomen der Migration ist kein spezifisches neues Element in der Bundesrepublik Deutschland. Wanderungsbewegungen mit unterschiedlichen Hintergründen gab es hier wie in vielen anderen Ländern schon lange. In unterschiedlichen Untersuchungen und Zusammenhängen wird immer wieder deutlich, dass der Migrationsgrund der Zuwanderer einen der ausschlaggebenden Faktoren darstellt, inwiefern die betreffenden Menschen sich in die Aufnahmegesellschaft integrieren können. Die damit implizierte Idee, dass „Integration“ in die Aufnahmegesellschaft ein ausschließlich von den Zuwanderern zu leistendes Element darstellt, wird an dieser Stelle thematisch nicht weiter verfolgt. Die Darstellung der dazugehörigen unterschiedlichen Konzepte und Haltungen würden den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

Um eine Vorstellung davon zu bekommen, welche die Migrationshintergründe der auch die hospizlich-palliativen Dienste betreffenden Bevölkerung sind, wird im Folgenden auf den geschichtlichen Zusammenhang mit den damit verbundenen Migrationstypologien in der Bundesrepublik Deutschland eingegangen.

Schon während des Zweiten Weltkrieges wurden – mit Blick auf die jüngere Geschichte – Millionen von Fremdarbeitern durch die „Kriegs-Eroberungen“ nach Deutschland geholt. Diese hatten sowohl für die Kriegswirtschaft als auch für die deutsche Wirtschaft allgemein eine immens hohe wirtschaftliche Bedeutung. Im September 1944 stellten ausländische Arbeitskräfte etwa ein Drittel der abhängig Beschäftigten, die sich zum größten Teil aus zwangsweise beschäftigten Fremdarbeitern zusammensetzten (Bade, 2002: 287).

Eckdaten der deutschen Migrations- und Integrationsgeschichte:

1949 Auf Grundlage der Erfahrungen mit der Nazi-diktatur wird das Recht auf Asyl im Grundgesetz festgeschrieben.

1955 Die Bundesregierung unterzeichnet das deutsch-italienische Anwerbeabkommen. Damit beginnt eine starke Einwanderung von sogenannten Gastarbeitern.

1960-1968 Weitere Anwerbeabkommen mit Spanien, Griechenland, der Türkei, Marokko, Portugal, Tunesien und Jugoslawien folgen.

1966 Die DDR beschließt Anwerbeabkommen mit Vietnam, Polen und Mosambik. Bis 1989 werden rund 500.000 Arbeitskräfte angeworben, die sich aufgrund der sehr strengen Rückführungsregelungen aber nur zum Teil dauerhaft niederlassen.

Zuzüglich zu diesen Wanderungsbewegungen in Deutschland kam es nach dem Zweiten Weltkrieg zu weiteren großen transnationalen Migrationsbewegungen. Diese sind von drei großen Gruppen gekennzeichnet:

- Seit 1955 im Rahmen von Anwerbeverträgen aus den Mittelmeerländern Zugewanderte, die als „Gastarbeiter“ ursprünglich nur wenige Jahre bleiben sollten,
- Menschen aus den ehemaligen GUS-Staaten: Aussiedler bzw. Spätaussiedler,
- politische Flüchtlinge, Asylsuchende und Kontingentflüchtlinge.

Diese großen Migrantengruppen werden einerseits durch den unterschiedlichen gesetzlichen Aufenthaltsstatus der einzelnen Mitglieder und andererseits durch die Motivation, die zu ihrer Migration führte, geprägt.

Es ist allerdings immer wieder erkennbar, dass eine Zuschreibung von spezifischen Merkmalen stattfindet, die zu einer Vereinfachung und Homogenisierung von einzelnen Migrationsgruppen führt, die dem Einzelnen ein bestimmtes gruppenspezifisches Verhalten von vornherein unterstellt.

1971 Die Bundesrepublik schafft Möglichkeiten zur Verlängerung des Aufenthalts und zur Familienzusammenführung für die Gastarbeiter. Viele Gastarbeiter machen davon Gebrauch und lassen sich mit ihren Familien dauerhaft nieder.

1973 Aufgrund der schlechten wirtschaftlichen Lage in Folge der „Ölkrise“ beschließt die Bundesregierung einen Anwerbestopp.

1983 Die Bundesregierung versucht mit dem „Rückkehrförderungsgesetz“, durch finanzielle Anreize Migranten zur Rückkehr in ihre Heimatländer zu bewegen – ohne große Erfolge.

1990 Mit dem Fall des Eisernen Vorhangs beginnt eine massenhafte Zuwanderung von Statusdeutschen aus dem ehemaligen Ostblock in die neue Bundesrepublik. Bis heute sind etwa 4,5 Millionen sogenannte Aussiedler zugewandert.

Arbeitsmigranten „Gastarbeiter“

In den 50er Jahren fehlte es in Deutschland an Arbeitskräften. Daher wurden zwischen 1953 bis zum Anwerbestopp 1973 sogenannte Anwerbeverträge mit den Regierungen südeuropäischer Länder geschlossen. Ziel war die temporäre Beseitigung konjunkturell und demographisch bedingter Engpässe auf dem Arbeitsmarkt. Dies führte zu einer Arbeitsmigration der sogenannten „Gastarbeiter“ in die Bundesrepublik, die allerdings nicht – wie eigentlich geplant – gemäß einem Rotationsmodell in ihre Heimat zurückgingen, sondern in Deutschland blieben und später auch ihre Familienangehörigen nachholten.

Die wichtigsten Entsendeländer waren Italien, Jugoslawien, Griechenland, Türkei und Spanien, was heute noch der quantitativen Verteilung der Zuwanderinnen und Zuwanderer in Deutschland entspricht.

In der ersten Phase der Arbeitsmigration (bis 1960) blieb die Zahl der damals sogenannten Fremdarbeiter zunächst gering. Mit dem Bau der Mauer 1961 versiegte auch der Zustrom von Arbeitskräften aus der ehemaligen DDR und es wurden weitere Anwerbevereinbarungen getroffen. In dieser zweiten Phase stieg die Zahl der ausländischen Arbeitskräfte rapide an. 1973 gab es dann in der Bundesrepublik einen Anwerbestopp, da der Arbeitskräftemangel wegen der Ölkrise und der Wirtschaftsrezession nicht mehr in hohem Maß vorhanden war.

Mit dieser Zuwanderungsbegrenzung wurden erste nachhaltige Überlegungen zum Thema Rückkehrförderung sowie zur sozialen Integration der in Deutschland verbliebenen Ausländerinnen und Ausländer laut. Allerdings ließen der Familiennachzug und das natürliche Bevölkerungswachstum die „Ausländerbevölkerung“ langfristig und ohne Zuwanderung weiter wachsen.

1992-1999 In mehreren Schritten werden das deutsche und das europäische Asylrecht eingeschränkt. Als Folge erreichen immer weniger Asylsuchende Deutschland und noch weniger dürfen hier bleiben. Gleichzeitig werden vermehrt rechtsextremistische Gewaltverbrechen und Brandanschläge gegen Zuwanderer verübt, bei denen – wie in Solingen oder Mölln – mehrere Menschen sterben.

2000 Das neue deutsche Staatsbürgerschaftsrecht tritt in Kraft und ermöglicht es in Deutschland geborenen Kindern ausländischer Eltern, unter bestimmten Bedingungen neben ihrer familiären Staatsbürgerschaft auch die deutsche anzunehmen.

2005 Nach langer Debatte tritt das neue Zuwanderungsgesetz in Kraft. Es basiert auf den Erkenntnissen der sogenannten „Süssmuth-Kommission“ aus dem Jahr 2000. Neu ist unter anderem, dass für Migranten geltende Pflichten, aber auch Angebote, gesetzlich ausformuliert werden.

In dieser Zeit entstand auch das Konzept der „Ausländerpädagogik“, mit dessen konzeptionellen und methodischen Überlegungen die Integration der nachfolgenden Generationen gewährleistet werden sollte. Grundlegend war hierbei die Haltung, dass die ausländischen Klienten durch Defizite geprägt waren und ihnen eine Integration in die „einheimische Gesellschaft“ nur gelingen konnte, wenn sie soweit unterstützt werden konnten, dass diese Defizite nicht mehr als Mangel erkennbar waren.

Zur Gruppe der „Arbeitsmigranten“ können auch die nach Deutschland geholten Computerspezialisten, die unter dem Stichwort „Greencard“ ihre Arbeits- und Aufenthaltsgenehmigungen erhielten, subsumiert werden. Allerdings unterscheiden diese sich wohl bezüglich der ersten Generation der Arbeitsmigranten insofern, als sie begehrte Spezialisten aus eher privilegierten sozialen Milieus darstellen.

Die Gruppe der ehemaligen Arbeitsmigranten der ersten Generation hat im Kontext der hospizlich-palliativen Versorgung die größte Bedeutung, da sie nun zu einem nicht unerheblichen Teil in einem Alter ist, in dem bereits jetzt der steigende Bedarf an Unterstützungsleistungen für diese Bevölkerungsgruppe deutlich erkennbar ist, wobei die Zahl der Migranten dieser Altersgruppe in einem rasanten Tempo ansteigen wird.

2006 Deutschland erlebt erstmals einen Integrationsgipfel und eine Islamkonferenz. Beide haben das Ziel, Migranten verstärkt einzubeziehen und Integration zum öffentlichen Thema zu machen. Im gleichen Jahr führen Hessen und Baden-Württemberg Einbürgerungstests ein.

2007 Bund, Länder und Kommunen erstellen in Kooperation mit der Zivilgesellschaft den Nationalen Integrationsplan. Er beinhaltet über 400 Maßnahmen und Selbstverpflichtungen, die eine bessere Integration fördern sollen.

2012 Deutschland setzt die Blaue Karte EU um, womit Hochqualifizierten aus Nicht-EU-Ländern die Zuwanderung in die Europäische Union erleichtert werden soll. 2013 werden die Bedingungen für den Erhalt der Blauen Karte EU, wie etwa das Mindesteinkommen, gelockert, um die bisher eher zögerliche Nutzung zu fördern.

Übersiedler/Aussiedler/Spätaussiedler

Übersiedler waren Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit, die vor dem 1.7.1990 das Gebiet der ehemaligen DDR unter Einschluss von Berlin-Ost verlassen hatten und ihren dauernden Aufenthalt im damaligen Bundesgebiet nahmen. Von Kriegsende bis zum 30.6.1990 kamen rund 4.6 Millionen Übersiedler in das Bundesgebiet. In dieser Gruppe gab es kaum migrationspezifische Problemlagen, da die Mitglieder gleiche ethnische Hintergründe aufwiesen, wie die westdeutsche Aufnahmegesellschaft.

Die Aussiedlermigration wurzelt in der Geschichte der jungen Bundesrepublik. Noch 1950 – nach dem Ende der Flucht- und Vertreibungsmigration als Folge des Zweiten Weltkriegs – lebten rund vier Millionen Deutsche außerhalb der alten Reichsgrenzen von 1937 im Osten Europas, viele von ihnen in der Sowjetunion, Rumänien, Polen und der Tschechoslowakei. Das Grundgesetz der Bundesrepublik bezeichnet diese Menschen und ihre Nachkommen als „deutsche Volkszugehörige“. So kamen diese Aussiedler seit den frühen fünfziger Jahren aus den osteuropäischen Ländern und der damaligen Sowjetunion in die Bundesrepublik Deutschland, wo sie auf der Basis des Grundgesetzes (Artikel 116, Absatz 1) als deutsche Staatsbürger aufgenommen wurden. Die Aufnahmebedingungen wurden nach dem 2. Weltkrieg formuliert, als Millionen Deutsche aus den osteuropäischen Ländern vertrieben wurden oder fliehen mussten. Bis zu Beginn der neunziger Jahre ging die Bundesregierung generell davon aus, dass die deutsche Minderheit in osteuropäischen Ländern und der ehemaligen Sowjetunion vom Vertreibungsdruck bedroht sei. Deshalb mussten Aussiedlerinnen und Aussiedler keinen individuellen Nachweis dafür erbringen, dass sie in ihren Herkunftsländern auf Grund ihrer deutschen Volkszugehörigkeit diskriminiert worden waren. Durch die grundlegenden Systemveränderungen und die Auflösung des Ost-West-Konfliktes ließ sich diese globale Einschätzung nicht mehr halten.

2013 Mit Aydan Özoguz übernimmt zum ersten Mal eine Person mit Migrationshintergrund das Amt des Bundesbeauftragten für Migration, Flüchtlinge und Integration. Das Amt besteht seit 1978.

2013 Die neue Bundesregierung beschließt im Koalitionsvertrag die Abschaffung des Optionsmodells. Allerdings sind sich die Regierungsparteien sowie Bund und Länder in einigen Detailfragen uneinig, wodurch die Umsetzung verzögert wird.

2014 Die 9. Integrationsministerkonferenz der Länder beschließt, die kulturelle Öffnung der deutschen Gesellschaft flächendeckend voranzutreiben. Unter anderem sollen Ausländer- und Meldebehörden zu „Willkommensbehörden“ umgestaltet werden.

Abb.1 „Eckdaten der deutschen Migrations- und Integrationsgeschichte“

Quelle: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2014

Somit trat am 1.1.1993 eine Neufassung des Bundesvertriebenengesetzes in Kraft, das den Status von Spätaussiedlern definierte. Mit Ausnahme der Deutschen aus der ehemaligen Sowjetunion müssen seitdem alle Ausreisewilligen aus den Staaten Osteuropas individuell glaubhaft machen, dass sie auf Grund ihrer nationalen Zugehörigkeit benachteiligt werden (individueller Nachweis einer ethnischen Diskriminierung). Als Reaktion auf die stark angestiegene Zahl der zugewanderten Aussiedlerinnen und Aussiedler wurde ferner die Zahl auf höchstens 225.000 pro Jahr beschränkt. Damit wurden die Staaten Kasachstan und Russland zu den wichtigsten Herkunftsländern der (Spät-)Aussiedler. 1999 gab es weitere Zuzugsbegrenzungen von Spätaussiedlern: Seither durften nur noch maximal 103.080 (Einreisezahl von 1998) mit 10%iger möglicher Abweichung pro Jahr in die Bundesrepublik einreisen. Im Jahr 2000 wurde diese Zahl nochmals auf 100.000 Personen abgesenkt.

Insgesamt wanderten seit 1950 etwa 4,5 Millionen Aussiedler und Spätaussiedler nach Deutschland ein.

Flüchtlinge und Asylsuchende

In den ersten beiden Jahrzehnten seit dem Bestehen der Bundesrepublik kamen nur wenige Flüchtlinge nach Deutschland: rund 5.000 jährlich, zumeist aus den ehemaligen Ostblockstaaten.

Bis 1976 hielt sich die Anzahl der Asylanträge pro Jahr unter 10.000. Zu dieser Zeit wurden über das Thema „Asyl“ keine öffentlichen politischen Diskussionen geführt, da es auch nicht als öffentliches Thema wahrgenommen wurde.

Infolge sozialer, wirtschaftlicher oder politischer Schwierigkeiten und Bürgerkriege in Afrika sowie im Nahen und Mittleren Osten nahmen die Flüchtlingszahlen in den 70er und 80er Jahren weltweit stark zu. 1980 gab es zum ersten Mal mehr als 100.000 Asylantragsteller in Deutschland. Diese Zahlen wurden politisch dramatisiert und skandalisiert und mündeten teilweise in einen kollektiven Missbrauchsverdacht gegenüber Asylsuchenden.

Mit dem Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland von 1949 und der Regelung: „Politisch Verfolgte genießen Asylrecht“ war ein Anspruch auf ein Bleiberecht der politisch Verfolgten gewährleistet. Mit der Verfassungsänderung von 1993 wurde dieser Artikel dahin gehend erweitert, dass sich kein politisch Verfolgter mehr auf dieses Grundrecht berufen kann, wenn er aus einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft oder aus einem sogenannten sicheren Drittstaat einreist.

1951 wurde die Genfer Konvention verabschiedet, in der es in erster Linie um den Schutz von Flüchtlingen aus Osteuropa gegangen war, die aufgrund der Folgen des 2. Weltkrieges nicht in ihre Heimatländer zurückkehren konnten oder wollten. Mit dem Zusatzprotokoll von 1967 wurde die räumliche und zeit-

liche Begrenzung aufgehoben und als Flüchtling gilt seither jede Person, die sich aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will.

In den achtziger Jahren trat eine eher negative Haltung gegenüber Flüchtlingen sowohl aus „Ostblockstaaten“ als auch aus sogenannten „Dritte-Welt-Ländern“ unter der Bevölkerung auf. Daraus entwickelte sich eine gezielte Flüchtlingsabwehrhaltung. So kam es besonders in Wahlkampfzeiten zu populistischen Anti-Asyl-Kampagnen. Im Gegensatz zu Ost-West-Flüchtlingen gerieten „Dritte-Welt“-Flüchtlinge bei ihrem Eintreffen in größerer Zahl sogleich ins Zwielicht des prohibitiven Zweifels daran, ob es sich hier wirklich um „echte“, das heißt politisch verfolgte Flüchtlinge, und nicht etwa „nur“ um Wirtschaftsflüchtlinge handelte.

Mit den aktuellen Entwicklungen der Flüchtlingsbewegungen in Deutschland tritt das Thema „Migration“ nun besonders in den Vordergrund. Im Jahr 2014 wurden in Deutschland insgesamt 202.834³ Asylanträge gestellt. Im Jahr 2015 waren es 476.649 Antragstellungen. Diese Zahlen dokumentieren nicht, wie viele Flüchtlinge bleiben werden, da ein großer Teil der in Deutschland angekommenen Flüchtlinge dieses Land auch wieder verlassen müssen, so dass zu diesem Zeitpunkt noch nicht endgültig die Anzahl der in Deutschland bleibenden Flüchtlinge genannt werden kann.

Zusammenfassend ist zu sagen: Aufgrund der jahrelangen Diskussionen, ob die Bundesrepublik nun ein Einwanderungsland sei oder nicht, und der damit verbundenen Stagnation in der konzeptionellen und methodischen Auseinandersetzung mit dem Thema der Migration wurde erst sehr spät erkannt, dass gesellschaftliche Integration der Zugewanderten einer aktiven Gestaltung auf allen gesellschaftlichen Ebenen bedarf.

Mit der Reform des neuen Zuwanderungsgesetzes von 2005 wurde das komplette Ausländerrecht umgestaltet. Die Einwanderung Hochqualifizierter wurde ebenso erleichtert wie die Abschiebung von Ausländern, die strafrechtliche Taten begangen haben bzw. als „gefährlich“ für die Gemeinschaft eingestuft werden. Die Zahl der Aufenthaltstitel wurde reduziert, die Integration von Zuwanderern und bereits in Deutschland lebenden Ausländern gefördert und der Flüchtlingsschutz reformiert. Dieser damit verbundene Paradigmenwechsel trägt dazu bei, sich nun sowohl konzeptionell wie auch in der konkreten Beratungspraxis dem Thema Migration und gesellschaftliche Integration auf allen gesellschaftlichen Ebenen zu widmen.

Mit der Reform des Zuwanderungsgesetzes im Jahr 2005 wurde ein Paradigmenwechsel eingeleitet, der die Integration der Zuwanderer als notwendiges konzeptionelles und methodisches Gestaltungselement auf allen gesellschaftlichen Ebenen darstellt.

³ Bundesamt für Migration und Flüchtlinge

Das Thema der Integration einzelner Bevölkerungsgruppen ist unabänderlich mit den Zugangsmöglichkeiten zu den Einrichtungen und Diensten aller sozialen und medizinischen Versorgungseinrichtungen verbunden. Hierbei hat der Bereich der medizinischen Versorgung eine besondere Bedeutung, die zumindest partiell Rückschlüsse auf die hospizlich-palliative Begleitung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen zulässt. So berichten Ärzte in unterschiedlichen Versorgungsstrukturen und verschiedenen medizinischen Bereichen immer wieder von sprachlichen und kulturellen Verständigungsschwierigkeiten. Die Verständigung scheitert häufig nicht einmal in erster Linie an der Sprache. Vielmehr scheinen zum einen das nur schwer erkennbare und schwer zugängliche Gesundheitswissen der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund und zum anderen die Erwartung an das ärztliche Handeln als Grund für die schwierig zu gestaltende Verständigung ausschlaggebend zu sein (Brucks/Wahl 2003: 25). Wenn dieser soziokulturelle Hintergrund der Patienten mit solch einem großen Einfluss auf die medizinische Versorgung verbunden ist, so ist davon auszugehen, dass dieses Merkmal auch die hospizlich-palliative Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe beeinflusst.

Falge und Zimmermann konstatieren dementsprechend ein Zusammenwirken rechtlicher, ökonomischer und ethischer Aspekte in der Problematik von Zugang, Kommunikation, Information und Aufklärung. Patientenrechte, bezogen auf Aufklärung und Information, kommen bei Migranten und Migrantinnen nicht in gleichem Maße zum Tragen wie bei Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund (Falge/Zimmermann, 2014: 329). Dies führt zu der Überlegung, wie diese Zugangsbarrieren für Patienten mit Migrationshintergrund soweit abgebaut werden können, dass eine gleichwertige Versorgung sichergestellt werden kann.

2.2 Demographische Entwicklung in Deutschland und NRW

Das Statistische Bundesamt ist im Mikrozensus⁴ 2005 zum ersten Mal bei der statistischen Datenerhebung der ausländischen Bevölkerung in Deutschland über die staatsbürgerschaftliche Zugehörigkeit hinausgegangen, da diese als einziges Migrations-Kriterium zu kurz greift. Es wurde als sinnvoll erachtet, diese Bevölkerungsgruppe in einem größeren Zusammenhang zu sehen und weitere soziodemographische Merkmale zu berücksichtigen. Somit handelt es sich nach der Definition des Statistischen Bundesamtes bei der Bevölkerungsgruppe der Migrantinnen und Migranten nicht mehr ausschließlich um Menschen mit ausländischer Staatsbürgerschaft, sondern um „Menschen mit Migrationshintergrund“. Dazu gehören alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil – somit kann auch die zweite, dritte und teilweise schon vierte „Ausländergeneration“ berücksichtigt werden (Statistisches Bundesamt 2005: 8). Dies bedeutet, dass in Deutschland mittlerweile 16,4 Millionen Personen mit Migrationshintergrund leben, was einem Anteil von 20,3% an der Gesamtbevölkerung entspricht (Statistisches Bundesamt 2014).

So findet nun auch die Gruppe der Spätaussiedler mit deutscher Staatsbürgerschaft sowie die Gruppe der Eingebürgerten in den konzeptionellen und inhaltlich-methodischen Überlegungen über Inanspruchnahme von einzelnen Diensten z. B. im Gesundheitsbereich Berücksichtigung.

Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Lebenslagen der Migrantinnen und Migranten weitaus multidimensionaler und mehrschichtiger sind, als dies die eindimensionale Zugehörigkeit der Staatsbürgerschaft beschreiben kann. Des Weiteren wird bei näherer Betrachtung des Sachverhaltes deutlich, dass es keine ethnische Gruppe gibt, die in sich als homogen bezeichnet werden kann. Vielmehr gibt es auch innerhalb einzelner Ethnien große soziokulturelle und sozioökonomische Unterschiede, die zu einer breit gefächerten Heterogenität führen.

Ethnische Gruppen stellen sich nicht als homogen dar. Vielmehr sind sie durch soziokulturelle und sozioökonomische Unterschiede gekennzeichnet, die zu einer breiten Heterogenität führen.

Zudem spielt der Grund für die Migration bzw. deren Begleitumstände für das Gelingen des Integrationsprozesses der Eingewanderten eine wesentliche Rolle. Die zwangsläufige Neuorientierung in Zusammenhang mit dem Migrationsgeschehen und die dementsprechend neu zu gestaltende Nutzung der „alten“ und „neuen“ sozialen Ressourcen führt zu unterschiedlichen Strategien,

⁴ Der Mikrozensus ist eine seit 1957 jährlich durchgeführte repräsentative Mehrzweckstichprobe von 1% der Bevölkerung.

die wiederum einen großen Einfluss auf die erfolgreiche Integration der Migrantinnen und Migranten haben.

Um dem Rechnung zu tragen, führte das Heidelberger Politik- und Marktforschungsinstitut Sinus Sociovision 2007 eine Studie zum Thema „Migranten-Milieus“ durch. Hier wurden zum ersten Mal die Lebenswelten und Lebensstile von Menschen mit unterschiedlichem Migrationshintergrund mit dem gesellschaftswissenschaftlichen Ansatz der Sinus-Milieus untersucht. Es konnte in diesem Zusammenhang nachgewiesen werden, dass die ethnische Herkunft keineswegs als solitärer ausschlaggebender Faktor für die Milieuzugehörigkeit der Migrantinnen und Migranten anzusehen ist. Insgesamt wurden in dieser Studie acht unterschiedliche Migranten-Milieus detailliert beschrieben, die sich wiederum in drei große Milieugruppen unterscheiden:

Man kann weder von der Herkunftskultur auf das Milieu schließen, noch vom Milieu auf die Herkunftskultur.

„Die überwiegend älteren Angehörigen der traditionsverankerten Migranten-Milieus sind in den sozialen Traditionen ihres Herkunftslandes verhaftet, in der Mehrheit Einwanderer der ersten Generation und kaum in die deutsche

Gesellschaft integriert. In diesen Milieus finden sich viele ältere Personen und Ruheständler“ (Beck & Perry 2007: 191). Diese große Gruppe der Migrantinnen und Migranten stellt auch gegenwärtig die hauptsächliche Zielgruppe der Dienste und Institutionen zur hospizlich/palliativen Versorgung für Menschen mit Migrationshintergrund dar. Mit der Betrachtung der unterschiedlichen Migranten-Milieus und den damit verbundenen soziokulturellen Lebenssituationen kann man bereits erste Erklärungen für die geringe Inanspruchnahme der Hospiz- und/oder Palliativeinrichtungen durch Migrantinnen und Migranten erkennen.

Nordrhein-Westfalen hat einen Ausländeranteil von fast 11% und liegt damit über dem bundesdeutschen Durchschnitt von ca. 9%. Allerdings variieren die einzelnen prozentualen Anteile in den unterschiedlichen Regionen und Städten sehr: Migration ist eher ein städtisches Phänomen und innerhalb der Städte ebenfalls ungleich verteilt.

Faktoren wie ethnische Zugehörigkeit, Religion und Zuwanderungsgeschichte beeinflussen die Alltagskultur, sind aber nicht singulär identitätsstiftend.

Wie in der Einleitung bereits erwähnt, können die Begriffe „Migranten“ und „Ausländer“ nicht synonym verwendet werden. Der Begriff der „Migranten“ ist sehr viel breiter gefächert, da er auch Bürgerinnen und Bürger mit der deutschen Staatsbürgerschaft berücksichtigt. Ausschlaggebend ist hier der familiäre Migrationshintergrund, der als Integrationsfaktor einen ausschlaggebenden Einfluss hat. Hingegen beschreibt der Begriff der „Ausländer“ nur die Menschen, die zwar in Deutschland leben, aber eine ausländische Staatsbürgerschaft haben. Die nachfolgenden Zahlen verdeutlichen dies: Nach der Zuwanderungsstatistik NRW von 2014 weisen insgesamt ca. 4.148.000 Menschen in NRW einen Migrations-

hintergrund.

hintergrund auf. Davon haben etwa die Hälfte die deutsche Staatsbürgerschaft: ca. 2.100.000 Personen (Zuwanderungsstatistik NRW 2014). Folglich ist bei den Überlegungen zur Bevölkerungszusammensetzung in NRW mit speziellem Blick auf Menschen mit Migrationshintergrund von einem mehr als doppelt so hohen Anteil dieser Bevölkerungsgruppe auszugehen, als es die Zahlen der Ausländerstatistik beschreiben.

Im bundesdeutschen Durchschnitt betrug der Anteil der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund im Jahr 2014 20,3%. In Nordrhein-Westfalen betrug dieser Anteil hingegen zur selben Zeit 23,3%.

2.3. Aktuelle Situation der Migrantinnen und Migranten im palliativ-hospizlichen Versorgungskontext

Der Umgang mit dem Thema Migration ist in den letzten Jahren im Allgemeinen kenntnisreicher und offener geworden. Die Diskussion über Migranten und deren Lebenswelten sowie den daraus resultierenden Handlungsstrategien ist in unterschiedlichen wissenschaftlichen Diskursen durch eine hohe Heterogenität gekennzeichnet. Dies führt dazu, dass teilweise nicht mehr pauschalisierend ethnische Zuschreibungen stattfinden, sondern verstärkt einzelne Aspekte migrationspezifischer Fragestellungen im jeweiligen Beratungskontext in den wissenschaftlichen Abhandlungen berücksichtigt werden.

Ebenso wird im medizinisch pflegerischen Kontext vor stereotypisierenden Aussagen in aktuellen Veröffentlichungen eher gewarnt und immer wieder dargestellt, dass eine unreflektierte Annahme über „die fremden Kulturen“ die Heterogenität von Bevölkerungsgruppen vernachlässigt (Bermejo, 2013: 244).

Speziell zur Situation der Migranten im palliativ-hospizlichen Versorgungskontext ist die Datenlage allerdings noch heute eher spärlich und erlaubt auch keine Aussage über die Frage, ob die Versorgungssituation von Migranten in der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland besondere Spezifikationen im Vergleich zu anderen Ländern aufweist. Ein hoher Anteil an „Arbeitsmigranten“ wollte ursprünglich nicht dauerhaft in Deutschland leben, sondern war für viele Jahre von der Idee einer Rückkehr ins Ursprungsland gekennzeichnet. Diese Tatsache führte zu weniger Integrationsbemühungen auf Seiten der Migranten sowie auf Seiten des deutschen Staates und die Folgen davon sind noch heute wirkungsvoll. Gerade diese erste Generation stellt jedoch zurzeit die Hauptgruppe der potenziellen Hospiz- und Palliativpatientinnen und -patienten dar. Dies impliziert zumindest eine besondere Situation für Deutschland im Vergleich zu anderen Staaten der Industrienationen, die in den vergangenen Jahrzehnten mehrheitlich eine aktive Einwanderungspolitik betrieben haben (Henke & Thuss-Patience, 2012: 191-196).

Aus der Literatur sowie der Berichterstattung über konkrete regionale oder lokale Projekte und Erfahrungen lassen sich nun verschiedene Aspekte und Themen sammeln, welche im Kontext von Palliative Care und Migration zum aktuellen Stand in Deutschland thematisiert werden. Es ist davon auszugehen, dass sich einzelne Dienste bzw. Einrichtungen mit diesen Themen konzeptionell im Bereich der hospizlich-palliativen Versorgung beschäftigen. Häufig genannte Themen sind nach Ammann und Gross (2014):

- Besondere Situation der sogenannten Gastarbeiter,
- fehlendes Wissen über Angebote, Zugangswege und Finanzierungsmöglichkeiten (sog. ‚Institutionenkunde‘),

- zurückhaltende Inanspruchnahme von Diensten und Angeboten aufgrund von schlechten Erfahrungen, mangelnden ökonomischen Ressourcen, Normen der familiären Zuständigkeit und damit verbundenen ‚Versagensgefühlen‘ bei den Angehörigen,
- Palliative Care wird u. U. als Zuständigkeitsbereich der Familie betrachtet, nicht nur von den Migrierten selbst, sondern auch von den Anbietern und zuweisenden Instanzen,
- Kommunikationsbarrieren aufgrund von fehlenden Sprachkenntnissen, aber auch aufgrund von nicht übereinstimmenden Vorstellungen und daraus resultierenden Verhaltensweisen und Entscheidungskonflikten,
- sorgfältige Klärung, ob und wie Angehörige in die Entscheidungsfindung miteinbezogen werden sollen,
- Berücksichtigung wichtiger Lebensgewohnheiten (z. B. bezüglich Essen, Hygiene, Schamvorstellungen),
- Wahrung religiöser Toleranz, insbesondere auch vor dem Hintergrund der häufig religiösen Trägerschaft von Anbietern in Deutschland (z. B. Entfernen von religiösen Symbolen wie Kruzifixen aus Zimmern, konfessionslose Räume für Spiritualität schaffen),
- flexibler Umgang mit dem Einbezug von Angehörigen in die Pflege und Betreuung (z. B. einzelne Pflegehandlungen an Angehörige abgeben, kollektivistische Formen des Krankenbesuchs ermöglichen),
- Problematiken rund um das Einsetzen von Verwandten als Dolmetschende,
- Beachtung von unterschiedlichen Ritualen und Traditionen rund um die Krankenversorgung, um das Sterben, den Tod und die Bestattung,
- Beachtung von individuellen und familiären Unterschieden im Rekurren auf solche Rituale und Traditionen,
- Komplexität der Überführungs- und Beerdigungsthematik, verbunden mit der grundsätzlichen Frage danach, wo man hingehört,
- vorhandene Potenziale: Förderung der interkulturellen Kompetenz beim Fachpersonal, Verbesserung der Dolmetscherangebote, Vernetzung mit Organisationen der Migrationsbevölkerung, Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen, interkulturelle Biografiearbeit.
(Ammann & Gross, 2014: 36-42)

Außerdem haben Henke & Thuss-Patience (2012) zum Stand der fachlichen Diskussionen im Zusammenhang mit der aktuellen Situation der Migrantinnen

und Migranten im palliativ-hospizlichen Versorgungskontext folgende Problemfelder und daraus resultierend mögliche Lösungsansätze in deutschen fachlichen Diskursen eruiert:

Problemfelder	Lösungsansätze
Kommunikationsbarrieren	<p>Schaffung flächendeckender Dolmetscherdienste</p> <p>Veröffentlichung kultursensibler Patientenverfügungen</p> <p>Bewusstmachung der gleichen Erwartungen und Wünsche von Patienten mit/ohne Migrationshintergrund</p>
Erschwerter Zugang zur Hospiz- und Palliativversorgung	<p>Angemessene Berücksichtigung des erhöhten Zeitaufwands</p> <p>Herausgabe mehrsprachiger Informationsbroschüren</p> <p>Förderung der Institutionenkunde in den (religiösen, kulturellen) Gemeinden</p> <p>Erkennen der Notwendigkeit einer adäquaten Hospiz- und Palliativversorgung bei Migranten</p>
Interkulturelle Kompetenz	<p>Schulungen der Anbieter in interkultureller Kompetenz und kultursensibler Pflege</p> <p>Vermehrte Werbung bei Migranten für die Berufe in der Hospiz- und Palliativversorgung</p> <p>Konzeptionierung einer transkulturellen Pflegeanamnese</p>

Abb. 2: Problemfelder und Lösungsansätze mod. nach Henke/Thuss-Patience (2012: 191-196)

Auch Zielke-Nadkarni konstatiert als Ergebnis einer Literaturanalyse in einem Forschungsprojekt eine eher geringe Anzahl qualitativer und quantitativer Studien zum spezifischen Thema „Bedürfnisse von Migranten in der Palliativpflege“ (Zielke-Nadkarni, 2012: 13). Dies ist allerdings nicht verwunderlich, da sowohl national als auch international kaum Studien darüber existieren, die einen Aufschluss über Informations- und Beratungsbedarfe für chronisch kranke Menschen generell zulassen, was verstärkt für den Beratungsbedarf aus der Sicht von Patientinnen mit Migrationshintergrund gilt (Körner et al., 2013: 23). Gerade die Gruppe der Migranten verfügt über geringere Nutzungskompetenzen und somit fällt ihnen die Navigation durch die komplexen und mitunter intransparenten Strukturen des Gesundheitswesens schwerer.

Für die Weiterentwicklung einer interkulturellen Perspektive auch im hospizlich-palliativen Bereich ist es notwendig, ein besseres Verständnis des Zusammenhangs zwischen Gesundheit, Krankheitsbildern, dem Umgang mit Krankheit und Migration zu gewinnen. Dazu kann das folgende Erklärungsmodell hilfreich sein, da hier neben den Bedingungen im Herkunftsland weitere Einflussfaktoren, wie z. B. Migration als kritisches Lebensereignis, soziale Lage im

Aufnahmeland, ethnische Zugehörigkeit, rechtlicher Status im Aufnahmeland sowie diverse Barrieren berücksichtigt werden.

Entwickelt wurde dieses Modell für die Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Angebote durch Migranten. Modifiziert ist dieses Modell aber auch auf den hospizlich-palliativen Kontext übertragbar, da hier alle bedeutenden Faktoren für die Entwicklung kultur- und migrationssensibler Konzepte vorhanden sind.

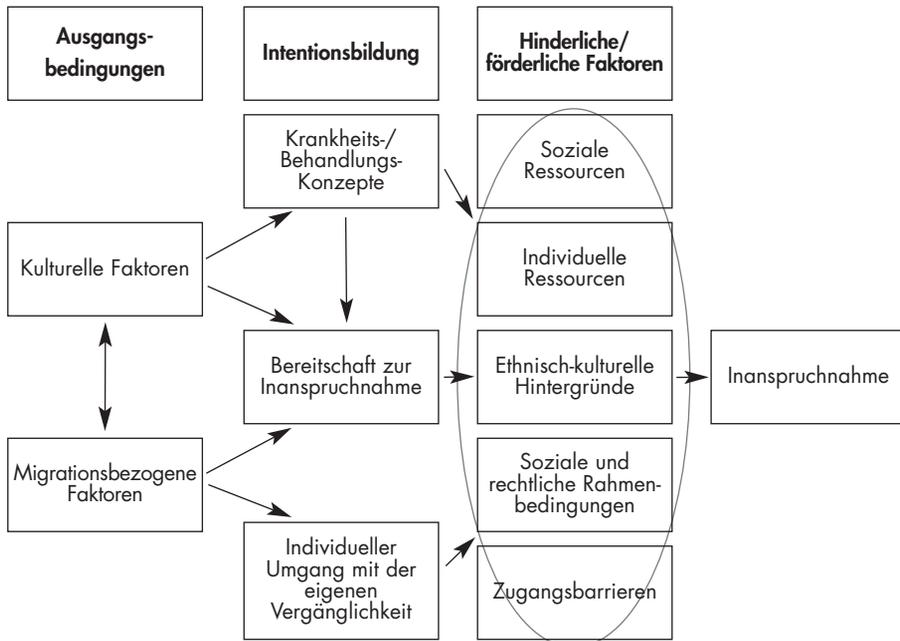


Abb.3: Transkulturelles Modell der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung; modifiziert nach Bermejo, 2013

Es scheint also in der Gesundheitsversorgung eine Schiefelage über den Bedarf und die Nutzungsmöglichkeiten zu bestehen, was im Besonderen auch heute noch auf die hospizlich-palliative Versorgung der Migranten zutrifft.

2.4. Ursachen für Zugangsbarrieren – Ergebnisse zweier explorativer Befragungen

Befragung 2008

Im Rahmen einer qualitativen Studie wurde im Jahr 2008 als Grundlage für die erste Auflage dieser Broschüre die Fragestellung untersucht, inwiefern Patienten mit Migrationshintergrund die hospizlich-palliativen Dienste zur Versorgung Sterbender und ihrer Angehörigen in Anspruch nehmen. Hierzu wurden 16 Interviews geführt, die nicht als repräsentativ gelten, sondern einen explorativen Charakter aufwiesen. Ziel dieser Vorgehensweise war es, herauszufinden, welche Faktoren Einfluss auf die hospizlich-palliative Versorgung von Migrantinnen und Migranten haben. Damit verbunden war eine erste Aufstellung bzw. Entwicklung möglicher Hypothesen, die die geringere Inanspruchnahme und Nutzung der hospizlichen und palliativen Versorgungsdienste von Seiten der Migrantinnen und Migranten – im Vergleich zur Inanspruchnahme der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund – erklären konnten.

Pädiatrische Angebote in der hospizlichen Versorgung werden von Familien eher in Anspruch genommen als Angebote für Erwachsene.

Ein erstes Ergebnis dieser Befragung ließ eine Diskrepanz zwischen der Inanspruchnahme pädiatrischer Angebote und Angebote für Erwachsene im hospizlich-palliativen Kontext erkennen. Dieser deutliche Unterschied zwischen der relativ hohen Inanspruchnahme der hospizlich-palliativen Versorgungsstrukturen für Kinder und der sehr geringen bis Nicht-Inanspruchnahme hospizlich-palliativer Hilfen für Erwachsene durch Migrantinnen und Migranten

bzw. deren Familien vor allem im ambulanten Bereich ließ die Frage aufkommen, welche weiteren Faktoren – neben den Migrationshintergründen – für Bedarfe bzw. Nicht-Bedarfe ausschlaggebend sind.

Ein Teil der Gründe für diese unterschiedlichen Inanspruchnahmen der unterstützenden Dienstleistungen für sterbende Menschen und ihre Angehörigen ist in den diversen Migrantengruppen selbst zu suchen. Die zu einem Teil vorhandene normative Verpflichtung zur familieninternen Pflege und Unterstützung lässt vermuten, dass der Unterstützungsbedarf für diese Gruppen in erster Linie darin besteht, die medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten sicherzustellen. Dies würde bedeuten, dass der professionelle Ziel- und Handlungsrahmen in diesem Zusammenhang kurzfristig in erster Linie darauf ausgerichtet ist, Angebote zu schaffen, die explizit als Hintergrundstruktur möglicherweise zur punktuellen Unterstützung genutzt werden können.

Des Weiteren ist die derart geringe Inanspruchnahme der hospizlich-palliativen Unterstützungsleistungen auf die Hospizdienste selbst zurückzuführen. Zum einen sind sie in ihrer Ausrichtung und der damit verbundenen methodischen Vorgehensweise eher mittelschichtorientiert. Zum anderen wird der Bedarf an

hospizlicher Betreuung einem großen Teil der Migrantengruppen von vornherein abgesprochen. Dies wird mit der Annahme begründet, dass die familialen Netzwerke bei vielen ethnischen Gruppen noch in ausreichendem Maße so funktionieren, dass Hilfe und Unterstützung von außen als nicht notwendig betrachtet wird.

Dem gegenüber stellt sich auf Grund der Interviewaussagen der erschwerte Zugang von Migrantinnen und Migranten zu palliativ-hospizischen Versorgungsdiensten weniger abhängig von religiös und kulturell bedingten Lebenszusammenhängen dar als vielmehr abhängig von soziokulturellen Migranten-Milieus. Erkennbar und zukünftig zu berücksichtigen ist eine Art Zusammenspiel folgender Faktoren:

Das sozio-kulturelle Milieu scheint eine größere Bedeutung zu haben als religiöse oder kulturelle Zugehörigkeiten.

- Milieuzugehörigkeit: Anerkennung der Heterogenität der Bevölkerungsgruppe der Migrantinnen und Migranten – nicht nur auf ethnische Zugehörigkeiten bezogen, sondern auch auf Herkunft, Muttersprache, Geschlecht, Alter, soziale Lage, Erwerbsstatus, Bildungsgrad etc.,
- eher schlechte sozioökonomische Situation: zur Verfügung stehender Wohnraum, Einkommen etc.,
- kaum vorhandene Modelle: Die eigene ethnische Gruppe bietet kaum Beispiele, die man in ähnlich gelagerten Problemlagen ‚nachahmen‘ könnte,
- zu wenig Informationen über vorhandene Angebote und Strukturen im hospizlich-palliativen Versorgungszusammenhang,
- generell große Zurückhaltung bei der Inanspruchnahme von institutioneller Unterstützung aufgrund z. T. von Unkenntnis und z. T. von schlechter Erfahrung,
- Sprachprobleme, die als zusätzliche Barrieren des Zugangs und der Inanspruchnahme wirken.

Mit der Berücksichtigung in der Versorgung dieser oben genannten Faktoren besteht die Möglichkeit für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von hospizlich-palliativen Versorgungsangeboten, der bestehenden Vielfalt von Lebensentwürfen und Lebensverhältnissen der Migranten gerecht werden zu können, und somit der Gefahr zu begegnen, in vereinfachender und homogenisierender Absicht Gruppenzugehörigkeiten festzulegen, die mit der Zuschreibung spezifischer Merkmale verbunden sind und meist mit einer negativen Assoziation einhergehen.

Das Merkmal der Zugehörigkeit zu einzelnen Ethnien und Religionen hingegen ist also nicht ausreichend, um sich der Alltags- und Lebenswelt der Migrantin-

nen und Migranten in Deutschland zu nähern, um daraus etwaige Schlüsse zur konzeptionellen und methodischen Vorgehensweise zur hospizlich-palliativen Versorgung ziehen zu können. Natürlich ist es unbestreitbar, dass die normativen Vorgaben der Herkunftsgruppe einen großen Einfluss auf die Deutungsmuster und den daraus abgeleiteten Handlungsmustern der Menschen haben. Jedoch werden diese jeweils völlig individuell interpretiert und gestalten sich somit im jeweiligen Lebenskontext des Einzelnen immer wieder anders.

Befragung 2015

Im Jahr 2015 wurden zehn weitere explorative Interviews durchgeführt, die sich zum einen mit der Fragestellung der aktuellen Inanspruchnahme palliativ-hospizlicher Unterstützungsleistungen befassen und zum anderen sich eingehender der Fragestellung der spezifischen Bedürfnisse der Bevölkerung mit Migrationshintergrund widmeten.

Es wurden ein Leiter eines Palliativpflegedienstes, zwei Leiterinnen von stationären Hospizen, zwei Koordinatorinnen ambulanter Hospizdienste, zwei ehrenamtlich Mitarbeitende von ambulanten Hospizdiensten, die Ärztin eines SAPV-Teams sowie zwei Angehörige befragt. Eigenen Migrationshintergrund wiesen die zwei Angehörigen sowie die zwei ehrenamtlich Tätigen auf.

Die Inanspruchnahme von hospizlich-palliativen ambulanten Unterstützungsleistungen mit einem Schwerpunkt auf der psychosozialen Ausrichtung von Seiten der Menschen mit Migrationshintergrund scheint sich in den letzten Jahren nicht wesentlich verändert zu haben. So stellt sich das Bild nun etwas differenzierter dar: Im stationären Bereich (Palliativstationen und stationäre Hospize) ist die Inanspruchnahme von palliativ-hospizlichen Unterstützungsleistungen von Seiten der Migrantinnen und Migranten quantitativ wohl auch aktuell etwas höher einzustufen als im ambulanten Bereich. Allerdings scheinen Palliativpflegedienste im ambulanten Kontext im Gegensatz zu den hospizlichen psychosozial ausgerichteten Diensten auch aktuell eine höhere Inanspruchnahme durch Menschen mit Migrationshintergrund aufzuweisen. Hingegen zeichnet sich den Bedarf betreffend nachfolgendes Bild ab.

2.4.1 Information über die hospizlich-palliativen Unterstützungsleistungen – der Zugang

Wie wird der Zugang der betroffenen Migranten zu den hospizlich-palliativen Unterstützungsangeboten gestaltet? Es wurde zwar immer wieder auf mehrsprachige Flyer verwiesen, doch bei genauerem Nachfragen wurde schnell deutlich, dass die Zugangskanäle zu den betreffenden Angeboten für die Mehrzahl der Migranten nicht im Schwerpunkt über die Flyer zu finden sind. So stellten sich Kontakte zu Vereinen, Gemeinden oder anderen organisierten Migrationsgruppen zur Information über das betreffende Angebot und der damit verbundenen Kontaktaufnahme der betroffenen Migranten als wirkungsvoller heraus. Hierbei – so wurde deutlich – kann die Suche nach sogenannten „Schlüsselfunktionsträgern“ sehr hilfreich sein.

„Suchen Sie jemanden, der in der Community bekannt ist, auf den man hört. Dies sollte jemand sein, der neutral ist und zu allen einen guten Kontakt hat. Dies kann auch über Vereine oder Institutionen oder Glaubensgemeinschaften geschehen, die den Menschen helfen wollen. In unserer Kultur ist immer jemand, der eine Großer-Bruder-Funktion hat, an den die Leute sich dann wenden.“
(Ehrenamtlicher Mitarbeiter eines ambulanten Hospizdienstes)

Vereine oder Gemeinschaften haben eine Schlüsselfunktion für Menschen mit Migrationshintergrund.

Um einen barrierefreien Zugang der Migranten zu allen hospizlich-palliativen Dienstleistungen gewährleisten zu können, muss dieser aktiv gestaltet werden, denn diese Gestaltung liegt in der Verantwortung der betreffenden Dienste. Ihnen obliegt es somit, methodische und instrumentelle Schritte zu entwickeln, die zu einer erfolgreichen Kontaktaufnahme führen.

2.4.2 Entwicklung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung

Besonders bei Menschen mit Migrationshintergrund ist die Anfangsphase eines Kontaktes zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eines hospizlich-palliativen Dienstes und den betreffenden Patientinnen und Patienten von großer Bedeutung. Dies trifft vor allem auf die erste Generation der Migranten zu. Die Interviewteilnehmer berichteten von Erstgesprächen, die sowohl zeitlich als auch inhaltlich sehr ausgedehnt waren und in denen zunächst das eigentliche Thema der Unterstützung in der palliativen Situation nicht angesprochen wurde.

„Es geht zunächst um das grundlegende Einverständnis bzw. die grundlegende Idee: „die will mir was Gutes. [...] Deutsche sind dafür oft offener, wenn ein Außenstehender kommt und Unterstützung anbietet.“
(Ehrenamtliche Mitarbeiterin eines ambulanten Hospizdienstes)

Dies ist verbunden mit einem Vertrauensvorschuss, den sich der Helfende anfangs erarbeiten muss, da die Grundannahme einer positiven Unterstützung in solch einer existenziellen Situation von Seiten eines Fremden zunächst einmal nicht als selbstverständlich gelten kann.

„Auch ich werde bei meinen Landsleuten mit Skepsis empfangen. Es ist ja nicht Gang und Gäbe, dass jemand Fremdes kommt, um ihnen zu helfen. Bis sie begriffen haben, dass jemand wirklich helfen will, kann schon Zeit vergehen.“
(Ehrenamtlicher Mitarbeiter eines ambulanten Hospizdienstes)

Die Gestaltung dieser vertrauensvollen Kommunikationssituation führt dann teilweise zu einer von großen persönlichen Anteilen gekennzeichneten Arbeitsbeziehung, die in ihrer professionellen Nähe/Distanz-Haltung ein andersartiges Vorgehen erfordert.

Die Anbieter von Dienstleistungen sollten sich die Zeit nehmen, um Vertrauen und Offenheit wachsen und sich entwickeln zu lassen.

„So ist es bei den Arabern sehr ausgeprägt, dass, wenn sie dich einmal akzeptieren und verstanden haben, du ihnen hilfst, du auch gleich Teil der Familie wirst. Die sagten dann zu mir: ‚Mein Zuhause ist auch dein Zuhause‘ oder ‚You are part of my family‘. Und gaben mir zum Beispiel auch den Schlüssel für ihre Wohnung und boten mir alles aus dem Kühlschrank an.“

(Leiter eines Palliativpflegedienstes)

Diese Vertrauensbeziehung stellt häufig die Grundlage für jegliche weitere inhaltliche Beratung dar und kann als Basis auch beim Finden von neuen Lösungsansätzen genutzt werden.

„Erst nachdem nach einiger Zeit eine große Vertrauensbasis geschaffen war, konnte ich über Hospize aufklären, da der Mann große Schmerzen hatte und seine Frau mit den drei kleinen Kindern auch nicht mehr konnte. So wurde der Mann in ein Hospiz verlegt und die Frau konnte in jeder freien Minute bei ihm sein.“
(Ehrenamtlicher Mitarbeiter eines ambulanten Hospizdienstes)

Unerlässlich ist hierbei die Berücksichtigung der benötigten Zeit in den strukturell verankerten Arbeitsprozessen, um dementsprechend ein spezifisches Vorgehen zu ermöglichen.

2.4.3 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund

Alle befragten Interviewteilnehmer und -teilnehmerinnen mit eigenem Migrationshintergrund waren der Ansicht, dass einige Mitarbeitende der Dienste unbedingt auch spezifische eigene Migrationshintergründe – in Verbindung mit sprachlichen Kompetenzen, soziokulturellem Wissen, gelebter Kultur und gelebten Traditionen sowie Religionszugehörigkeiten aufweisen sollten, um dann mit Patienten bzw. deren Angehörigen aus derselben ethnischen Gruppe arbeiten zu können.

„Sie können viel darüber lernen, aber in der Praxis sieht es anders aus. Bei dem einen ist es so und bei dem anderen so. Sie können das nicht 1:1 übertragen und dann dementsprechend praktizieren. [...] Besonders schwierig ist es, an die erste Generation heranzukommen, weil sie es nicht fühlen können. [...] Bei Muslimen ist es oft wichtig, dass ich auch muslimisch bin, in ihrer Sprache, in ihrer Kultur und ihrer Religion.“
(Ehrenamtlicher Mitarbeiter eines ambulanten Hospizdienstes)

Bei diesem Verständnis von „Interkultureller Kompetenz“ gehen die Interviewpartner davon aus, dass ein migrationspezifisches persönliches Erfahrungswissen für eine erfolgreiche Unterstützung unabdingbar ist. Demgegenüber stehen andere Aussagen, wie z. B. die der Leiterin eines stationären Hospizes:

„Dreißig Prozent unserer Mitarbeiter haben einen eigenen Migrationshintergrund. Trotzdem hat das alles nichts geholfen, als der Asylbewerber aus Aserbaidschan bei uns war.“

Es ist davon auszugehen, dass eine „Interkulturelle Kompetenz“ nicht automatisch mit eigenen Migrationserfahrungen gegeben ist. Dies zeigt nochmals deutlich die Notwendigkeit von aktiv gestalteten Prozessen für eine interkulturelle Orientierung sowohl auf der persönlichen Ebene des einzelnen Mitarbeiters als auch auf der Ebene der organisationalen Strukturen auf. Die Zuschreibungen von soziokulturellen Elementen finden auch von Seiten der Patienten statt und es bedarf immer wieder einer Klärung über die gemeinsame kommunikative Situation.

„Als ich mich bei einer kurdischen Familie vorstellte, musste zunächst geklärt werden, dass ich türkisch bin.“
(Ehrenamtlicher Mitarbeiter eines ambulanten Hospizdienstes)

2.4.4 Kommunikation

Es scheint in einer palliativen Situation – vor allem bei den Migranten der ersten Generation ein „Zurückgehen“ in die Herkunftssprache zu geben, die von früh kulturell geprägten Bildern und Metaphern gekennzeichnet ist. Wenn diese „Sprachbilder“ zwischen dem Betroffenen und dem Helfer ähnlich sind, kommt es häufig in kurzer Zeit zu einer tiefgehenden Verständigung. Natürlich ist eine gemeinsame Sprache unabdingbar und wenn dies nicht der Fall ist, müssen Lösungen für Übersetzungen gefunden werden. An dieser Stelle wird das Thema „familiäre Übersetzer“ und die damit verbundenen Gefahren nicht weiter erörtert. Interessanterweise liegt der Schwerpunkt allerdings scheinbar auf von beiden Seiten ähnlich gelagerten Kommunikationsregeln und ähnlichen Sprachcodes, um einen leichteren Zugang zum Gegenüber zu erhalten. Dies verdeutlichen die Worte der Ärztin eines SAPV-Teams:

„Man spricht in manchen Kulturen sehr ungern darüber, man spricht nicht direkt über den Tod, sondern umschreibt die Dinge eher ‚Ich möchte nicht, dass du leidest oder dass du Schmerzen hast.‘ Wenn ich solche Sachen in meinen Kontakten berücksichtige, ist es oft leichter und wir können auch existenzielle Themen besprechen.“

Dieses „Nicht-offen-ansprechen“ des nahenden Todes steht jedoch im Grunde dem Selbstverständnis von Hospizdiensten entgegen, die ihre Dienstleistung erst auf der Grundlage eines explizit genannten und bewusst bevorstehenden Sterbens anbieten. Wenn sie zum Patienten oder zu Angehörigen kommen, stellen sie sich als „Hospizdienst“ vor; also als Dienst, der dann kommt, wenn jemand stirbt. Damit stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, inwieweit die Aufgabe einer gesellschaftlichen Enttabuisierung des Themas Sterben und Tod der Versorgung im Einzelfall möglicherweise konträr gegenübersteht. Diese Problematik ist allerdings nicht auf Menschen mit Migrationshintergrund beschränkt.

2.4.5 Medizinische und pflegerische Unterstützung

Im Rahmen der Unterstützung von Familien oder Menschen mit Migrationshintergrund wurde in den Aussagen der Interviewpartner immer wieder deutlich, dass diese Familien häufig die alltägliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Unterstützung selbst durch Angehörige übernehmen.

Auf dem Hintergrund bestimmter Wertevermittlung innerhalb der Familien und den damit verbundenen Denk- und Handlungsmustern bei der größten Gruppe mit türkischem Migrationshintergrund ist hingegen ein subjektiver Bedarf in erster Linie für die medizinische und pflegerische Versorgung erkennbar und weniger ein psychosozialer oder grundpflegerischer Unterstützungsbedarf.

Auch bei der Gruppe der Spätaussiedler nimmt die Familie im sozialen Netzwerk eine große Rolle ein. Zwischen den Generationen scheinen tendenziell stärkere Erwartungen an die Familienmitglieder und stärkere Verpflichtungsnormen als bei Personen ohne Migrationshintergrund zu bestehen. Die eigene Gruppe ist ein wichtiges Element im persönlichen Netzwerk, durch das die einzelnen Familienmitglieder auch Unterstützung erfahren.

Generell scheinen auch Familien mit Migrationshintergrund im ambulanten Bereich zunehmend Hilfe von externen Professionellen zuzulassen, allerdings nur in bestimmten Bereichen. So berichtet z. B. eine Ehrenamtliche von türkischen Familienangehörigen, die keine Unterstützung im grundpflegerischen Bereich haben wollten, obwohl sie die Patienten bereits seit langer Zeit versorgten:

„Wir wollen keine Fremden, die Mama oder Papa waschen. Das machen wir.“

Hingegen war die Hilfe im medizinischen bzw. behandlungspflegerischen Bereich als sehr hilfreich empfunden worden. Eine türkische Angehörige berichtet beispielhaft:

„Als der Pfleger von diesem Dienst kam und meinem Mann Medikamente gab, dass der weniger Schmerzen hatte, war ich sehr froh. Ich hatte keine Erfahrung mit diesen Sachen und war froh, wenn er kam.“

Migrantinnen und Migranten der ersten Generation mit eigener Migrationserfahrung kommen zum Teil aus Ländern, in denen es häufig keine in Deutschland vergleichbaren Strukturen gibt. Da werden alle Aufgaben von den Familienangehörigen übernommen.

2.4.6 Information und Koordination

Nach Auffassung der Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer müsste der Blick auf die Bedürfnisse der Angehörigen verstärkt in den Vordergrund gerückt werden. Dieser Blick ist weniger auf den Bereich der psychosozialen Unterstützung und der Auseinandersetzung mit der aktuellen Situation zu richten als vielmehr auf die Vermittlung von Informationen. Denn in dieser Zeit entstehen für die Familien zahlreiche Fragen und Beratungsanliegen, die auch finanzielle, versicherungs- und sozialrechtliche Themen betreffen.

Eine türkische Frau, die ihren Mann gepflegt hatte, beschreibt ihre Situation folgendermaßen:

„Ich hatte schon überlegt, wie es weitergehen sollte. Ich schaffte das einfach nicht mehr. Dann kam aber Ayse (die ehrenamtliche

Mitarbeiterin eines ambulanten Hospizdienstes), die sich gut auskannte, und hat mir geholfen. Nachdem auch die Sachen von der Krankenkasse geklärt waren und ich Hilfe für meine Kinder hatte, konnte ich wieder aufstehen und weiter gehen.“

Die leistungsrechtlichen und allgemein sozialrechtlichen Hintergründe sind selbst für in Deutschland aufgewachsene Menschen nur schwer zu durchschauen. Eine ehrenamtliche Mitarbeiterin sagte hierzu:

„Ich hätte mir eine Checkliste gewünscht. In der Situation funktionieren die Angehörigen nur für den Patienten und brauchen in all diesen behördlichen Fragestellungen Unterstützung.“

Diese Art der Unterstützung war in den Interviews ein zentrales Thema und wurde immer wieder als Bedarf beschrieben. So sagte der ehrenamtliche Mitarbeiter eines ambulanten Hospizdienstes:

„Die Leute sind unerfahren und wissen oft nicht, dass es viele Möglichkeiten der Unterstützung gibt; z. B. von den Krankenkassen. Da wissen meine Landsleute leider nicht, dass sie diese Dinge beanspruchen können und davon Gebrauch machen können. Und dann ist es gut, wenn ich sie darüber informieren kann und dann zum Teil auch die Anträge für sie stelle. [...] Der Schwerpunkt meiner Tätigkeit als ehrenamtlicher Hospizmitarbeiter liegt auf dem Informieren und Organisieren.“

Diese Aussagen geben Anlass zu der Überlegung, inwiefern sich Dienste speziell im ambulanten hospizlichen Kontext möglicherweise anders organisieren müssten, um den Bedürfnissen der Migranten besser entsprechen zu können. So obliegt in den herkömmlichen Hospizdiensten die Information und Koordination weiterführender Dienstleistungen normalerweise der Koordinatorin des Hospizdienstes. Die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden eher für die psychosoziale Betreuung in den Familien bzw. bei den Betroffenen eingesetzt. Hier gilt es nun zu überlegen, inwiefern diese Struktur im Bereich der hospizlichen Versorgung von Familien sinnvoll ist und ob es möglicherweise hilfreich wäre, für diese Art der Koordination auf der Ebene des Einzelfalles die ehrenamtlichen Mitarbeiter für diese Aufgabe auszubilden.

Ähnliche Überlegungen scheinen für die Palliativpflegedienste sinnvoll. So steht die medizinisch-pflegerische Versorgung im Rahmen der ambulanten Palliativversorgung normalerweise im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Alle weiteren Themenbereiche, aus denen möglicherweise weitere Dienstleister in den Unterstützungsprozess involviert werden müssten, sowie generelle Informationen über sozial- und leistungsrechtliche Unterstützungsmöglichkeiten treten eher in den Hintergrund.

Die Frage, wer hier im übertragenen Sinne die Fäden in der Hand hat, also an welcher Stelle die Deckung dieses Bedarfs an Information und Koordination im weitesten sozialrechtlichen Sinne verankert werden sollte, stellt sich – wie viele andere Fragen – auch hier, da die gesetzlichen Vorgaben Parallelstrukturen und Schnittmengen nicht ausschließen.

2.4.7 Übernahme einer Mediatorenfunktion, z. B. bei unterschiedlichen Erwartungshaltungen

Im Gesundheitsbereich im Allgemeinen und im Hospizbereich im Speziellen kann es immer wieder zu Konfliktsituationen kommen. Dabei sind diese nicht ausschließlich von kulturellen Differenzen gekennzeichnet. Häufig hingegen gibt es versteckte Machtasymmetrien und die damit verbundenen Kränkungen auf beiden Seiten sind das eigentliche Thema im betreffenden angeblich ausschließlich kulturell bedingten Konflikt. Die nachfolgende Darstellung des ehrenamtlichen Mitarbeiters eines ambulanten Hospizdienstes macht dies sehr deutlich:

„Ich schildere Ihnen mal ein Beispiel: Eine Frau, 46 Jahre alt, hatte unheilbaren Unterleibskrebs. Ich wurde von der pflegerischen Fachkraft gerufen, da diese sich nicht gut mit der türkischen Familie verständigen konnte, es Kommunikationsprobleme gab. Die lagen aber nicht an der Sprache, sondern an den Erwartungshaltungen bzw. dem Nichterfüllen der Erwartungen. Die ganze Zeit wurde deutlich, dass die Pflege in den Augen der Familienangehörigen nicht genug leistete. Vor allem der Mann wünschte sich sehr, dass seine Frau nicht sterben solle. Sie hatten drei schulpflichtige Kinder. Die Familienangehörigen waren davon überzeugt, dass eine Heilung möglich wäre und dies nur deswegen nicht passierte, da die involvierten Profis nicht richtig arbeiten würden.

Ich habe dann über Umwege an das Sterben herangeführt: ‚Es gibt große Fortschritte, aber es gibt immer noch Krankheiten, die nicht heilbar sind.‘

Aber von der Familie kam: ‚Aber es gibt doch so viele Möglichkeiten.‘ Ich hab dann einen Cut gemacht und gesagt: ‚Tut mir leid, aber so kommen wir nicht weiter. Ich bin da, um Ihnen zu helfen.‘ In meiner Funktion konnte ich ihnen begreiflich machen, dass das das Gegenteil bewirkt. Es war schwierig in dieser Situation, da die Familie das, was die kranke Frau brauchte, etwas aus den Augen verloren hatte. Aber wir konnten diese

Sachen dann wieder in den Mittelpunkt stellen. Die Frau war sich über ihr baldiges Sterben im Klaren, aber die Hoffnung gab sie nicht auf.“

Ist im Zusammenhang der Begleitung von Familien mit Migrationshintergrund eine erweiterte Rolle und Funktion des Hospizdienstes anzudenken?

Diese hier angesprochene Mediatorenfunktion beruht auf dem Verfahren der Konfliktvermittlung durch eine neutrale und unabhängige „allparteiliche“ Drittpartei. Mehrere Interviewteilnehmer berichteten von Situationen, in denen sie von außenstehenden Palliativkräften gerufen wurden, um unterstützend für eine Klärung in einem scheinbar interkulturellen Konflikt tätig zu werden. Möglicherweise besteht diesbezüglich im hospizlich-palliativen Kontext ein

Bedarf, den es zu decken gilt. Auch hier wäre zu überlegen, ob die Anbindung solch einer Funktion in einem ambulanten Hospizdienst sinnvoll wäre. Dies würde zu einer weiteren inhaltlichen Ausrichtung führen, die strukturell bezogene Maßnahmen auf der Organisationsebene nach sich ziehen würde.

2.4.8 Vernetzung

Als ein grundlegendes Merkmal für die Bewältigung von schwierigen Situationen, die durch migrationsspezifische Fragestellungen gekennzeichnet sind, wurde in den Interviews immer wieder die Vernetzung genannt. Netzwerkbildung hängt u. a. ab von der je eigenen Kooperationsbereitschaft, von der realistischen Einschätzung der eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten und dem gleichzeitigen Blick für die Ressourcen und Möglichkeiten der Partner. Diese Bereitschaft, andere Fachleute ‚ins Boot zu holen‘ macht die Aussage des Leiters eines stationären Hospizes deutlich:

„Wir haben einen ziemlich hohen Anteil an Menschen mit sehr unterschiedlichen kulturellen und religiösen Hintergründen. Die Versorgung klappt nur so gut, weil wir in der Region mit ganz unterschiedlichen Stellen vernetzt sind und uns immer Unterstützung holen können.“

Nicht zuletzt sind dann ebenfalls kommunikative und moderierende Kompetenzen gefragt, die nicht immer aus den eigenen Reihen kommen müssen oder können:

„Ich hätte mir so etwas wie einen Kulturdolmetscher gewünscht, der uns erklärt, wie dort mit Sterben und Tod umgegangen wird und der dem Gast und dessen Ehefrau die hiesigen Strukturen mal erklärte.“

(Leiterin eines stationären Hospizes)

Natürlich ist die Voraussetzung auch hier die Grundhaltung einer interkulturellen Offenheit. Der Anspruch liegt nicht darin, alle kultur- und religionspezifischen Hintergründe selbst zu beherrschen, sondern so gut vernetzt zu sein, um sich bei Fragen und Herausforderungen Antworten und Unterstützung holen zu können.

Bei all den bisher dargelegten kultur- und migrationsbezogenen Fragestellungen im Hinblick auf die interkulturelle Weiterentwicklung der hospizlich-palliativen Versorgungslandschaft muss bei einer praxisbezogenen Umsetzung die Prämisse der ständig vorrangigen Berücksichtigung von Individualität vor kultureller Zugehörigkeit gewährleistet sein. Es gilt, sowohl kulturelle Faktoren als auch individuelle Hintergründe mit den Gegebenheiten der Aufnahmegesellschaft zu verbinden.

Die kulturelle Zugehörigkeit eines Menschen darf individuelle Faktoren nicht überzeichnen; jeder Mensch ist als einzigartiges Wesen mit einzigartigen Bedürfnissen zu betrachten.

So scheint eine stärkere konzeptionelle Neuorientierung – mit Blick auf eine interkulturelle Orientierung im hospizlich-palliativen Versorgungsbereich notwendig, die sich sowohl auf konzeptionell-strukturelle als auch auf inhaltliche Erweiterungen bezieht.

3. Interkulturelle Orientierung in hospizlichen und palliativen Diensten und Einrichtungen

Unsere heutigen Gesellschaften stellen sich multikulturell dar, dem ist in vielerlei Aspekten Rechnung zu tragen. Bei der Gestaltung interkultureller Öffnungsprozesse von Diensten oder Einrichtungen geht es um faktische Barrierefreiheit und Zugangsgerechtigkeit unabhängig vom kulturellen Ursprung.

Die demografische Entwicklung in Deutschland wird in Zukunft nicht nur die Anzahl der Palliativpatienten insgesamt, sondern auch die der Patienten mit Migrationshintergrund deutlich ansteigen lassen. Diesem Umstand gilt es, auch in der hospizlichen und palliativen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der Bundesrepublik Deutschland Rechnung zu tragen. Noch heute wird das Thema „Sterben, Tod und Trauer“ in Verbindung mit Migration hauptsächlich in den konzeptionellen Überlegungen mit der Proklamation bzw. Forderung nach Aneignung von kultur-religiösem Wissen für einzelne Migrationsgruppen in Verbindung gebracht und nur vereinzelt gibt es Dienste oder Einrichtungen, die sich sowohl konzeptionell als auch inhaltlich mit diesem Thema differenziert und tiefergehend befassen.

Die Auseinandersetzung der Menschen mit der eigenen Krankheit und dem eigenen Tod findet vor dem Hintergrund unterschiedlicher Wertesysteme und Vorstellungen statt. Diese individuell geformten Hintergründe lassen ihren Ursprung auch in den jeweiligen soziokulturellen Zusammenhängen finden. Die Bedeutung von Krankheit, Leiden und Tod, eingebettet in die jeweiligen Rituale und Zeremonien der Menschen, bilden einen gesellschaftlichen Kontext, in dem jeder Einzelne seine ganz individuelle und persönliche Umgangsform finden muss.

Wenn es das Ziel ist, ein würdevolles Sterben zu ermöglichen, so ist es natürlich unerlässlich, auch auf die kulturbedingten Hintergründe der Menschen zu achten. Das macht das nachfolgende Beispiel⁵ auf sehr eindeutige und eindrückliche Weise deutlich:

Der Patient eines Krankenhauses hatte einen Tumor und brauchte einen künstlichen Darmausgang. Er war ein sehr gläubiger und praktizierender Muslim und betete dementsprechend fünf Mal am Tag. Sein Wunsch war es, dies auch nach der Operation weiterhin tun zu können. Die Stomatherapeutin brachte ihn in die Gebetsstellung und zeichnete ihm den Punkt an, wo der Chirurg den künstlichen Darmausgang legen sollte, damit der Patient auch nach der Operation noch in seiner gewohnten Gebetsstellung ohne große Probleme beten konnte. Der Chirurg war sehr verwundert; aber die Stomatherapeutin

⁵ Dieses Beispiel verdanken wir Anja Buran, die in den Märkischen Kliniken in Lüdenscheid tätig ist.

erwiderte nur: „Das ist dein Handwerk. Du kannst den künstlichen Darmausgang legen, wo du willst.“ Und der Chirurg ließ sich darauf ein.

Die Konzentration auf die Kultur darf nun allerdings nicht den einzigen Schwerpunkt in diesem Zusammenhang bilden, denn sonst besteht die Gefahr, den betreffenden Menschen eindimensional in seiner ethnischen Kultur wahrzunehmen und nicht mehr seine individuelle, ganz persönliche Existenz zu erkennen und anzuerkennen.

3.1. Vom statischen zum dynamischen Kulturverständnis

Unter dem Begriff „Kultur“ wird eine Vielzahl von Phänomenen verstanden, die aber in ihrer Ausrichtung sehr unterschiedlich ist. Die zumeist national oder ethnisch konstituiert gedachten Kulturen weisen einen sehr abgegrenzten einschränkenden Charakter auf. Kulturelle Vielfalt wird oft als etwas Positives dargestellt – allerdings nur, wenn die Grenze der eigenen Infragestellung bestimmter eigener kultureller Hintergründe nicht überschritten wird. In multikulturellen Gesellschaften sind immer auch unterschiedliche kulturelle Orientierungssysteme zu finden.

Ein ethnisch oder sogar nationalstaatlich orientierter Kulturbegriff zielt auf eine „Einheit“ und eine „Ganzheit“ und hat somit sowohl eine einschließende als auch eine ausschließende Wirkung. Daran ändert sich auch wenig, wenn man die Grenze über nationalstaatliche Gebilde hinweg erweitert und z. B. eine „abendländische“ Kultur definiert. Der wesentliche Faktor bleibt bestehen: Es werden klare Grenzen gezogen. Der damit implizit verbundene „Ausschluss“ bzw. „Einschluss“ hat große Wirkungen auf die Alltagswelt der Betroffenen. Ein Zusammenleben kann damit sehr schwierig werden, da das „Andere“ als Bedrohung erlebt wird und zwangsläufig ausgegrenzt werden muss.

Diese Ethnisierung und Kulturalisierung ist mit der großen Gefahr verbunden, sich polarisierend auf ethnische und religiöse Dimensionen zu konzentrieren. „Herkunftskultur“ wird zu etwas Einheitlichem gemacht, das eindeutig beschreibbar und unveränderlich sowohl das Alltagsleben als auch Identitäten und Zugehörigkeiten identifiziert. Es wird bei der Konstruktion der ethnischen nationalen und religiösen Gruppen z. B. „der Griechen“, „der Türken“, „der Russen“ bzw. „der Christen“, „der Muslime“ etc. davon ausgegangen, dass nationale Zugehörigkeiten bzw. religiöse Orientierungen die alleinige statische Grundlage für die Konzepte der Alltagsbewältigung bilden. Nationale, ethnische und religiöse Zugehörigkeit als ausschlaggebenden Faktor und in einem homogenen Sinne zu betrachten, ist somit für einen interkulturell kompetenten Umgang nicht ausreichend und führt zu Ausgrenzungen.

In diesem Zusammenhang besteht auch die Gefahr des Ethnozentrismus, der die andere Kultur und ihre Angehörigen als der eigenen Kultur unterlegen bewertet. Das eigene Werte- und Normensystem wird zur Beschreibungsgrundlage und zum Maßstab jeglicher Bewertung für andere Kulturen eingesetzt.

Kulturen beinhalten Deutungs- und Handlungsmuster, die die Menschen in den Konstruktionen ihrer Wirklichkeit zur Alltagsbewältigung nutzen.

Im Laufe der Sozialisation des Einzelnen und vor allem in seiner Kindheit – also der Primärsozialisation – erwirbt der Mensch bestimmte Muster des Denkens, Fühlens und Handelns, die als Werte und Haltungen umschrieben werden. Diese entwickelten Muster bilden die Grundlage für

die Umgangsformen in der Gemeinschaft. So entwickelt jede Kultur eigene Standards als Orientierungshilfen für ihr Denken und Handeln, ihr Fühlen, Wahrnehmen und Werten. Diese Standards prägen das Kommunikationsverhalten, zwischenmenschliche Beziehungen, Sitten und Gebräuche und fungieren als „Landkarte zur Orientierungshilfe“ in unserer immer komplexer werdenden Alltags- und Lebenswelt, denn „jeder Mensch trägt in seinem Inneren Muster des Denkens, Fühlens und potenziellen Handelns, die er ein Leben lang erlernt hat“ (Hofstede, 1997: 2).

Die spezifischen Ausprägungen dieser Muster sind durch das soziale Umfeld bestimmt, insbesondere jenes, in dem er seine frühe Kindheit verbringt und seine ersten Lebenserfahrungen sammelt. Im Zuge seiner Sozialisation findet eine Enkulturation statt, die darin besteht, „die Welt so zu verstehen und mit ihr so umgehen zu können, wie es die Mitmenschen in der jeweiligen sozialen Gemeinschaft auch tun, verstehen und akzeptieren“ (Thomas, 2003: 23).

Kultur ist also kein starres Konstrukt, sondern wird jeweils von den diversen Gruppen und den darin lebenden Individuen unbewusst aktiv „konstruiert“ und ist somit einem ständigen Veränderungsprozess unterworfen. So beinhaltet ein erweiterter, dynamischer Kulturbegriff eine „selbst-reflektierende“ Komponente, die sich auf eigene und mir fremde Verhaltensweisen, Deutungsweisen und Handlungsmuster bezieht.

Kultur ist das Orientierungssystem, das unser Wahrnehmen, Bewerten und Handeln steuert, das Repertoire an Kommunikations- und Repräsentationsmitteln, mit denen wir uns verständigen, uns darstellen, Vorstellungen bilden.
(Auernheimer, 1999: 28)

Für den Kontext der hospizlich-palliativen Versorgung gehen wir von einem dynamischen Kulturbegriff aus. Dies bedeutet, dass Kultur einer ständigen Veränderung unterliegt und somit kontinuierlich den unterschiedlichen gesellschaftlichen Einflussgrößen ausgesetzt ist.

Die Definition des Kulturbegriffes von Thomas scheint eine dementsprechende Beschreibung zu bieten:

„Kultur ist ein universelles, für eine Gesellschaft, Organisation und Gruppe aber sehr typisches Orientierungssystem. Dieses Orientierungssystem wird aus spezifischen Symbolen gebildet und in der jeweiligen Gesellschaft usw. tradiert. Es beeinflusst das Wahrnehmen, Denken, Werten und Handeln aller Mitglieder und definiert somit deren Zugehörigkeit zur Gesellschaft. Kultur als Orientierungssystem strukturiert ein für die sich der Gesellschaft zugehörig fühlenden Individuen spezifisches Handlungsfeld und schafft damit die Voraussetzungen zur Entwicklung eigenständiger Formen der Umweltbewältigung“ (Thomas, 1993: 380).

Dieses Verständnis eines dynamischen Kulturbegriffes erlaubt es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der hospizlich-palliativen Begleitung, sterbende Menschen in ihrer ganz individuellen Existenz wahrzunehmen, und beschränkt

sie nicht nur darauf, Mitglieder „einer kulturspezifischen Gruppe“ und damit als „Träger“ bereits vorab definierter „kultureller Eigenschaften“ zu sein.

Geert Hofstede, ein niederländischer Soziologe, untersuchte in den 70er Jahren das Konzept „Kultur“ und interviewte hierfür weltweit mehrere tausend Angestellte der Firma IBM. Ziel war es, etwas über die Wertevorstellungen der Befragten zu erfahren, die über die äußerlichen Erscheinungsformen der Kultur hinausgingen, wie Symbole, Vorbilder oder Riten. Die Antworten der Befragten mit sehr unterschiedlichen kulturellen Hintergründen – aber weltweit in hierarchisch gleichen Führungspositionen – ergaben allerdings deutliche Unterschiede. Es kristallisierten sich fünf Dimensionen heraus, in denen klare kulturbedingte Unterschiede erkennbar waren. Eine dieser Dimensionen war das Konzept bzw. der damit verbundene Stellenwert im eigenen Handeln des „Individualismus“. So wurde deutlich, dass in eher individualistischen Kulturen die individuellen Ansprüche und Rechte an oberster Stelle im Zusammenleben in der Gesellschaft stehen. Hingegen steht in kollektivistischen Kulturen eher die Gemeinschaft an oberster Stelle. Dies hat natürlich Auswirkungen auf die Lebenswelten eines jeden Einzelnen. Wenn sich nun zwei Menschen treffen, die jeweils mit den diesbezüglich entgegengesetzten kulturellen Normen und Werten aufgewachsen sind und diese während ihres Sozialisationsprozesses verinnerlicht haben, kann es schnell zu Missverständnissen oder sogar Konflikten kommen: „Sobald sich bestimmte Denk-, Fühl- und Handlungsmuster im Kopf eines Menschen gefestigt haben, muss er diese erst ablegen, bevor er in der Lage ist, etwas anderes zu lernen; und etwas abzulegen ist schwieriger, als etwas zum ersten Mal zu lernen“ (Hofstede, 1997: 36).

Hilfreich in diesem Kontext kann auch das Bild des Eisbergs sein, das zum einen die sichtbaren Elemente der Kultur einer Gesellschaft über dem Wasser als schnell erkennbar darstellt, jedoch die darunter liegenden Bereiche als ausschlaggebende Kräfte definiert:



Abb. 4: Eisbergmodell der Kultur u. a. nach Brake, Walker & Walker (1995)

Was also an der Oberfläche im Auftreten und Verhalten eines Menschen sichtbar wird, ist Ausdruck seines darunterliegenden Orientierungssystems. In kulturellen Überschneidungssituationen kann dies zu Irritationen führen, denn die jeweiligen Kulturstandards werden „von der Mehrheit der Mitglieder einer Kultur als normal, selbstverständlich, typisch und verbindlich angesehen“ (Thomas, 1993: 381).

3.2. Das Fremde in uns

Die individuellen Vorstellungen des Einzelnen vom „Eigenen“ und vom „Fremden“ bestimmen die Art und Weise der Begegnung mit dem Fremden. So pendelt das Bild des Fremden zwischen Faszination und Bedrohung. Notwendig für die eigene Identität ist die Abgrenzung vom Fremden. Das Andere, das Fremde, fremde Kulturen erschrecken und faszinieren. Zum einen werden sie als „exotisch“ und „positiv andersartig“ erlebt und zum anderen als Bedrohung und „minderwertig“. Fremde, andere Deutungssysteme und die daraus resultierenden Handlungsschemata stellen sich als sehr komplex dar. Um dieser Komplexität begegnen zu können, entwickeln Menschen Strategien, die ihnen den Umgang mit dieser Komplexität erleichtern.

Zumeist führen Furcht und Verunsicherung zu einer Verabsolutierung des Eigenen auf Kosten des Fremden. Das heißt, das Fremde und das Eigene bedingen sich wechselseitig. Im Fremden setzen wir uns mit dem Eigenen auseinander. Das „Verfremden“ kann dabei als eine Strategie genutzt werden, althergebrachte und als naturgegeben geglaubte Werte, Handlungsformen etc. so weit von sich zu rücken und in Frage zu stellen, dass eine neue Sichtweise ermöglicht wird.

Die Sitten und Gebräuche der Anderen sind oftmals so hervorstechend und unerklärlich wie die eigenen im selben Maße transparent und erklärlich sind. Es gibt jedoch nicht nur den individuellen Umgang mit dem Fremden, denn dieses Phänomen ist auch in einem gesamtgesellschaftlichen Kontext zu sehen. Historisch lässt sich anhand der Beschreibungen und der damit verbundenen Bewertungen anderer Länder aus der Reiseliteratur gut die Entwicklung in Bezug auf das Fremde erkennen: Es wechselt von der Vermittlung eines sehr positiven Bildnisses bis hin zu negativen sogar bedrohlichen Beschreibungen für dasselbe Land. Zum Beispiel die Beschreibung Chinas: Im 16. Jahrhundert wurde es als idealer Staat dargestellt, aber ab ca. dem 19. Jahrhundert ist das Chinabild von negativen Beschreibungen gekennzeichnet. Die Bilder vom Fremden spiegeln offenbar jeweils die spezifischen sozialen, politischen und ökonomischen Konflikte von Gesellschaften wider. Das Konstrukt des Anderen ist also unlösbar verknüpft mit dem kollektiven Selbstbild.

Über den individuellen Umgang mit Fremdheit

Das Fremde ist nur auf Grundlage des Eigenen möglich und umgekehrt. So dienen kulturelle Stereotypen u. a. dazu, sich gegen den „kulturell Anderen“, den „Fremden“ abzugrenzen, und tragen damit zur Konstruktion und Aufrechterhaltung kultureller Identitäten bei. Dabei ist die Trennung zwischen „Eigenem“ und „Fremdem“ eine sowohl bewusste aber in Teilen auch unbewusste Festsetzung des menschlichen Zusammenseins bezüglich seiner selbst.

Wenn Menschen auf das „Fremde“ stoßen, so wird dieses entweder umgepolt in etwas Bekanntes, Sicheres oder Allgemeingültiges oder es wird als feindlich existent eingestuft. Diesem Phänomen liegt eine polare Haltung der Idee „Freund oder Feind“ zugrunde, die auch nur diese zwei Verhaltensweisen zulässt. Das Fremde wird systematisch und nachhaltig dem Eigenen einverleibt oder ausgelöscht. Alle Verunsicherungen, die das Erleben des Fremden in sich bergen, müssen nachhaltig bekämpft werden. Diese Denktraditionen sind den Menschen so selbstverständlich, dass andere Umgangsweisen mit dem Fremden kaum denkbar erscheinen (Jakubeit & Schattenhofer, 1996: 395).

Trotz großer Unterschiede im strategischen Umgang mit Fremdheit, ist das handlungsleitende Ziel grundsätzlich die Aufhebung dieses Fremdheitsgefühls.

Es zeigen sich große Unterschiede darin, wie die Menschen mit Fremdheit umgehen und welche Bewältigungsstrategien sie anwenden. Doch gibt es hauptsächlich ein grundlegendes Ziel: Das Gefühl der Fremdheit soll schnell beseitigt werden und das Fremde soll somit in Bekanntes umgewandelt werden. Bei einem Aufeinandertreffen von Fremdem und Eigenem gilt es, den unangenehmen und

verunsichernden Zustand so unter Kontrolle zu bringen, dass er nicht mehr als Bedrohung wirken kann.

Lebensweltliche Ansätze

Lebenswelt wird nach Schütz & Luckmann (1979) als Welt gesehen, die aus alltäglichen fraglosen Selbstverständlichkeiten gebildet wird. Problematisch werden Dinge, wenn sie nicht den Erwartungen entsprechen oder im bisherigen Wissensvorrat nicht vorkommen. Daraus erwächst die Notwendigkeit, sich mit diesem Unbekannten und Problematischen auseinanderzusetzen und das bisherige Wissen über die Welt zu modifizieren. Wenn problematische Dinge widerspruchlos in den Wissensvorrat eingefügt werden, so werden sie zu einem unproblematischen und nicht mehr zu hinterfragenden Teil dieses Wissens (Schütz & Luckmann, 1979: 16 f).

Diese Strukturen der Lebenswelt sind das selbstverständlich Vorgefundene, dessen sich der Einzelne nur in geringem Maß bewusst ist. Die Strukturen der Lebenswelt sind zu einem Teil vom Individuum gestaltbar und zum anderen unbewusst im Menschen verwurzelt. Es ist danach zu fragen, welches Vorver-

ständnis sich hinter den Wahrnehmungen des Fremden verbirgt. Verborgene Vorprägungen und Wahrnehmungsweisen des Fremden zu reflektieren und dann anders zu verstehen und handeln zu können, stellt eine wichtige Voraussetzung dar, sich dem Fremden zu stellen.

Nach Ortfried Schöffter (1991: 13) ist Fremdheit keine Eigenschaft von Dingen oder Personen, sondern ein Beziehungsmodus, in dem wir externen Phänomenen begegnen. „Insofern gerät das Fremde zum Ausgegrenzten, das dem Eigenen ‚wesensmäßig‘ nicht zugehörig ist und als Fremdkörper die Integrität der eigenen Ordnung zu stören und in Frage zu stellen droht. Jenseits dieser Grenze jedoch erfüllt es die Funktion eines signifikanten Kontrastes, der als Gegenbild gerade die Identität des Eigenen verstärken kann“ (Schöffter, 1991: 21).

Mitglieder einer Minderheit oder einer Randgruppe werden automatisch als gesellschaftlich Fremde von ihrer Umwelt definiert. Die Voraussetzung für diesen Mechanismus ist aber das Bestehen eines grundlegenden Zusammenhanges zwischen dem einzelnen Individuum und dessen jeweiliger Welt. Um diesen Zusammenhang von Eigenem und Fremdem sowie Bekanntem und Unbekanntem besser klären zu können, wandte sich der Soziologe Ohle (1978) bei der Untersuchung nach der Bedeutung „des Fremden“ im Zusammenleben mit anderen Menschen von der Person des sozial-gesellschaftlich Fremden ab und ging zunächst auf das eigene Fremdempfinden des Individuums ein.

Durch diese Vorgehensweise konnte er aufzeigen, dass jeder Mensch einen gewissen Anteil an Fremdheit in sich selbst hat, der zu einer intrapersonellen Spannung zwischen dem eigenen Fremden und dem eigenen Bekannten führt. Diese Spannung im Menschen ist wiederum nach Ohle die Voraussetzung für eine individuelle Identitätsentwicklung.

Das Selbst-Bewusst-Sein eines Menschen resultiert aus dem Zusammenspiel und der Spannung zwischen dem ‚Ich‘ und dem ‚Fremden‘.

Das eigene Fremdempfinden ist nicht genetisch bedingt oder anders vorbestimmt, sondern hängt vom Verhältnis des Individuums zu seiner jeweiligen Umwelt ab. Die sich daraus resultierende Spannung, in der das Individuum lebt, ist somit die Voraussetzung für das Selbst-Bewusstsein eines jeden Menschen.

Ohles Modell ist insofern relevant, als damit deutlich wird, dass jeder Mensch das „Fremde“ auch in sich trägt und „dieses Fremde“ nicht nur durch „das Andere“ – von außen kommend – repräsentiert wird. Dies ist wichtig, denn erst mit dem Umgang des eigenen Fremden in uns können wir uns auf das Fremde von außen einlassen. Der Autor geht von dem Grundsatz aus, dass der Mensch eine soziale Natur hat, die beinhaltet, dass das einzelne Individuum nur unter anderen Individuen existieren kann und dass die individuelle Identität eines Menschen nur über die Auseinandersetzung mit anderen Individuen entwickelt wird. Außerdem hat jedes Individuum das Bedürfnis und den Wunsch, mit den Anderen in Kontakt zu treten.

Das heißt, dass die Existenz des „Ichs“ nur durch die Existenz der anderen Dinge und Individuen in der Welt möglich ist. Diese Grundannahme basiert auf folgenden Faktoren:

- „Ich“ bin das Zentrum meiner Welt.
- „Ich“ setze alles und jeden in einen dynamischen Bezug zu dem, was jemals für mich relevant war.
- „Ich“ selbst bin der Maßstab für diese Zuordnung.
- „Ich“ existiere als Teil der Welt, die alles „Außer-Mir“ darstellt.

Diese „Außer-Mir-Welt“ entsteht nur über mein Bewusstsein und umgekehrt gewinne ich das Bewusstsein der Existenz meines „Ichs“ über diese „Außer-Mir-Welt“ also über das mir Fremde.

Die Gewissheit der Existenz eines „Ich“ ist Teil der Grundausstattung des Menschen und Voraussetzung für eine soziale Prägung des „Ich“. Diese Gewissheit ist kein vermitteltes Wissen, sondern vielmehr unmittelbar gegeben und unabhängig von der „Außenwelt“ wie z. B. Sprache oder überhaupt die Kenntnis jeglicher kommunikativer Systeme. Es bedeutet: „Ich bin in der Welt und bin bereit, Welt in mich aufzunehmen.“ Das reale Dasein eines „Ich“ erstreckt sich über die Dauer seiner irdischen Existenz und nicht weiter. Da das „Ich-sein“ existentielles Bewusstsein nur durch die Welt gewinnt, muss es die Welt geben, damit sich das Sein des „Ich“ realisieren kann. Hier ist der erste Bezugspunkt des „Ich“ zur „Außen-Ich-Welt“, zum „Nicht-Ich“ zum Fremden.

Jedes ‚Ich‘, jedes Individuum ist einzigartig.

Die soziale Schicht ist die verweltlichte Schicht des „Ich“, das heißt, dass hier alle Beziehungen zu jeglichen Außenweltdingen widergespiegelt werden. In der sozialen Schicht sind alle Welterfahrungen des „Ich“ zusammengefasst; sie bildet die Grundlage für das soziale Handeln des Menschen. Hiermit ist allerdings nicht die einzelne Handlung gemeint, sondern die im „Ich“ befindlichen „Wissenskomplexe“, die die Voraussetzung für soziales Handeln sind. Somit gibt diese soziale Schicht dem „Ich“ seine Identität. Da jedes „Ich“ einmal und isoliert von den anderen „Ichen“ existiert, sind seine Erfahrungen und Erlebnisse also genauso einmalig und isoliert zu betrachten. Das bedeutet, dass es keine identischen Erfahrungssätze verschiedener Individuen gibt, sondern jedes Erleben, jeder Moment für jedes Individuum unterschiedlich ist.

So gewinnt jedes „Ich“ seine Einzigartigkeit. Somit ist die soziale Schicht eines „Ich“ genauso wenig direkt erfahrbar für jemand anderen wie die existenzielle Schicht. Selbst, wenn Zustände genauer beschrieben werden, ist die eigentliche Empfindung des „Ich“ für andere „Iche“ nicht zu begreifen, weil zwischen dem „Ich“ und den „Fremd-Ichen“ die sozial induzierten Symbolsysteme ein-

gelagert sind. Bei einer Mitteilung eines „Ich“ muss es den mitgeteilten Gegenstand in ein allen verständliches Symbolsystem transformieren. So können „Fremd-Iche“ nur vermuten, was gemeint ist, wenn ein „Ich“ eine Zustandsbeschreibung über sich abgibt. Das Mitgeteilte muss also übersetzt und auf die eigene Befindlichkeit übertragen werden. Dieser Aspekt wird in der Diskussion oft übersehen, weil das soziale Handeln des Menschen so direkt und plastisch erfassbar ist.

Immer ist das „Ich“ bemüht, den Bereich der „fremden Umwelt“ zu durchdringen, zu entfremden und somit verhandlungsfähig zu bleiben. Jeder Entfremdungsprozess wird dann unterbrochen, wenn sich die Dinge in der Umwelt ändern. Das Verhältnis zwischen dem Eigenen und dem Fremden ist daher sogar in dieser intimen Sphäre äußerst labil. „Fremd-Iche“, Gegenstände, Beziehungen, Einstellungen, die eben noch klar eingeschätzt werden konnten, zeigen sich binnen kürzester Zeit in einem anderen Licht und wirken auf die soziale Schicht des „Ich“ ein, so dass auch die soziale Identität einem ständigen Wandel unterworfen ist.

Die Umwelt und das ‚Ich‘ wirken aufeinander, bedingen und verändern sich.

Ohle geht es insbesondere um eine Sensibilisierung für die eigene kulturelle Prägung und die Befähigung, die eigenen Einstellungen zu hinterfragen. Es müssen demnach Strategien entwickelt werden, die der Auseinandersetzung mit der Eigen- und Fremdkultur dienen.

Dies bedeutet, dass die hospizliche Mitarbeiterin und der hospizliche Mitarbeiter nicht nur in der Lage sind, den sozialen Regeln und Normen des eigenen Kulturkreises zu entsprechen, sondern auch das eigene Sozialverhalten aus der Sicht einer fremden Kultur zu hinterfragen und ggf. korrigieren zu können. Dies setzt natürlich ein Bewusstsein über das Vorhandensein kultureigener Verhaltensmuster voraus sowie die Fähigkeit, kulturbedingte Verhaltensmuster zu erkennen und mit ihnen umgehen zu können – ohne in ethnisierende und bewertende Missdeutungen zu verfallen.

Mit dem Modell von Ohle wird deutlich, dass wir die Fremdheitserfahrungen nicht nur in Bezug auf Migrantinnen und Migranten und generell den uns fremden Kulturen erleben, sondern dass das Fremde auch einen Teil unseres Selbst darstellt, das wir uns bewusst machen und reflektieren sollten.

Denn eine grundlegende Voraussetzung für die Entwicklung einer interkulturellen Kompetenz ist die Akzeptanz der eigenen Fremdheitsgefühle.

3.3. Interkulturelle Kompetenz

Der Begriff „Interkulturelle Kompetenz“ ist nicht unumstritten. Die Gefahr aus Sicht der Kritiker besteht darin, dass zu schnell sozial und politisch verursachte Probleme fälschlicherweise als ethnische Konflikte gesehen werden und durch diese „Ethnisierung“ die wirklichen Ursachen nicht als Ziel der Handlungsstrategien gelten.

Die Befürworter dieses Begriffes hingegen argumentieren, dass es bei der Interkulturellen Kompetenz in erster Linie um eine Grundhaltung geht. Es soll nicht der Fehler begangen werden, das Verhalten von Personen bei Begegnungen ausschließlich oder vorschnell auf die kulturellen Wirkfaktoren wie Wertunterschiede, Selbst- und Fremdzuschreibungen sowie unterschiedliche Konventionen in der Kommunikation zurückzuführen. Wie in dem Eisbergmodell nach Brake, Walker und Walker (Abb.4) liegen die eigentlichen Herausforderungen in einem Miteinander der unsichtbaren Kultur Aspekte wie Werte, Normen, Zeit oder Leistung. Diese liegen zwar im Verborgenen, weitgehend unsichtbar unter der Oberfläche, sind aber die wirkstärkeren Einflussgrößen.

Dieser Grundkonsens zeigt, dass einfache Landes- und Sprachkenntnisse für eine interkulturelle Kompetenz noch nicht ausreichen. Es kommt vielmehr darauf an, auf Grundlage bestimmter Haltungen und Einstellungen sowie besonderer Handlungs- und Reflexionsfähigkeiten in interkulturellen Situationen effektiv und angemessen zu reagieren. Die meisten Ansätze der Interkulturellen Konzeptentwicklung verweisen auf ein mehrdimensionales Konzept und zielen hauptsächlich auf die Entwicklung von Verhaltensmerkmalen und Fertigkeiten wie kulturelle Aufgeschlossenheit und Neugierde, auf die Mehrsprachigkeit als Entwicklungschance und Normalfall, auf perspektivisches Denken und Ambiguitätstoleranz, die Fähigkeit des Perspektivenwechsels und auf die Sensibilität für unterschiedliche Formen von Ethnozentrismus und Diskriminierung.

Dabei geht es in erster Linie darum, ein Bewusstsein der kulturellen Hintergründe des Fühlens, Denkens und Handelns sowie der Relativität von Weltinterpretationen zu wecken und die Bereitschaft und Fähigkeit zu fördern, vor diesem Hintergrund „eigenes und fremdes“ Verhalten zu reflektieren (siehe Hofstede, 1997; Thomas et al., 2003).

Interkulturelle Kompetenz wird verstanden als kommunikative und interaktive Kompetenz und als Fähigkeit zu kultureller Selbstreflexivität, die den Umgang mit Selbst- und Fremdbildern, mit Vorurteilen, Projektionen und den eigenen Irritationen mit einschließt.

Faktoren wie Nationalität, Religionszugehörigkeit oder ethnische Zugehörigkeit reichen also nicht aus, um dem Gegenüber in seinem „Anderssein“ begegnen zu können.

Zum Begriff: Interkulturelle Kompetenz ist eine Form der sozialen Kompetenz, die um die kulturelle Komponente erweitert wurde. Sie ist also als ein Teil sozialer Kompetenzen zu betrachten. Die Kommunikations- und Handlungsfähigkeit in kulturellen Überschneidungssituationen ist ein Bestandteil, das heißt, Personen, die über interkul-

turelle Kompetenz verfügen, haben die Fähigkeit, mit Angehörigen einer anderen Kultur zur beiderseitigen Zufriedenheit unabhängig, kultursensibel und wirkungsvoll interagieren zu können. Die interkulturelle Kompetenz ist also auch eine Art von kommunikativer Kompetenz. Die interkulturelle Kompetenz zeigt sich zum Beispiel in Wertschätzung statt Abwertung oder in offenen Zugangsweisen zu Individuen statt fester kultureller Zuschreibungen. Das „Aushaltenkönnen“ von Uneindeutigkeiten, Irritationen und Widersprüchen ist ein wesentlicher Bestandteil von interkultureller Kompetenz.

So hat Simon-Hohm (2002) Interkulturelle Kompetenz als ein Bündel von interkulturellen Grundkompetenzen genereller Art und speziellen Fachkompetenzen (die für die jeweiligen Arbeitsfelder individuell abgestimmt werden müssen) dargestellt, wobei die Grundkompetenzen nach ihrer Meinung die Voraussetzung für den erfolgreichen Einsatz der Fachkompetenzen darstellen. Die fünf grundlegenden Aspekte der Grundkompetenzen sind:

- Grundkenntnisse über Migration und Zuwanderung:
Dies beinhaltet Kenntnisse über die Bedeutung und Auslöser von Migration, ihren Stellenwert für Biografien etc.
- Sensibilität für die eigene kulturelle Prägung sowie die Fähigkeit, kulturelle Zuschreibungen zu reflektieren und aufzulösen:
Dies wird hier als Grundlage aller interkultureller Interaktionen gesehen.
- Anregen und Einleiten vertrauensbildender Maßnahmen:
Diese Maßnahmen stellen Schritte und Angebote dar, die dazu beitragen, Missverständnisse aufzuklären.
- Das Erkennen und Abbauen von Zugangsbarrieren:
Es ermöglicht die Inanspruchnahme von Dienstleistungen und ist damit Voraussetzung für die bedarfsgerechte Entwicklung von Versorgungsstrukturen.
- Befähigung zum interkulturellen Dialog:
Dies ist die eigentliche Grundlage für alle interkulturell geprägten Interaktionen und für das Gelingen zwischenmenschlicher Beziehungen überhaupt: Empathiefähigkeit, Vorurteilsfreiheit und Ambiguitätstoleranz (Simon-Hohm, 2002).

Ziele sind Abbau von Stereotypen, der Aufbau von Akzeptanz, die Überwindung des Ethnozentrismus, ein Verständnis der eigenen „Anhaftung“ in der eigenen Kultur und Enkulturation sowie Fremdverstehen. Selbstreflexivität ist erforderlich, um sich diese Haltung anzueignen. Des Weiteren verbinden sich persönliche mit fachlichen Fähigkeiten. Die interkulturelle Kompetenz schließt eine Lernerfahrung der Erschließung anderer Kulturen ein, die sich auf neue Länder und Gesellschaften übertragen lässt.

Interkulturelle Kompetenz gilt heute im Kontext sozialer Beratung als eine grundlegende „Schlüsselkompetenz“ mit immer größerer Bedeutung.

Interkulturelle Kompetenz ist also ein mehrdimensionales Konzept, das verschiedene Fähigkeiten, Einstellungen und Lernprozesse anspricht. Wesentliche Dimensionen sind kulturelle Aufgeschlossenheit, Fremdeithskompetenz sowie Sensibilität für Formen von Ethnozentrismus und Diskriminierung. In den letzten Jahren wurde der interkulturellen Kompetenz eine immer größere Bedeutung als Schlüsselkompetenz in einer globalisierten Welt zugeschrieben. Angesichts einer immer offener werdenden Welt treffen auch immer mehr Menschen unterschiedlicher Kulturen aufeinander. Daraus folgt ein gewisses Konfliktpotenzial, denn die Verhaltensweisen, Werte und Normen von Menschen sind innerhalb eines Kulturkreises sehr spezifisch. Sie vermitteln ein Gefühl von Zugehörigkeit und Sicherheit und grenzen Menschengruppen und Gesellschaften voneinander ab.

Die Vielfalt der Bestandteile Interkultureller Kompetenz verdeutlicht Ostendorf (1998) in nachfolgendem Kompetenzprofil:

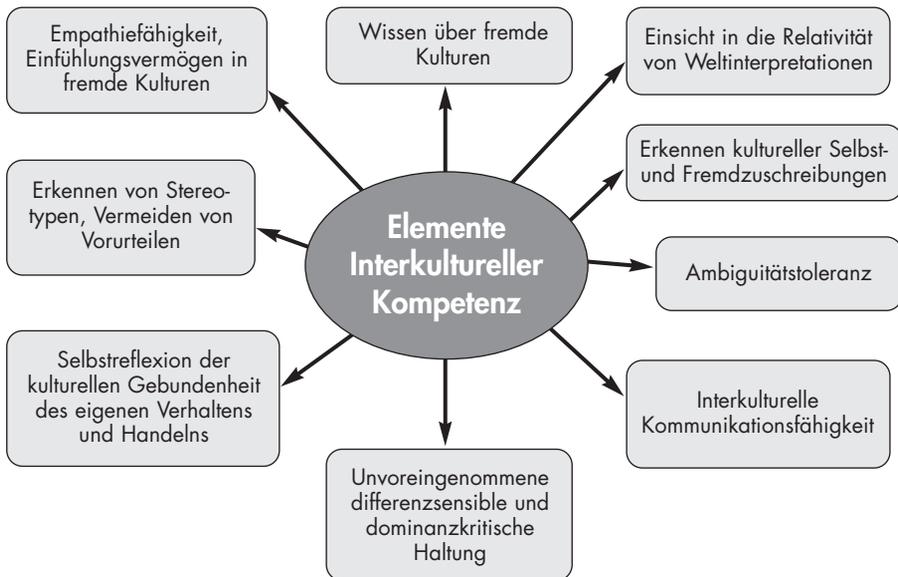


Abb. 5: Elemente Interkultureller Kompetenz, modifiziert nach Ostendorf (1998: 44)

Interkulturelle Kommunikation als Bestandteil interkultureller Kompetenz

Eine grundlegende Bedeutung der interkulturellen Kompetenz besteht in der Kommunikation als zirkulärer Prozess des Wahrnehmens und sich Ausdrückens im sozialen Handeln.

Schon innerhalb einer Kultur prallen Welten aufeinander, wenn Menschen miteinander in Kontakt treten. Dies ist in noch höherem Maße der Fall, wenn die Menschen aus völlig unterschiedlichen soziokulturellen Zusammenhängen stammen. Jeder Einzelne hat sein ganz individuelles Deutungsmuster, was auf den eigenen normativen Wertvorstellungen basiert.

Dieser Kommunikationsprozess wird erleichtert, wenn zwei Menschen innerhalb einer Kultur kommunizieren. So hat sich z. B. im örtlichen Hospizverein ein bestimmter Stil des Umgangs etabliert, der es den Mitgliedern erlaubt, die Bedeutung des Gesagten so zu verstehen und zu interpretieren, dass der kommunikative Prozess problemlos gestaltet werden kann. Ein gutes Beispiel dafür findet sich in dem Begriff ‚hospizlich‘, der für die Mitarbeiter eine ganz bestimmte, sehr weit gefasste Bedeutung hat, mit der der größte Teil von Mitarbeitern in diesem Kontext etwas Ähnliches verbindet. Dieses Maß an kultureller Gemeinsamkeit bzw. Unterschiedlichkeit nennt man „Kommunalität“. Wenn nun der Mitarbeiter einer anderen Einrichtung zu der Gruppe stößt, ist es sehr gut möglich, dass es hier zu Missverständnissen kommt, da die Kommunalität zwischen den beiden Gruppen eher niedrig ist. Also, selbst wenn man die gleiche Sprache spricht, ist es nicht selbstverständlich, sich zu verstehen.

Schulz von Thun hat sich auf der Basis seines bekannten Kommunikationsmodells mit interkulturellen Aspekten befasst.

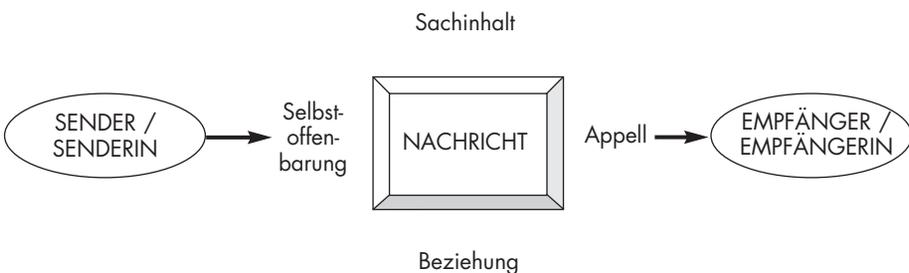


Abb. 6: Die vier Seiten (Aspekte) einer Nachricht – ein psychologisches Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation (Schulz von Thun 2004: 30)

Nach Schulz von Thun enthält ein und dieselbe Nachricht gleichzeitig stets viele Botschaften. Um die Vielfalt dieser Botschaften ordnen zu können, entwickelte er ein Erklärungsmodell, das vier Dimensionen der einzelnen Nachricht darstellt.

1. Sachinhalt (oder: Worüber ich informiere)

Zunächst enthält eine Nachricht eine Sachinformation. Immer, wenn es um eine bestimmte Sache geht, steht diese Seite der Nachricht im Vordergrund.

2. Selbstoffenbarung (oder: Was ich von mir selbst kundgebe)

In jeder Nachricht stecken nicht nur Informationen über die mitgeteilten Sachinhalte, sondern auch Informationen über die Person des Senders. In dem Begriff der Selbstoffenbarung ist sowohl die gewollte Selbstdarstellung als auch die unfreiwillige und z. T. unbewusste Selbstenthüllung enthalten. Diese Seite einer Nachricht kann viele Probleme der zwischenmenschlichen Kommunikation aufwerfen.

3. Beziehung (oder: Was ich von dir halte und wie wir zueinander stehen)

Mit dieser Seite einer Nachricht wird deutlich, wie der Sender zum Empfänger steht bzw. was er von ihm hält. Hier fließt z. B. der Tonfall oder andere nicht-sprachliche Begleitsignale in die Botschaft mit ein. Für diese Seite der Nachricht hat der Empfänger oft ein besonders empfindliches Ohr, da hiermit auch eine bestimmte Art der Beziehung zu dem Angesprochenen ausgedrückt wird.

4. Appell (oder: Wozu ich dich veranlassen möchte)

Diese Seite der Nachricht dient auch dazu, den Empfänger zu veranlassen, bestimmte Dinge zu tun oder zu unterlassen, zu denken oder zu fühlen. Diese Art der versuchten Einflussnahme kann offen oder versteckt sein.

Dieses Nachrichtenquadrat bildet nicht nur die Sicht des Senders, sondern auch die Sicht des Empfängers ab. So wie eine Nachricht mit vier Seiten gesendet wird, hat der Empfänger dementsprechend vier Ohren, auf denen er die Nachricht empfängt. Abhängig davon, welches der vier Ohren vorrangig die gesendete Nachricht aufnimmt, nimmt das Gespräch einen sehr unterschiedlichen Verlauf (Schulz von Thun 2004: 44 ff). So kann man auch einen Kommunikationsprozess, der eindeutige interkulturelle Aspekte aufweist, mit dem Kommunikationsquadrat nach Schulz von Thun analysieren.

In der im Folgenden beschriebenen Situation geht eine chinesische junge Frau zu ihrer deutschen Freundin nach Hause. Sie studieren beide in einer deutschen Stadt und haben sich zum Lernen verabredet. Als nun die junge Frau angekommen ist, fragt sie die Gastgeberin, ob sie einen Tee haben wolle. Die junge Frau lehnt das Angebot eines Tees dankend ab und bekommt demzufolge auch keinen. Sie darüber enttäuscht, obwohl sie sprachlich ganz klar auszudrücken schien, dass sie keinen Tee haben wolle.

Wenn man sich nun die vier Ebenen einer Nachricht nach Schulz von Thun, wie sie vom Sender ausgeht und wie sie möglicherweise beim Empfänger ankommt, genauer anschaut, kann das Ergebnis folgendermaßen aussehen:

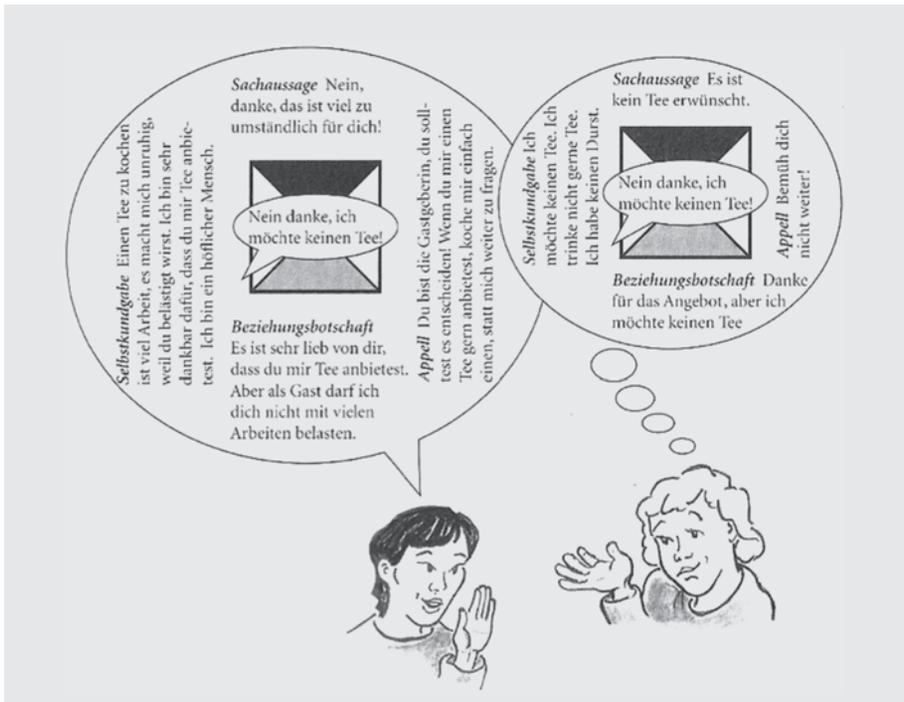


Abb. 7: Vier Botschaften (Lei Wang in Kumbier & Schulz von Thun, 2008: 191)

Ein Beispiel aus dem hospizlichen Kontext könnte folgendermaßen aussehen: Die Mitarbeiterin eines ambulanten Hospizdienstes wurde über eine Familie informiert, in der der Ehemann im Sterben liegt. Um ihre Unterstützung anzubieten, hatte sie im telefonischen Kontakt mit der Ehefrau des Sterbenden einen Termin vereinbart, um die Familie zu besuchen. Dort wurde sie gleich zu Beginn des Besuchs mit der Aussage der Ehefrau konfrontiert: „Ich möchte keinen Hospizdienst bei uns haben.“

Die Nachricht der Ehefrau, wie sie „gemeint“ sein könnte – analysiert nach den vier Aspekten:

Sachaspekt: Der Hospizdienst soll nicht kommen.

Selbstoffenbarungsaspekt: Ich weiß nicht so genau, was Sie eigentlich machen. So ein Angebot kenne ich nicht aus meinem Heimatland und es macht mich unsicher, denn eigentlich bin ich stark genug und kann gut allein für meine Familie sorgen.

Beziehungsaspekt: Sie sind mir zu schnell und zu nah. Sie sind mir nicht ganz geheuer. Und so nah stehen wir uns nicht, dass ich solch eine Hilfe annehmen könnte.

Appellaspekt: Lassen Sie die Sache erst einmal etwas langsamer angehen, bevor ich Sie hier in meinen Alltag lasse! Mischen Sie sich nicht in intime Dinge unserer Familie ein! Erklären Sie mir doch einmal, was das überhaupt für ein Angebot von Ihrem Dienst sein soll!

Gehört hat die Hospizmitarbeiterin vielleicht Folgendes:

Sachaspekt: Es ist keine Hospizbegleitung erwünscht.

Selbstoffenbarungsaspekt: Ich brauche keine Unterstützung. Ich kann das selbst.

Beziehungsaspekt: Danke für das Angebot. Aber das nehme ich nicht an.

Appellaspekt: Lassen Sie mich in Ruhe!

Nun ist die Differenz zwischen der „gesendeten“ und der „empfangenen“ Nachricht auf der daraus resultierenden Handlung in der Botschaft des Appells zu erkennen. Wenn die Hospizmitarbeiterin nun dementsprechend handelt, wie sie mit ihrem eigenen kulturellen Hintergrund die Situation deutet, müsste sie die Familie ohne weitere Unterstützungsangebote verlassen, was eigentlich nicht dem Bedürfnis der Ehefrau entsprechen würde. Aus diesem Grund ist es so wichtig, eine Kompetenz der interkulturellen Kommunikation zu entwickeln.

Unter Beachtung all der hier bereits angesprochenen Grundsätze haben Jakubek und Schattenhofer (1996) das Konzept der Fremdheitskompetenz entwickelt, das als ein Teilelement interkultureller Kompetenz gilt.

Fremdheitskompetenz von Einzelnen kann mit den folgenden Fähigkeiten und Verhaltensweisen beschrieben werden:

- Unterschiede wahrnehmen, aushalten, nicht überbrücken oder verringern: Der Umgang mit Fremdheit stellt für alle eine Herausforderung dar. Sie beinhaltet die Auseinandersetzung mit einer Vielfalt an Sprachen, Kulturen, Werthaltungen, Religionen, individuellen Deutungen und Lebensentwürfen.
- Beim anderen zulassen, dass er anders und verschieden ist: Es ist die Herausforderung, zuzulassen, dass der Andere die Freiheit hat, verschieden sein zu können und ihn nicht einem Anpassungsdruck auszusetzen.
- Die eigenen Deutungsmuster sowie die eigenen Muster der Integration (Assimilation) und Ausgrenzung (Diskriminierung) erkennen, erweitern und bewusst damit umgehen.
- Bewusstwerden der grundlegenden Ambivalenz gegenüber dem Fremden: Die Haltung dem Fremden gegenüber ist grundlegend ambivalent: Die

negativ/ängstliche Abwehr, die sich auf das Bedrohliche am Fremden bezieht und das positiv/neugierige Verlangen, das durch den Reiz des Unbekannten hervorgerufen wird (Exotik).

- Die eigene Sichtweise als eine Perspektive unter anderen möglichen ansehen: Gespür für die eigene Begrenzung und Subjektivität entwickeln und zugleich die Wahrnehmung von Unterschieden, Widersprüchen erweitern, um handlungsfähiger zu werden. Die Unterschiede müssen dann nicht mehr aufgehoben werden. Wichtig ist die Suche nach den verbindenden Fragen und Problemen, die jeweils unterschiedlich wahrgenommen werden. Sie beinhalten die Chance, die eigene Identität zu klären, um sich unbefangener dem Neuen und Fremden öffnen zu können.

So erscheint der Mitarbeiterin des Hospizdienstes ihr eigenes kulturgeprägtes Handeln bewusst und dem bisher Selbstverständlichen kann durch die Sichtweise in einer neuen Umgebung mit anderen Denk- und Verhaltensweisen begegnet werden.

Fazit: Interkulturelle Kompetenz ist weder angeboren noch kann sie aus anderen Gründen vorausgesetzt werden. Sie kann weder durch das ausschließliche Erlernen einer Fremdsprache noch durch das Lesen und Diskutieren über Kulturen bzw. durch ausschließlich kognitive Aspekte und Wissen erworben werden. Es geht vielmehr um die Fähigkeit zur Selbstreflexion und Sensibilisierung für eigenes und fremdes Verhalten.

Inhaltlich liegt der Fokus nicht auf der kulturellen Prägung und möglicherweise erneuten Etikettierungen des oder der Anderen, sondern auf der Entwicklung von neuen Selbst- und Fremdwahrnehmungsstrategien. Unterschiedliche Kulturzugehörigkeit darf also nicht als ausschließliches Erklärungsmuster für Schwierigkeiten oder Störungen in der Kommunikation missbraucht werden, da andere Faktoren wie die soziale Situation, gelebte Geschlechterrollen, der Aufenthaltsstatus, erfahrene Diskriminierungen u.v.m. eine ebenso bedeutsame Rolle spielen.

4. Praxishinweise zur interkulturellen Öffnung im hospizlich-palliativen Kontext

Dass sich Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialbereich interkulturell öffnen müssen, ist mittlerweile nicht mehr umstritten. Diese Herausforderung gilt für alle gesellschaftlich relevanten Institutionen (vgl. Schröer, 2007), daher auch für Einrichtungen im Hospiz- und Palliativbereich. Hier stellt sich nicht mehr die Frage, ob wir diese interkulturelle Öffnung wollen, sondern wie wir sie organisieren.

In erster Linie geht es darum, Zugangsbarrieren für Migrantinnen und Migranten zu sozialen und medizinischen Regeldiensten abzubauen. Lange wurde davon ausgegangen, dass es eigentlich nur an der diesbezüglichen mangelnden Professionalität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter läge und wenn diese behoben ist, so wäre auch das Problem der Zugangsbarrieren behoben. So einfach ist es aber nicht.

„Interkulturelle Öffnung kann zusammenfassend verstanden werden als ein bewusst gestalteter Prozess, der (selbst-)reflexive Lern- und Veränderungsprozesse von und zwischen unterschiedlichen Menschen, Lebensweisen und Organisationsformen ermöglicht, wodurch Zugangsbarrieren in den öffentlichen Organisationen abgebaut werden und Anerkennung möglich wird“ (Schröer, 2007).

Die Praxis zeichnet ein anderes Bild. Die oft geforderte und „von oben“ angeordnete interkulturelle Öffnung ist von einer sehr viel höheren Komplexität gekennzeichnet, als gemeinhin angenommen, und lässt sich nicht „mal eben so“ in den Einrichtungen und Diensten implementieren (vgl. Hinz-Rommel, 2000).

Der Prozess der interkulturellen Öffnung verändert die Organisation insgesamt. Dieser Prozess (ein klassischer Organisationsentwicklungsprozess) muss aktiv gestaltet werden. Jede Organisation muss dafür ein geeignetes Vorgehen finden, das zur jeweiligen Einrichtung passt. Dies wird in einer ambulanten Hospizbewegung mit starker ehrenamtlicher Prägung anders aussehen als in einer Palliativstation, die Teil einer hochprofessionalisierten und hierarchisch organisierten Klinik ist. Das Gemeinsame ist jedoch, dass der Prozess der interkulturellen Öffnung sowohl die Organisationsstrukturen als auch die unterschiedlichen Prozessabläufe verändern kann.

Aus diesem Grund werden im Folgenden die für eine interkulturelle Orientierung bzw. Öffnung notwendigen Systemebenen benannt und Hinweise für erste Umsetzungsschritte gegeben.

4.1. Veränderungen auf der Ebene der Organisation

Wenn sich eine Einrichtung in den Prozess der interkulturellen Öffnung begibt, hat dies Auswirkungen auf die „Organisationskultur“.

Die Organisationskultur beschreibt die Werte, Normen und Haltungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Das Leitbild einer Einrichtung stellt eine komprimierte Ausdrucksform der Organisationskultur dar, das in knapper, thesenhafter Form die zentralen Grundsätze, Ziele und Strukturprinzipien formuliert.

Auf der Basis des Leitbildes können Ziele (und entsprechende Zielvereinbarungen) auf allen Ebenen der Organisation entwickelt werden. Das Leitbild wendet sich zum einen identitätsstiftend nach innen an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und zum anderen nach außen an die Klientinnen und Klienten, die darüber Auskunft erhalten können, welche Ziele die Einrichtung verfolgt. Um konzeptionell und methodisch die interkulturelle Orientierung zu gewährleisten, ist die dementsprechende explizite Verankerung dieses Themas im Leitbild und die damit verbundene Zielsetzung die Voraussetzung einer erfolgreichen Implementierung (vgl. Handschuck & Schröer, 2012: 43).

Dies bedeutet, dass sich die Organisation auf allen hierarchischen Ebenen mit folgenden Fragestellungen grundsätzlicher Art auseinandersetzen muss:

- Wollen wir als Organisation grundsätzlich eine interkulturelle Öffnung erreichen? Wenn ja, mit welcher Zielsetzung?
- An welche Grenzen stoßen wir dabei? Mit welchen Widerständen ist zu rechnen?
- Für welche Angebote bzw. Hilfestellungen sind wir als Organisation zuständig und was wollen wir mit diesen erreichen?

Der Prozess der interkulturellen Öffnung ist ein klassischer Organisationsentwicklungsprozess. Solche Prozesse sind durch folgende Schritte gekennzeichnet:

Neun Schritte zur Erreichung der Akzeptanz von Organisationsentwicklungsprozessen

1. Ist-Zustand: Diagnose der Situation und Problemanalyse
2. Soll-Zustand: Vision und Ziele definieren
3. Gemeinsames Bewusstsein: Erläuterung des Änderungsbedarfs, Aufzeigen der Änderungsmöglichkeiten

4. Konsens der betroffenen Parteien erreichen: Vorbildverhalten von Führung, Vertrauen schaffen
5. Kommunikation: Klarheit, Offenheit und Verständnis
6. Partizipation der Beteiligten: Kontrolle, Beeinflussbarkeit, Vorhersehbarkeit und Fairness
7. Qualifikation: Vermittlung von Fähigkeiten und Fertigkeiten
8. Konsequente Umsetzung: Projektorganisation, Verantwortlichkeiten, Zeitmanagement und Flexibilität im Prozess
9. Stabilisierung: Monitoring, erste Erfolge und Verankerung der Veränderung

Abb. 8: Neun Schritte zur Erreichung der Akzeptanz von organisatorischen Änderungsprozessen (nach Gentner & Kempkes, 2014)

Grundlage jedes Entwicklungsprozesses in einer Organisation stellt nach diesem Schema eine genaue Diagnose und Analyse der Situation (Schritt 1: „Ist-Zustand“) dar. Darauf aufbauend folgen dann dementsprechend die weiteren Handlungsschritte 2 bis 9.

Das folgende Frageraster kann als Grundlage dienen, um in der eigenen Einrichtung den „Ist-Zustand“ zu erfassen. Der Fragebogen kann und muss für die eigene Einrichtung verändert und angepasst werden.

Bedarfserhebung

Wie hoch ist der Anteil der Migrantinnen und Migranten in der hospizlich-palliativen Versorgung unserer Einrichtung?

Nehmen diese die angebotene Dienstleistung entsprechend ihrem Anteil in der regionalen Bevölkerung in Anspruch?

Welche Daten zum Migrationshintergrund der Patientinnen/Gäste/Klienten werden berücksichtigt?

Z. B.: Staatsangehörigkeit, Geburtsort, Sprachpräferenz, Muttersprache, weitere

Sind die vorliegenden Daten für die Mitarbeitenden ausreichend? Wenn nicht, welche werden noch gebraucht?

Welche Kriterien zum Migrationshintergrund sind für die palliativ-hospizliche Versorgung am wichtigsten?

Wie hoch ist der Anteil der Patientinnen/Gäste/Klienten, mit denen z. B. ein Erstgespräch in deutscher Sprache nicht möglich ist?

Wie ist derzeit die sprachliche Kommunikation mit nicht-deutschsprachigen Patientinnen/Gästen/Klienten organisiert?

Können im Bedarfsfall qualifizierte Dolmetscherinnen und Dolmetscher für die notwendigen Sprachen erreicht und eingesetzt werden? Wenn nicht, warum nicht?

Mitarbeiter-, Teamebene

Gibt es unter den Mitarbeitenden Angehörige ethnischer Minderheiten?

Entspricht die Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterstruktur der kulturellen Herkunft der Patientinnen/Gäste/Klienten?

Wie ist diese „interkulturelle Teamarbeit“ organisiert?

- Entfällt, weil ...
- Spezielle Arbeitsteilung „Zuständigkeiten für Migrantinnen, Migranten“
- Interkultureller Austausch in regelmäßigen Fallbesprechungen
- Sonstiges ...

Interessieren sich Mitarbeitende für Fortbildungen zu interkulturellen Themen?

Versuchen die Mitarbeitenden regelmäßig, interkulturelle Fragestellungen zu thematisieren?

Fort- und Weiterbildung

Gibt es regelmäßig Schulungen zu folgenden Themen: Landeskunde/Informationen über Religionen und sozio-kulturelle Hintergründe zu den Herkunftsländern der Klientinnen und Klienten/Interkulturelle Kommunikation/Umgang mit Fremdheit/Vorurteile/Diskriminierung?

Ist mehr sozio-kulturelles (Hintergrund-) Wissen der Mitarbeitenden notwendig? Wenn ja, in welchen Bereichen?

Leitung/Organisation
Finden regelmäßige Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität in der Einrichtung statt? Wenn ja, welche?
Ist die Leitung an der interkulturellen Öffnung der Einrichtung interessiert und bereit, konkrete Maßnahmen zu fördern und umzusetzen? Wenn nein, wo und warum gibt es Widerstände?
Wurden bereits Diskriminierung und Antidiskriminierungsmaßnahmen in der Einrichtung diskutiert? Und sind diesbezüglich Maßnahmen beschlossen und umgesetzt worden?
Spielen interkulturelle Probleme und Fragestellungen bei konzeptionellen Überlegungen eine wichtige Rolle?
Welche Angebote sind bisher auf unterschiedliche Bedürfnisse verschiedener Patientengruppen ausgerichtet? Was läuft diesbezüglich gut? Wo gibt es Mangel bzw. einen Verbesserungsbedarf?
Informationen und Zugang
Existiert mehrsprachiges Informationsmaterial? Wenn ja, in welchen Sprachen?
Sind diese vorhandenen Informationsmaterialien geeignet, alle Patientinnen/Gäste/Klienten zu erreichen: <ul style="list-style-type: none"> • Sind sie verständlich geschrieben? • Werden auch Menschen mit geringer Lese- und Schreibfähigkeit erreicht? • Gibt es zusätzliche Informationsmöglichkeiten durch audiovisuelles Material?
Können Migrantinnen und Migranten in gleichem Maße wie einheimische Patientinnen/Gäste/Klienten die einzelnen Versorgungsangebote in Anspruch nehmen bzw. in gleichem Maße davon profitieren? Z. B. Sozialberatung, spirituelle Unterstützung, psychologische Beratung und Unterstützung etc.
Ist die Einrichtung in der Ausstattung auf die Bedürfnisse unterschiedlicher Patientengruppen angemessen ausgerichtet?
Vernetzung
Existieren tragfähige Kooperationen mit Institutionen und/oder Fachkräften, die im Bedarfsfall hinzugezogen werden können? Wenn ja, welche? Für welche besteht weiterer Kooperationsbedarf?
Zusammenfassung
Wo besteht Handlungsbedarf für die interkulturelle Öffnung?

Abb. 9: Checkliste als Grundlage für eine Ist-Analyse (mod. nach Borde & David, 2004 & Hinz-Rommel, 2000)

4.2. Regionale Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse

Die Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund ist regional sehr unterschiedlich. Um hier dem jeweilig regional spezifischen Bedarf gerecht werden zu können, sollte zunächst eine Sozialraumanalyse vorgenommen werden. Vorteil ist hierbei, dass es um statistische Zahlen geht und die persönlichen Einschätzungen durch die Daten untermauert bzw. korrigiert werden. (Entsprechende Daten sind bei den statistischen Landesämtern zu erhalten.) Ziel ist, so viele Informationen wie möglich zum spezifischen Bedarf zu erhalten, um das eigene Angebot auszurichten.

Hierzu könnten die Fragestellungen wie folgt lauten:

- Wie hoch ist der Bevölkerungsanteil an Menschen mit Migrationshintergrund in der Region?
- Welche Altersstruktur liegt für diesen Bevölkerungsanteil vor?
- Welche ethnischen Hintergründe haben die Migrantinnen und Migranten?
- Welcher Religionsgemeinschaft sind sie zugehörig?
- ...

Informationen zu den Bedürfnissen der Menschen mit Migrationshintergrund vor Ort lassen sich in „Experteninterviews“ erheben. Bei Expertinnen und Experten handelt es sich um jene Funktionsträger, die Aussagen über die Bedürfnisse bzw. den Bedarf der betroffenen Bevölkerungsgruppe bezüglich palliativ-hospizlicher Versorgung machen können. Das können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Dienste sein, Mitarbeitende aus kommunalen Verwaltungen, Mitglieder von Religionsgemeinschaften, von Vereinen etc. Aber auch die Betroffenen selbst sind Expertinnen und Experten.

Durch die gezielte Befragungen einzelner Migrantinnen und Migranten können spezifische Bedürfnisse erhoben und Hemmnisse, die die Inanspruchnahme der Unterstützung erschweren, sichtbar werden.

Erfahrungen haben gezeigt, dass der mangelnde Kontakt zu Menschen mit Migrationshintergrund und ihren spezifischen Einrichtungen oft die Ursache dafür ist, dass die Dienste deren Bedarf nicht in ausreichendem Maße erkennen. Dies lässt sich wohl z. T. auch auf die Dienste der hospizlich-ambulanten Versorgung für Erwachsene übertragen.

Mögliche Fragen für ein Experteninterview:

- Welche Art der Unterstützung brauchen aus Ihrer Sicht betroffene Familien von der Einrichtung?
- Wie könnte nach Ihrer Meinung ein erfolgreiches „Bekanntmachen“ des Angebotes konkret aussehen? Worauf ist dabei besonders zu achten?
- Was sind aus Ihrer Sicht eher Hinderungsgründe einer Inanspruchnahme der Unterstützungsleistungen?
- Was könnten wir tun, um einen Zugang zu erleichtern?
- Wie sehen Ihre Erfahrungen aus?
- ...

Im Rahmen dieser Bedarfsanalyse ist es auch sinnvoll, andere bereits bestehende Unterstützungsangebote für Menschen mit Migrationshintergrund zu erheben. Ziel dieser Erhebung ist einerseits eine Bestandsaufnahme der Angebote in der Region, auf deren Basis eine Liste potentieller Kooperations- und Netzwerkpartner erstellt werden kann.

Mit einem gegenseitigen Abgleich von Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse gilt es nun dem Bedarf entsprechend, möglicherweise auch neue Dienstleistungen in der Region zu implementieren. In diesem Zusammenhang ist eine regional abgestimmte Vorgehensweise sehr sinnvoll.

Netzwerke

Im Netzwerk zu arbeiten bedeutet, voneinander zu wissen und bei aller Selbständigkeit der Akteure im Netzwerk an gemeinsamen Problemstellungen und Zielen zu arbeiten. Wie ein solches Netzwerk aussieht und wer darin mitarbeitet, ist natürlich abhängig von den regionalen Besonderheiten. Die Leitfrage dabei ist: Wer kann uns helfen, dass unser hospizlich-palliatives Angebot bei Menschen mit Migrationshintergrund ankommt und von diesen genutzt werden kann. Wichtige Aspekte dafür sind:

Die Suche nach „Schlüsselfunktionsträgern“, die als Multiplikatoren dienen

Als ein Ergebnis bei der Erhebung der Zugangsbarrieren für hospizlich-palliative Dienste wurde deutlich, dass es innerhalb von ethnischen Gruppen weni-

ge bzw. gar keine Beispiele für die Inanspruchnahme dieser Dienste von Seiten der Erwachsenen gibt, die „nachgeahmt“ werden können. Diese Funktionsträger sollten eine Art Schlüsselfigur für die Gemeinde darstellen, die auch über die formelle Position hinausgehen kann. So können das im muslimischen Zusammenhang Imame oder andere Mitarbeitende der religiösen Gemeinden sein. Häufig haben aber auch einzelne Familien eine Vorbildfunktion für die anderen Mitglieder. So wäre wahrscheinlich eine Inanspruchnahme von Seiten solch einer Familie mit einem hohen Wirkungsgrad auf die Inanspruchnahme der anderen Gemeinde- oder Gruppenmitglieder verbunden.

Zugang auf Selbsthilfeorganisationen der Migrantinnen und Migranten

Einen wichtigen Faktor stellen die Organisationen und Gruppen sowohl auf formeller als auch auf informeller Ebene dar. Wenn die Mitarbeitenden eines Hospizvereins hier im betreffenden Sozialraum aktiv Kontakte herstellen und sich und ihre Arbeit vorstellen, so können auch Informationen darüber gewonnen werden, was nun konkret von dieser speziellen Gruppe der Migrantinnen und Migranten gebraucht wird. Die Mitglieder dieser Gruppen dienen auch als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die ein weiteres Element des Bekanntheitsgrades des Dienstes darstellen.

Öffentlichkeitsarbeit/Bekanntmachen des Angebotes

Häufig werden Informationsbroschüren in anderen Sprachen gedruckt und an verschiedenen Stellen ausgelegt. Es hat sich gezeigt, dass diese Art der Öffentlichkeitsarbeit bei vielen Migrantengruppen nicht ausreichend ist, um die Betroffenen zu einer Inanspruchnahme der vorgehaltenen Dienstleistung zu bewegen. Gerade im Themenbereich ‚Sterben und Trauer‘ ist es von besonderer Bedeutung, dieses Angebot mit einem „persönlichen Gesicht“ verbinden zu können. Daraus ergibt sich, dass die hier gemeinte Öffentlichkeitsarbeit über die Standardverfahren hinausgeht und sich ein aktives Vorstellen in den Kontexten und an den Orten, in denen Migrantinnen und Migranten leben, anbietet.

4.3. Veränderungen auf der Ebene der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Interkulturelle Öffnung ist ein Prozess, an dem alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen beteiligt sein müssen.

Auch heute wird z. T. noch davon ausgegangen, dass haupt- oder ehrenamtlich Mitarbeitende in den Einrichtungen und Diensten durch ihre Ausbildung und/oder Erfahrung automatisch die Befähigung besitzen, „dem Fremden“ gegenüber offen und konstruktiv zu begegnen. Dass dies nicht immer der Fall ist, erscheint offensichtlich.

Voraussetzung ist und bleibt die innere Einstellung und die damit verbundene Bereitschaft zum Umgang mit „dem Fremden“. Hier ist die einzelne Mitarbeiterin, der einzelne Mitarbeiter wichtig und ihre bzw. seine interkulturelle Kompetenz.

„Interkulturelle Öffnung und Organisationsentwicklung erfordern den Blick auf die kulturellen Prägungen jeder Person im Unternehmen in Relation zur Unternehmenskultur. Diese Wechselseitigkeit ist entscheidend, um zu erkennen, um Kulturveränderungen anstoßen zu können, ethische Prinzipien zu vereinbaren und potentielle interkulturelle Konflikte konstruktiv zu lösen. Dabei sind auch individuelle Lösungen gefragt, denn hinter Verhaltensmustern liegen Motive und Wertvorstellungen, die durch die „kulturellen Filter“ fließen.“ (Gentner & Kempkes, 2014: 78)

4.3.1 Anforderungsprofile Interkultureller Kompetenz

Für das, was „Interkulturelle Kompetenz“ meint, gibt es bis heute in der Forschung noch kein universal gültiges Konzept. Kritiker mahnen immer wieder eine zu starke „westeuropäische“ und „anglo-amerikanische“ Orientierung bei den Versuchen einer Aufstellung von allgemeingültigen Definitionen an. Es besteht jedoch Einigkeit darüber, dass der Erwerb von „Interkultureller Kompetenz“ durch einen Prozess gekennzeichnet ist, der alle persönlichkeitsrelevanten unterschiedlichen Lernebenen berücksichtigt. Eine Beschäftigung mit sozial-kultureller Vielfalt sollte folglich nicht nur aus einer Mehrheitsperspektive vorgenommen werden, sondern auch andere Lebenskonzepte und Wertvorstellungen als die der Mehrheit berücksichtigen.

Da gesellschaftliche Rahmenbedingungen und die Perspektive von gesellschaftlichen Minderheiten unbedingt auch Bestandteil eines interkulturellen Trainings sein sollten, das sich auch mit gesellschafts-politischen Machtasymmetrien beschäftigen muss, kann sich interkulturelle Kompetenz nicht mehr ausschließlich auf den adäquaten Umgang mit kulturellen Differenzen beschrän-

ken. Legt man das übliche Verständnis von Kompetenz zugrunde, das Kenntnisse, Haltungen und Fähigkeiten umfasst, so müssen sich diese drei Eigenschaften gleichermaßen auf Machtasymmetrien, Kollektiverfahrungen und Fremdbilder wie auf kulturelle Differenzen beziehen (vgl. Auernheimer, 2013).

Nach Gertsen (1998) kann interkulturelle Kompetenz durch drei Dimensionen dargestellt werden, die sich aufeinander beziehen und die Grundlage für einen interkulturellen Handlungsraum bilden. Hier entfaltet sich ein breit gefächertes Handlungsrepertoire der einzelnen Mitarbeitenden auch in schwierigen und unbekanntem Situationen:

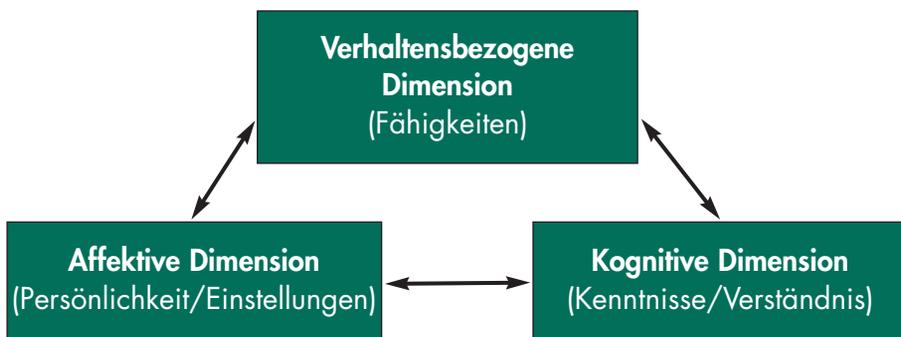


Abb. 10: Dimensionen der interkulturellen Kompetenz (Gertsen, 1998)

Die Inhalte der einzelnen Dimensionen stellen sich wie folgt dar:

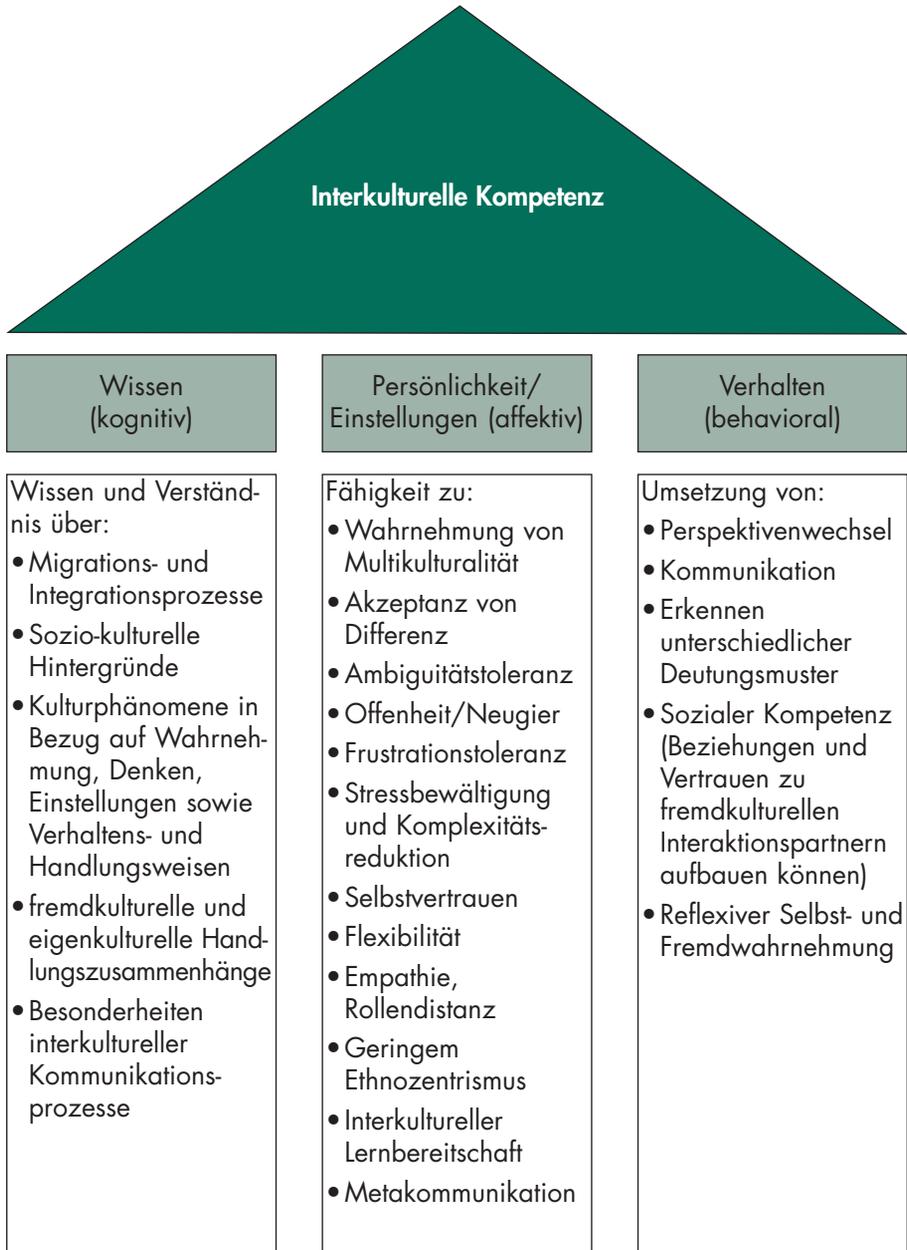


Abb. 11: Modell der Strukturdimensionen nach Gertsen (1998)

4.3.2 Besondere Aspekte im hospizlich-palliativen Kontext

Wissen über kultur-religiöse Hintergründe

Um Sterbende und deren Angehörige aus fremden Kulturen angemessen begleiten zu können, ist Wissen über unterschiedliche kulturelle und religiöse Traditionen im Umgang mit dem Sterben hilfreich. Hier geht es aber eher um eine Erhöhung der Sensibilität für die Unterschiedlichkeit der Menschen auch innerhalb einer Kultur und Religion als um die vermeintliche Sicherheit des Halbwissens. Fixe Leitfäden in der Art von „Was beim Sterben von Angehörigen einer bestimmten Religion zu beachten ist?“ sind nur dann hilfreich, wenn sie nicht zu einem starren Handlungsschema werden, sondern den Blick frei lassen auf das individuelle Sterben und die Befindlichkeiten der konkreten Personen in der Situation. Im Zweifel ist Fragen hilfreicher als Bescheid wissen (vgl. Heller, 2003).

Die Gruppe als Lernfeld für interkulturelle Kompetenz

In den ambulanten Hospizdiensten sind in der Regel ausschließlich die Koordinatorinnen und Koordinatoren hauptamtlich tätig. Die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter prägen den Dienst auf ihre eigene Art und Weise. Dabei spielen Gruppen eine wesentliche Rolle (Ausbildungsgruppe, Weiterbildungsgruppe, Supervisionsgruppe usw.). Aus gruppendynamischer Sicht sind Gruppen ein hervorragender Ort um Wesentliches über Fremdheit, Zugehörigkeit und Aushalten von Unterschiedlichkeiten zu lernen. Für die Entwicklung und Förderung interkultureller Kompetenz kann die Sozialform Gruppe gut genutzt werden.

„Jede Gruppe und jedes Arbeitsteam muss formell sowie informell regeln, wie mit anderen, nichtzugehörigen oder nicht zur Gruppe passenden Menschen, [...] umgegangen wird. Jede Gruppe bestimmt zu einem Teil, was ihre Mitglieder in Abgrenzung zur eigenen Identität für fremd halten. Ohne die Gestaltung der eigenen Grenzen verliert jede Gruppe die Funktion, ihren Mitgliedern Sicherheit und Orientierung zu bieten. Das hat Grenzziehungen und Ausschlüsse zur Folge und führt zur Homogenität von Gruppen. Andererseits ist eine Gruppe eher dann arbeitsfähig und produktiv, wenn nicht alle Mitglieder gleich sind oder gleich sein müssen. [...] Entwicklungen von Gruppen und Teams setzen (ein gewisses Maß an) Verschiedenheiten voraus und diese müssen in den Gruppen auch zugelassen und erwünscht sein. [...]

Bei der Gestaltung und Reflexion von Gruppenprozessen unter dem Blickwinkel der Fremdeitskompetenz sollte ein besonderes Augenmerk auf das Bewusstmachen von Integrations- und Ausgrenzungsmechanismen gelegt werden. Wie viel Differenzierung wird zugelassen?“ (Jakubeit & Schattenhofer, 1996: 54).

Natürlich könnte und sollte es eine Zielsetzung sein, den Einsatz von ehrenamtlich Tätigen mit ethnisch unterschiedlichem kulturellem Hintergrund und der damit verbundenen anderen Muttersprachlichkeit zu forcieren. Jedoch ist das Team bzw. jede einzelne Mitarbeiterin und jeder einzelne Mitarbeiter damit nicht der Notwendigkeit enthoben, interkulturelle Kompetenzen zu entwickeln.

5. Resümee

In unserer Gesellschaft leben Menschen aus unterschiedlichen Kulturen, mit unterschiedlichen Herkunft, Religionen, Weltanschauungen u.v.m. Dies stellt die Gesellschaft als Ganzes aber auch ihre Hilfssysteme vor große Herausforderungen. Wenn Gesundheits- und Sozialsysteme Ihren Anspruch aufrecht erhalten wollen, dass nämlich ihre Angebote allen gelten, unabhängig von Herkunft und kulturellen Prägungen, müssen sie sich die Frage stellen, wie das gelingen kann, welche Hemmnisse auf der eigenen Seite vorhanden sind, die es für Menschen aus anderen Kulturen schwierig machen, die Angebote anzunehmen. Interkulturelle Öffnung bleibt damit weiter eine Aufgabe für Dienste und Einrichtungen auch im Feld der Hospiz- und Palliativarbeit.

Der Prozess der interkulturellen Öffnung einer Einrichtung oder eines Dienstes muss auf allen Organisationsebenen geführt werden: von der Ebene des einzelnen Mitarbeiters über das Team bzw. die Arbeitsgruppe bis zur Ebene der Arbeitsabläufe und Strukturen. Es braucht Schulung, Qualifizierung und Sensibilisierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Förderung der interkulturellen Kompetenz und es braucht Änderungen im Selbstverständnis der Organisation.

Interkulturelle Öffnung geht dabei stets von einem dynamischen Kulturverständnis aus. Kultur wird nicht mehr als etwas Statisches gesehen und kann somit auch nicht für einzelne ethnische oder nationalstaatlich eingegrenzte Gruppen als homogen gewertet werden.

Kulturbedingte Handlungs- und Verstehensmuster der einzelnen Menschen finden ihren Ausdruck in deren Alltagshandeln. Es ist wichtig diese Muster zu erkennen und in der hospizlichen und palliativen Arbeit sensibel darauf einzugehen. Es gilt aber auch: Menschen sind unterschiedlich und in ihrer Unterschiedlichkeit Teil einer Kultur. Erst wenn es gelingt, Menschen aus unterschiedlichen Kulturen nicht mehr ausschließlich und primär durch die Brille der ethnisch-kulturellen Zugehörigkeit zu sehen, wird die Wahrnehmung des Einzelnen in seiner Individualität und Einmaligkeit möglich. Das ist die Voraussetzung einer bedürfnisorientierten hospizlichen und palliativen Begleitung.

Mit dieser Sichtweise liegt in der interkulturellen Öffnung eine große Chance für die Weiterentwicklung unserer Arbeit im Feld der Hospiz- und Palliativarbeit.

6. Exemplarische Darstellung von Lernformaten und Methoden zur Förderung von Interkultureller Kompetenz und Interkultureller Öffnung

Im Rahmen von interkulturellen Trainings zur Vermittlung interkultureller Kompetenz gibt es eine Vielfalt an methodisch-didaktischen Vorgehensweisen – abhängig vom jeweiligen Kontext wie z. B. Schule, internationale Organisationen etc. Es scheint allerdings im Rahmen der hospizlich-palliativen Versorgung dementsprechend noch keine spezifische Methodensammlung zu existieren, allerdings kann man die vorhandenen Lernsettings zum Teil dem Bedarf im hospizlich-palliativen Kontext gut adaptieren. Im Folgenden einige Beispiele dafür (die Quellen sind jeweils am Ende der Übung angegeben):

Thema: Kommunikation und eigene Deutungsmuster

Übung: Assoziationen

Unbewusst gehen wir in unserer Kommunikation generell davon aus, dass die beim Gebrauch bestimmter Begriffe vor unserem inneren Auge entstehenden Bilder von unserem Gegenüber geteilt werden. Diese Bilder führen zu spezifischen Deutungen in einer kommunikativen Situation, die möglicherweise nicht auf gemeinsame Wertungen trifft, sondern Unterschiede deutlich macht.

Ziel: Wahrnehmung eigener Sprachbilder

Material/Aufwand: Papier und Stifte entsprechend Teilnehmerzahl

Teilnehmende: mind. 2

Ablauf: Die Moderatorin/der Moderator liest die einzelnen Begriffe einer vorbereiteten Assoziationsliste vor und lässt den Teilnehmern jeweils kurz Zeit, um die Begriffe spontan durch einen Satz, ein weiteres Wort, einen Spruch oder eine weitere Assoziation schriftlich zu ergänzen:

Z. B. Unterstützung – Kopftuch – Familie – Fremdheit – Partnerschaft – Ausländer – Religion – sauber – Haltung – Grenze ...

Anschließend sollen sich die Teilnehmer zunächst zu Paaren dann im Plenum zusammenfinden und ihre jeweiligen Assoziationen vergleichen und erklären. Hierbei können folgende Fragestellungen unterstützend wirken:

- In welchem Zusammenhang stehen die Begriffe für die Teilnehmer?
- Wie schnell kamen die jeweiligen Assoziationen, respektive welche Begriffe waren „schwieriger“?
- Hatten die Partner ähnliche Assoziationen? Woran lag das?
- Welche anderen Deutungen, Wertungen, möglichen Verknüpfungen gibt es?
- Woran liegt eine „eindeutige“ Interpretation?

Quelle: Helga Losche, Interkulturelle Kommunikation

Übung: „Meine Wurzeln“

Ziel: Bei dieser Übung geht es darum, in einer Gruppe die eigene Herkunft und verschiedene Gewohnheiten zu reflektieren.

Material/Aufwand: Zur Vorbereitung muss ein freier Raum zur Verfügung stehen, in dem man sich gut bewegen kann.

Zeitfenster: ca. 30 Minuten

Teilnehmende: geeignet für 8 bis 15 Personen

Ablauf: Der Raum wird mittels der Himmelsrichtungen in vier Bereiche – Norden, Süden, Osten, Westen – aufgeteilt. Die Gruppenmitglieder bekommen danach folgende Informationen: Sie sollen sich nach jeder Frage einer Himmelsrichtung zuordnen. Die erste Frage lautet: „Wo kommt meine Mutter her?“ Die Teilnehmenden informieren sich dementsprechend in den einzelnen Himmelsrichtungen. Im Anschluss werden sie von der Kursleiterin/dem Kursleiter kurz befragt.

Danach folgen Fragen zur Herkunft des Vaters und eventuell der Großeltern. Weiterhin kann man danach fragen, wo man am liebsten Urlaub macht, in welchem Land man sich gerne länger aufhalten würde, welche Feste (familiäre, staatliche, religiöse etc.) gefeiert werden, welche nationale Küche man bevorzugt usw.. Dementsprechend stellt man sich in die jeweilige Himmelsrichtung.

Das Interessante an dieser Übung – vor allem, wenn sie mit Menschen verschiedener Herkunft besetzt ist – zeigt sich oft schon am Beginn. So haben selbst Deutschstämmige oft spätestens in der Großelterngeneration Verwandte nichtdeutscher Herkunft. Die weiteren Fragen relativieren oft Bilder, die man von Menschen anderer Herkunft hat. So erzählen z. B. auch türkischstämmige Gruppenmitglieder, dass bei ihnen durchaus das Weihnachtsfest einen hohen

Stellenwert hat, sie sehr gern italienisch essen gehen und ihren Urlaub auch gerne in Spanien oder Italien verbringen.

Insgesamt zeigt diese Übung, dass nicht nur die Gruppe kulturell und religiös sehr gemischt sein kann, sondern auch einzelne Personen, in der sich verschiedene Herkunftsrichtungen und Kulturen vereinigen können. Sie zeigt ebenfalls, dass es „den“ Deutschen, Türken, Spanier etc. nicht gibt, sondern dies Konstruktionen sind.

Quelle: Detlev Schneider-Stengel in: Vanderheiden/Mayer (Hrsg.) 2014: Handbuch Interkulturelle Öffnung, Grundlagen, Best Practice, Tools. Göttingen

Übung: „Auf der Insel Albatros“

Ziel: Ziel der Übung ist zu erkennen, wie leicht fremde Verhaltensweisen und Gewohnheiten missverstanden werden. Sie verdeutlicht kulturell geprägte Sichtweisen und die damit verbundenen stillschweigenden Annahmen. Als Handlungskompetenz wird geübt, dass sich durch wertneutrale Beschreibungen und nicht durch vorschnelle Interpretation die Entstehung von Vorurteilen und Stereotypen im interkulturellen Kontext vermeiden lässt. Die Bedeutung dieser Themen wie Ethnozentrismus, kulturell geprägte Wahrnehmung und Perspektivenwechsel werden erfahrbar und im Anschluss auf die Alltagspraxis übertragen.

Material/Aufwand: ein Tuch, eine kleine Schale mit Nüssen

Zeitfenster: ca. 60 Minuten

Ablauf: Die Teilnehmenden sollen sich vorstellen, zu Besuch in einer fremden Kultur zu sein, auf der Insel Albatros. Sie verstehen die Sprache des Albatros-Menschen nicht, werden von diesen jedoch freundlich empfangen und dürfen dort fremde Riten und Gewohnheiten beobachten. Das Trainingsteam simuliert dabei die nachfolgend beschriebenen Rollen, während die Teilnehmenden im Raum sitzen bleiben. Es bedarf dabei folgenden Arrangements: Ein Tuch wird neben einem Stuhl ausgebreitet und unter dem Stuhl steht eine Schale mit Erdnüssen. Das Leitungsteam (günstig: ein Mann und eine Frau) verlässt den Raum. Wenn sie kurze Zeit später wieder den Raum betreten, stellen sie als Rollenspiel zwei Albatrosbewohnerinnen und -bewohner mit folgenden Handlungs- und Rollenanweisungen dar: Sie laufen entlang des Stuhlkreises und begrüßen summend die Anwesenden. Der Mann läuft vor der Frau, er berührt keine anderen Frauen, kann aber Männer durch Berührung begrüßen. Sie achten dabei auf die Stellung der Füße der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und weisen dabei diskret aber höflich darauf hin, dass beide Füße immer den Boden berühren sollten. Der Mann setzt sich dann auf den Stuhl und die Frau kniet daneben auf dem Tuch nieder. Dann nimmt die Frau die Erdnusschale und reicht sie dem Mann. Dieser fängt genüsslich an, einzelne ausgewählte

Erdnüsse zu essen, bevor er sie der Frau zur Seite reicht, die ihrerseits ein paar Erdnüsse davon isst. Dann legt der Mann seine Hand auf den Kopf der neben ihm knienden Frau, die sich dreimal zu verbeugen beginnt. Danach stehen beide wieder auf, laufen den Kreis der Teilnehmenden wieder ab, achten auf die Fußstellung und verlassen den Raum. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden dann in Kleingruppen aufgefordert aufzuschreiben, was sie wahrgenommen und empfunden haben. Auswertungsfragen dabei sind: (1) Beschreiben Sie, was Sie wahrgenommen und gesehen haben. (2) Was haben Sie während dieser Rituale gefühlt und empfunden? (3) Würden Sie gerne eine längere Zeit auf dieser Insel leben wollen?

Im Anschluss an die Kleingruppenarbeit wird die Originalkultur dieser Insel den Teilnehmenden vorgetragen:

Frauen

... sind heilig und stehen über den Männern, da sie gebärfähig sind

... dürfen Bodenkontakt haben – je größer die Füße, desto angesehener die Frau

... dürfen die Früchte der Erde berühren und servieren (Nahrung)

Männer

... dürfen die heilige Erde nicht berühren und müssen deshalb Schuhe tragen und auf Stühlen sitzen

... dürfen der Erde nur durch die Hand auf dem Kopf der Frau näher kommen

... dürfen die Nahrung nicht berühren, müssen gefüttert werden

... müssen die Nahrung vorkosten, um die Frauen zu schützen

Quelle: Regionale Arbeitsstelle für Bildung und Integration und Demokratie Brandenburg; Steffen Kanis

Thema: Interkulturelle Öffnung

Übung: „Gesprächsticket“

Diese Übung trägt zur Vergewisserung bei, worin der eigene Beitrag zum interkulturellen Veränderungs- bzw. Öffnungsprozess in einer Einrichtung oder einem Dienst bestehen könnte.

Ziel: Die Methode unterstützt die Beschäftigung mit der Vision von interkultureller Öffnung einer Organisation. Sie kann dazu beitragen, mögliche Ängste bezüglich der Zukunft abzubauen und individuelle Vorstellungen über gemeinsame Handlungsschritte zu präzisieren.

Sie eignet sich gut zur Vorbereitung auf eine Erwartungsabfrage. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer reflektieren – jeder für sich – ihren Arbeitsalltag und machen sich bewusst, worin ihr Anteil einer interkulturellen Öffnung bestehen könnte.

Material/Aufwand: Stifte, Pinnwand sowie „Gesprächstickets“ für jeden Teilnehmer pro folgender beispielhafter Aussage:

- Ein ermutigender Gedanke für mich in Bezug auf interkulturelle Öffnung ist ...
- Zu einem guten Ergebnis im interkulturellen Öffnungsprozess kann ich beitragen, indem ich ...
- Ein gutes Ergebnis könnte ich verhindern, indem ich ...
- ...

Zeitfenster: ca. 30 Minuten

Teilnehmende: optimal bis zu 12 Personen, sonst Kleingruppen

Ablauf: Alle Teilnehmenden erhalten die gleichen Gesprächstickets und füllen diese aus. Anschließend werden die Tickets vom jeweiligen Teilnehmer nacheinander an der Pinnwand befestigt, wobei die Person den anderen erläutert, welche Aussage sie aus welchen Gründen und mit welchen Hintergründen aufgeschrieben hat.

Quelle: Elisabeth Vanderheiden, in: Vanderheiden, E./ Mayer, C.-H. (Hrsg.) (2014): Handbuch Interkulturelle Öffnung, Grundlagen, Best Practice, Tools. Göttingen

Übung: „Die Organisation als System“

Die Übung dient der Reflexion der Organisation als System: durch die Reflexion einzelner Organisationselemente, der Aufgaben der Elemente im System, ihrer Beziehungen innerhalb des Systems und mit anderen Systemen sowie der zwischen den Elementen und Systemen stattfindenden Kommunikationsprozesse.

Ziel: Diese Methode eignet sich besonders für eine selbstständige Auseinandersetzung mit der eigenen Organisation als System und den Anknüpfungspunkten, die im System dazu dienen können, interkulturelle Öffnung systematisch voranzubringen.

Material/Aufwand: Stifte, Papier, Flipchartbögen

Zeitfenster: ca. 60 Minuten

Ablauf: Die Moderatorin/der Moderator stellt die Materialien zur Verfügung. Jeder Teilnehmende zeichnet sein organisationales System auf, in dem er tätig ist. Dieses System sollte das Gesamtsystem, Elemente des Systems, Subsysteme und die relevante Umwelt des Systems beinhalten. Die Teilnehmer sollten dann reflektieren, wo genau welche Aspekte interkultureller Öffnung im System angeregt und ausgebaut werden können. Anschließend sollten die Einzelpersonen ihre Ergebnisse in Kleingruppen besprechen. Die anderen Kleingruppenmitglieder haben den Auftrag, ihre Ideen, Meinungen und Assoziationen mitzuteilen und den Blick des vorstellenden Teilnehmers in Bezug auf die Möglichkeiten der interkulturellen Öffnung im System zu erweitern.

Quelle: Claude-Helene Mayer in: Vanderheiden, E./ Mayer, C.-H. (Hrsg.) (2014): Handbuch Interkulturelle Öffnung, Grundlagen, Best Practice, Tools. Göttingen

7. Literatur

- Ammann, E.S. & Gross, C.S.** (2014). Palliative Care und Migration. Literatur-recherche zum Stand der Forschung einer diversitätssensiblen Palliative Care. Public Health Services. Bern.
- Auernheimer, G. (Hrsg.)** (2013). Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität. Traunstein. 4. Aufl.
- Bade, K.J.** (2002). Europa in Bewegung – Migration vom späten 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart. München.
- Beck, S. & Perry, T.** (2008). Sinus-Studie, Die Milieus der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. <http://www.sinus-institut.de/sinus-loesungen/sinus-migrantenmilieus/> (Zugriff am 30.11.15).
- Bermejo, I.** (2013). Psychische Störungen bei Migrantinnen und Migranten – Konsequenzen für das Gesundheitssystem in Deutschland. In: Körner, W., Irdem, G. & Bauer, U. (Hrsg.) (2013): Psycho-soziale Beratung von Migranten. Stuttgart.
- Bohnsack, R., Marotzki, W., Meuser, M. (Hrsg.)** (2006). Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Opladen & Farmington Hills.
- Borde, T., David, M.** (2004). Checkliste Interkulturelle Öffnung von Krankenhäusern und anderen Versorgungseinrichtungen. In: http://www.palliative-ostschweiz.ch/fileadmin/user_upload/04aktuelles/veranstaltungen/2011_04_14_WS_Migration_Checkliste_Interk._Oeffnung_Malin.pdf (Zugriff: 01.12.2015).
- Borde, T. u. David, M. (Hrsg.)** (2003). Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main.
- Brake, T., Walker, D.M. u. Walker T.T.** (1995). Doing Business Internationally: The Guide to Cross-Cultural Success, New York: Richard D. Irwin, Inc.
- Brucks, U. & Wahl, W.** (2003). Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung für Migrantinnen und Migranten. In: Borde, T. u. David, M. (Hrsg.) (2003): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main.
- Bundesamt für Migration** (2005)
- Clarke, J., Hall, S., Jefferson, T. & Roberts, B.** (1979). Subkulturen, Kulturen und Klasse. In: J. Clarke et al. (Hrsg.), Jugendkultur als Widerstand (S. 39-131). Frankfurt am Main.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.)** (2003). Informationsdienst Altersfragen, 30. Jg., H. 2.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.)** (2006). Expertisen zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung. Lebenssituation und Gesundheit älterer Migranten in Deutschland. Berlin.
- Dietz, B. u. Roll, H.** (1998). Jugendliche Aussiedler – Porträt einer Zuwanderergeneration. Frankfurt am Main.
- Domenig, D. (Hrsg.)** (2001). Professionelle Transkulturelle Pflege. Bern.
- Eichler, K. J.** (2008). Migration, transnationale Lebenswelten und Gesundheit. Wiesbaden.

- Falge, C. & Zimmermann, G.** (2014). Die interkulturelle Öffnung im deutschen Gesundheitssystem: Ein kritischer Überblick. In: Vanderheiden, E., Mayer, C.-H. (Hrsg.) (2014): Handbuch Interkulturelle Öffnung, Grundlagen, Best Practice, Tools. Göttingen.
- Flick, U.** (1998): Qualitative Forschung. Reinbek bei Hamburg.
- Gentner, U. & Kempkes, H.-G.** (2014). Interkulturelle Öffnung als Organisationsentwicklung: „In der Welt von heute gibt es nur noch wenige Nicht-Nächste“; In: Vanderheiden, E., Mayer, C.-H. (Hrsg.) (2014): Handbuch Interkulturelle Öffnung, Grundlagen, Best Practice, Tools. Göttingen.
- Gerling, V.** (2001). Soziale Dienste für zugewanderte Senioren/innen. Dortmund.
- Gertsen, M.C., Söderberg, A.M. & Torp, E.J.** (1998). Cultural Dimensions of International Mergers and Acquisitions. Kopenhagen.
- Gerostat** (2009). Report Altersdaten – Deutsches Zentrum für Altersfragen: Online Datenanalyse. <http://www.gerostat.de/> (01.12.2015).
- Gunaratnam, Y.** (2003). Kultur ist nicht alles – Multikulturalität und Palliative Care. Freiburg im Breisgau. In: Heller, B. (Hrsg.) (2003): Aller Einkehr ist der Tod; Interreligiöse Zugänge zu Sterben, Tod und Trauer. Freiburg im Breisgau.
- Handschuck, S. & Schröer, H.** (2000). Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste. In: IZA, Heft Nr. 3.
- Handschuck, S. & Schröer, H.** (2012). Interkulturelle Orientierung und Öffnung; Theoretische Grundlagen und 50 Aktivitäten zur Umsetzung. Augsburg.
- Helfferich, C.** (2005). Die Qualität qualitativer Daten. Wiesbaden.
- Heller, B. (Hrsg.)** (2003). Aller Einkehr ist der Tod; Interreligiöse Zugänge zu Sterben, Tod und Trauer. Freiburg im Breisgau.
- Henke, O. & Thuss-Patience, P.** (2012). Hospiz- und Palliativversorgung von Patienten mit Migrationshintergrund in Deutschland. In: Zeitschrift für Palliativmedizin, S. 191-196.
- Hofstede, G.** (1997). Lokales Denken, globales Handeln. Kulturen, Zusammenarbeit und Management. München.
- Hofstede, G.** (2003). Culture's Consequences. 2. Auflage. Sage Publications: London.
- Hinz-Rommel, W.** (2000). Interkulturelle Öffnung als Innovation. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, S. 154 ff.
- Ilkic, I.** (2005). Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten. Eine Handreichung für Gesundheitsberufe. Bochum.
- Jakubeit, G. & Schattenhofer, K.** (1996). Fremdheitskompetenz. In: Neue Praxis, 26 (5/96); S. 389-408.
- Körner, W., Irdem, G. & Bauer, U. (Hrsg.)** (2013). Psycho-soziale Beratung von Migranten. Stuttgart.
- Kumbier, D. & Schulz von Thun, F. (Hrsg.)** (2008). Interkulturelle Kommunikation: Methoden, Modelle, Beispiele. Rheinbeck bei Hamburg.
- Kumbruck, C. & Derboven, W.** (2005). Interkulturelles Training. Heidelberg.
- Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen** (2006). Handreichung Interkulturelle Öffnung der Familienberatung. Download:

<https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mgepa/handreichung-interkulturelle-oeffnung-der-familienberatung/123> (Zugriff: 01.12.2015).

- Ohle, K.-H.** (1978). Das Ich und das Andere. Grundzüge einer Soziologie des Fremden. Stuttgart.
- Ostendorf, F.** (1998). NEO-Fünf-Faktoren Inventar. Göttingen.
- Radice von Wogau, J., Eimmermacher, H. & Lanfranchi, A. (Hrsg.)** (2004). Therapie und Beratung von Migranten; Systemisch-interkulturell denken und handeln. Basel.
- Simon-Hohm, H.** (2002). Interkulturelle Kompetenz in der Sozialen Arbeit. In: IZA.
- Schäffter, O.** (1991). Modi des Fremderlebens. In: Schäffter, O. (Hrsg.): Das Fremde. Erfahrungsmöglichkeiten zwischen Faszination und Bedrohung. Opladen. S. 11-42.
- Schröer, H.** (2007). Interkulturelle Öffnung und Diversity Management. Konzepte und Handlungsstrategien zur Arbeitsmarktintegration von Migantinnen und Migranten. In: IQ Integration durch Qualifizierung (Hrsg.). Eine Expertise im Auftrag von anakonde GbR. München.
- Schütz, A. & Luckmann, T.** (1979). Strukturen der Lebenswelt. Band 1. Frankfurt am Main.
- Schütz, A. & Luckmann, T.** (1984). Strukturen der Lebenswelt. Band 2. Frankfurt am Main.
- Schulz von Thun, F.** (2004): Miteinander reden; Störungen und Klärungen. Reinbek bei Hamburg.
- Student, J.- C., Mühlum, A. & Student, U.** (2004). Soziale Arbeit in Hospiz und Palliativ Care. München.
- Thomas, A. (Hrsg.)** (1993). Kulturvergleichende Psychologie. Eine Einführung. Göttingen.
- Thomas, A., Kinast, E. U. & Schroll-Machl, S.** (2003). Handbuch Interkulturelle Kommunikation und Kooperation. Band 1: Grundlagen und Praxisfelder. Göttingen.
- Vanderheiden, E. & Mayer, C.-H. (Hrsg.)** (2014). Handbuch Interkulturelle Öffnung, Grundlagen, Best Practice, Tools. Göttingen.
- Von Schlippe, A., El Hachimi, M. & Jürgens, G.** (2004). Multikulturelle Systemische Praxis. Ein Reiseführer der Beratung, Therapie und Supervision. Heidelberg.
- Wang, L.** (2008). Wenn Konfuzius Schulz von Thun trifft. Kommunikationspsychologie aus Sicht einer Chinesin. In: Kumbier, D., Schulz von Thun, F. (Hrsg.) (2008) Interkulturelle Kommunikation: Methoden, Modelle, Beispiele. Rheinbeck bei Hamburg. S. 187-205.
- Woellert, F. & Klingholz, R.** (2014). Neue Potenziale. Zur Lage der Integration in Deutschland. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (Hrsg.).
- Zielke-Nadkarni, A.** (2012). Forschungsbericht zu den „Empfehlungen zur Hospiz- und Palliativbetreuung von Menschen mit Migrationshintergrund“. Akademie am Johannes-Hospiz, Münster.





Gefördert vom
**Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen**

