

# Ideal und Wirklichkeit einer „kultursensiblen“ Begleitung Schwerstkranker und Sterbender

## Palliativmedizin und Psychoonkologie aus transkultureller Sicht

S. M. Probst

Klinik für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin, Klinikum Bielefeld

### Schlüsselwörter

Palliativmedizin, Diversity Management, Interkulturalität, Würde

### Zusammenfassung

Die pluralistische Diversifizierung unserer Gesellschaft stellt uns vor Herausforderungen, die oft als Bedrohung, aber nur selten als Chance oder Bereicherung erlebt werden. Im Gesundheitssystem sind transkulturell bedingte Missverständnisse häufig und stören die gerade in existenziellen Situationen unverzichtbare Vertrauensbildung. Außerhalb einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung ist es schwer bis unmöglich, eine gelingende Behandlungs- und Entscheidungspartnerschaft zu schaffen. Die Palliativmedizin sieht den Ausgangspunkt ihres Auftrags in der Würde und Selbstbestimmung des Menschen. Das Verständnis von Würde und Autonomie ist in unserer werteppluralen und bunten Gesellschaft heterogen. Neben den scheinbar leicht zu erkennenden sprachlichen Barrieren sind es vor allem kulturelle Barrieren, die Unzufriedenheit und Vertrauensbrüche bei Patienten, deren Familien und den Akteuren des Gesundheitssystems entstehen lassen. Ihrem Ideal eines radikal patientenorientierten Ansatzes treu bleibende Palliativmediziner müssen einen kultursensiblen Umgang lernen, der sich mit der eigenen Kultur auseinandersetzt und dem Fremden mit empathischer Neugier und kritischer Toleranz begegnet.

### Keywords

Palliative care, diversity, cross-cultural awareness, dignity

### Summary

Living in a pluralistic and diverse society creates challenges too often viewed as threats to the status quo which are too seldom embraced as opportunities for enrichment. Misunderstandings frequently arise within the healthcare system which disrupt the nurturing of the very trust which is key during life-threatening situations. Without trust between doctor and patient, it is difficult to im- possible to partner around treatment options and decision-making. The practice of palliative care is based upon personal dignity and autonomy. These concepts mean different things to different people in our pluralistic and diverse society. In addition to the easily recognizable linguistic barriers, cultural differences lead to dissatisfaction and breaches of trust between patients, their families, and professionals in the health care system. Palliative care professionals desiring to remain true to their vision of a radically patient oriented approach must adopt a culturally sensitive method to engaging with others – an approach based upon critically examining one’s own culture while encountering people from other cultures with empathic curiosity and discerning tolerance.

### Korrespondenzadresse

Dr. med. Stephan M. Probst  
Klinikum Bielefeld, Klinik für Hämatologie,  
Onkologie und Palliativmedizin  
Teutoburger Str. 50, 33604 Bielefeld.  
stephan.probst@klinikumbielefeld.de

**Vision versus practice: Culturally sensitive accompaniment of the terminally ill and dying – Palliative care and psychooncology for cancer patients from a transcultural perspective**  
*Nervenheilkunde* 2017; 36: 521–524

eingegangen am: 9. Januar 2016  
angenommen am: 18. April 2017

Zunehmend müssen wir beobachten, dass die fortschreitende Diversifizierung und Pluralisierung unserer Gesellschaft nicht immer von Harmonie begleitet wird. Mehr denn je müssen wir uns alle eingehender auf Menschen aus fremden Kulturen, ihre Sprachen und Lebensstile, ihre biographischen, ethnischen und religiösen Besonderheiten einlassen sowie ihre sozioökonomischen Situationen berücksichtigen. Zugleich kommen wir nicht umhin, uns auch mit unserer jeweils eigenen Kultur genauer auseinanderzusetzen. Nur so können wir dem „Fremden“ mit einer von empathischer „Neugier“ und respektvoller Offenheit getragenen Achtsamkeit begegnen und in einer nicht unkritischen Toleranz akzeptieren, dass die individuellen Lebenswelten und Lebenswirklichkeiten innerhalb unserer Gesellschaft sehr vielfältig und dazu noch sehr dynamisch sein können. Ganz und gar unterschiedliche persönliche Erwartungen, Lebensziele, Werte, Interessen, Wissens- und Denksysteme, Überzeugungen und Hoffnungen machen diese Vielfalt in der Gesellschaft und manchmal sogar innerhalb einzelner Biografien aus. Diese Vielfalt zu respektieren, ihr positiv zu begegnen und sie anzuerkennen ist ein zentrales Leitbild unserer modernen Demokratie. Man kann auch sagen: Das Gegenteil von Vielfalt ist Einfalt.

Oft wird in Deutschland die hier beschriebene Vielfalt und Dynamik aber nicht als Bereicherung und Chance, sondern als Bedrohung wahrgenommen und wir hören täglich von großen Herausforderungen oder Problemen, die es dringlich zu lösen gilt. Auch in den Einrichtungen des Gesundheitswesens wird dies nicht anders erlebt und es zeigt sich leider, dass interkul-

turelle Kompetenz bei Angehörigen von Gesundheitsberufen nicht von vornherein vorausgesetzt werden darf. Offenbar wird interkulturelle Kompetenz derzeit weder in den Ausbildungscurricula der Pflegeberufe, noch im Medizinstudium ausreichend vermittelt, obwohl es, vor allem in der angelsächsischen Fachliteratur, hinreichend Hinweise auf ihre Bedeutung gibt (1, 2).

Auch, oder gerade im Gesundheitswesen kommt es relativ häufig zu (interkulturellen) Missverständnissen, obwohl doch Patienten und Ärzte gemeinsame Ziele haben: Krankheiten vorzubeugen, sie zu erkennen, zu heilen oder zu lindern. Die (meist als solche gar nicht erkannten) interkulturellen Missverständnisse stören massiv die Vertrauensbildung in der Beziehung zwischen Arzt und Patient oder der Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient, die damit gar nicht zu tragfähigen Behandlungs- und Entscheidungspartnerschaften werden können. Für existenzielle Entscheidungen am Lebensende sind belastbare Behandlungspartnerschaften jedoch von herausragender Bedeutung. Gerade auch im Umgang mit der verbreiteten und nicht ganz unbegründeten Angst, am Lebensende einer unmenschlichen Medizin ausgeliefert zu sein oder aufgrund seiner ethnischen Herkunft bzw. wegen Sprachbarrieren eine Benachteiligung zu erfahren, ist die geschützte Atmosphäre einer Vertrauensbeziehung enorm hilfreich. Sie ist unbedingte Voraussetzung dafür, überhaupt Patienten zur Realisierung ihrer Patientenautonomie befähigen zu können. Trotzdem erscheint es mitunter, als sei dies in den im deutschen Gesundheitssystem üblichen, oft ökonomischen Zwängen folgenden Denkmodellen und Umgangsformen gar nicht vorgesehen.

Studien außerhalb der Palliativmedizin weisen eine deutlich geringere Beratungs- und Behandlungszufriedenheit bei Patienten mit Migrationshintergrund nach, wofür vor allem Informationsdefizite und Mängel in der Aufklärung und psychosozialen Betreuung verantwortlich gemacht werden. Die Erwartungen von Patienten mit Migrationshintergrund und deren Familien an die Qualität ärztlicher Beratung sind aber gleich hoch und diese wird von ihnen nicht weniger als von der Mehrheitsgesellschaft als essenzielle Bedingung für

selbstbestimmte Behandlungsentscheidungen eingeschätzt (3–5). Das bedeutet für den Alltag, dass interkulturelle Missverständnisse die Glaubwürdigkeit von Grundpositionen und Schlüsselbegriffen achtsamer und ganzheitlich orientierter (Palliativ-)Medizin in Frage stellen können: nämlich den Respekt vor der Persönlichkeit des Kranken und die Anerkennung seiner Würde. Allerdings gibt es bislang keine größeren Untersuchungen zur alltäglichen Wirklichkeit in der Palliativmedizin (6) und nur sehr wenige wissenschaftliche Untersuchungen, die repräsentative Daten zur vorhandenen oder fehlenden Kultursensibilität in unseren Krankenhäusern liefern. Über nachweisbare Beeinträchtigungen medizinischer Versorgung aufgrund sprach- und kulturbedingter Barrieren gibt es allenfalls punktuelle Erkenntnisse. 2012 führte das Deutsche Krankenhausinstitut auf Initiative und mit Förderung des Landes Nordrhein-Westfalen und der BKK eine Befragung aller nordrhein-westfälischen Krankenhäuser mit mehr als 50 Betten durch. An der Befragung waren 57 Krankenhäuser beteiligt, jedoch blieb die Rücklaufquote mit 16% weit hinter den Erwartungen zurück. Offenbar hatte die überwiegende Zahl der Krankenhäuser der Thematik nicht die Bedeutung beigemessen, die sie dazu motiviert hätte, an der Erhebung teilzunehmen. Trotzdem zeigte sich ein wichtiger Befund, dass nämlich aus Sicht der Krankenhäuser transkulturelle Besonderheiten und Unterschiede in Situationen am Lebensende, also im Zusammenhang mit Tod und Sterben, aber auch in Hinblick auf den respektvollen Umgang mit Schamgefühl und Intimsphäre ganz besonders zu berücksichtigen seien, denn vor allem hier wurden im Alltag Probleme beobachtet (7).

Gerade der relativ junge Zweig der Medizin, die Palliativmedizin, betreut Menschen am Lebensende und hat es dabei regelmäßig mit existenziell bedrohlichen Situationen und es oft auch mit Konstellationen zu tun, die sehr stark Schamgefühl und Intimsphäre tangieren können. Die Palliativmedizin sieht ihren Ausgangspunkt in der Würde des Menschen und möchte ihren „palliativmedizinischen Geist“, der vor allem von dieser Achtung vor der Würde des Kranken geprägt ist, auch in andere

medizinische Disziplinen weitertragen. Erfreulicherweise nimmt in Folge dessen die Zahl empirischer Untersuchungen über Würde aus der Sicht des Patienten und die Entwicklung würdebewahrender und würdestiftender klinischer Interventionen zu. Aus der scheinbar vagen und wenig griffigen Vorstellung von Würde wurde ein konkreter Begriff, mit dem sich arbeiten lässt und für den sich Handlungsaufträge formulieren lassen. In den Kategorien zur Charakterisierung der „Würde“ eines individuellen Menschen spielen zahlreiche Faktoren eine Rolle, die durch kulturell geprägte Interpretationssysteme, Deutungsmuster und spirituelle Bedürfnisse sehr individuell sein können. Die Heterogenität des Würdebegriffs und des Verständnisses von Autonomie spiegeln die Heterogenität der pluralistisch diversifizierten Gesellschaft wieder (8). In der klinischen Realität erleben die dort Tätigen viele Beispiele für interkulturelle Missverständnisse, etwa solche, die aus unterschiedlichem Verständnis von Patientenautonomie resultieren oder andere, die ihren Ursprung in Unsicherheiten im Umgang mit traditionsbedingten hierarchischen Strukturen oder Loyalitäten innerhalb der Familie eines selbst entscheidungsunfähigen Patienten haben.

Diese Beispiele unterstreichen, dass die (nicht zu unterschätzenden und mit dem breiten Einsatz von „Zufalls-Dolmetschern“ aus dem Reinigungspersonal der Kliniken oder Übersetzern aus den Familien der Kranken höchst unprofessionell und nur scheinbar) „gelösten“ sprachlichen Barrieren keineswegs die einzigen Barrieren sind, die eine kultursensible Medizin überwinden muss. Die viel größeren Barrieren sind kulturelle, auf unterschiedlichen Wertauffassungen beruhende Unterschiede. Diese sind es auch, die Antworten auf ethische Fragen im interkulturellen Kontext so erschweren, vor allem dann, wenn rechtliche Regelungen und berufliche Leitlinien von den „Akteuren im Gesundheitswesen“ unreflektiert den ethisch präferierten Entscheidungen der „Nutzer des Gesundheitssystems“, also der Kranken und/oder deren Familien gegenübergestellt werden (9). Kultursensibler Umgang in der Medizin heißt hier, auch den eigenen konventionellen medizinethischen Prinzipien kritisch gegenüberzustehen, wobei natür-

lich ethische Grundgüter wie Menschenwürde und menschliche Freiheit nicht in Frage gestellt werden dürfen. Umgekehrt wird eine gute kultursensible Kommunikation, die die Kulturgebundenheit und Lebenswirklichkeit des Gegenübers kritisch toleriert und zugleich der Selbstreflexion fähig bleibt, kulturalistische Fehleinschätzungen und Verabsolutierungen vermeiden, also nicht „in Schubladen“ kategorisierend und stigmatisierend denken. Kulturwissen darf nie mit Stereotypisierung verwechselt werden und noch viel weniger dürfen statisch-reduzierte stereotype Antworten als Patentlösung für schwierige Situationen mitgebracht werden (10). Zudem ist es bei der Betrachtung „kultureller“ Konflikte zuträglich, Kultursensibilität nicht ausschließlich im Zusammenhang mit Migration und Ethnizität zu sehen, sondern sie sollte „unabhängig von Grenzen und Nationen“ bei jedem Patienten in die Überlegungen mit einfließen.

In einem radikal patientenzentrierten Ansatz, wie ihn die Palliativmedizin vertritt, um für Patienten und ihre Zugehörigen in physischer, psychosozialer und spiritueller Not zu sorgen, ist ein „integrativ-partikularistische Ansatz“, wie ihn eine kultursensible Medizinethik fordert, enthalten. Ein integrativ-partikularistischer Ansatz (11, 12) erfordert eine sehr sensible Kommunikation mit allen Beteiligten. Diese muss Kulturwissen, eine positive Grundeinstellung, die Fähigkeit zu Selbstreflexion und empathisches Interesse am Fremden sowie eine kritische Toleranz beinhalten. Dies lässt ein Gespür für Diversität entstehen und gewährleistet automatisch einen achtsamen Umgang auch mit schwer traumatisierten und mit Verlusterlebnissen konfrontierten Menschen. Ihr Anteil unter unseren Patienten wächst, da weltweite politische Umwälzungen und kriegerische Auseinandersetzungen zunehmende Gründe für Migration bzw. Flucht sind. Ausgerechnet in der Palliativmedizin sind Menschen mit Migrationshintergrund und Traumatisierungen durch Krieg und Flucht (genauso wie in der professionellen ambulanten Pflege) (13) im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung unterrepräsentiert und es wurde der dringende Bedarf an Aufklärung und Forschung formuliert, um die Gründe für die geringere Inanspruchnah-

### Fazit

In Ausbildung, Studium, Fort- und Weiterbildungen müssen bei allen im Gesundheitswesen Tätigen, neben ethischen Grundlagen und kommunikativen Fertigkeiten auch transkulturelles Grundwissen und Empathie für andere Lebensentwürfe vermittelt werden. Transkulturelles Grundwissen bedeutet aber nicht, Menschen zu Kategorisieren oder als Träger einer „Herkunfts-kultur“ zu stigmatisieren, sondern sie in ihrer kulturell geprägten Persönlichkeit zu erkennen und zu respektieren. Eine kultur- und religions-sensible „Werte-Anamnese“ kann ein guter Einstieg sein, glaubensbedingte Bedürfnisse zu thematisieren, beispielsweise kulturell oder religiös bedingtes Schamgefühl zu erkennen und einen behandlungsbegleitenden Dialog zu eröffnen. Gezielte Kooperationen mit kulturvermittelnden Institutionen und der Einsatz von Ärzten und Pflegekräften mit transkulturellem und bilingualem Wissen helfen, durch die sich ergebenden Begegnungen und den alltäglichen Austausch dabei, eine innere Haltung zu fördern, die die kulturelle Bedingtheit der Wahrnehmung, des Urteilens und des Handelns bei sich selbst zu erfassen und bei anderen zu respektieren hilft. Im Idealfall wird man diese kulturelle Bedingtheit nicht nur würdigen, sondern auch produktiv nutzen. Das Schaffen einer Grundhaltung ist offensichtlich mit Leitlinien und Handlungsanweisungen nicht möglich. Trotzdem sind alle Organisationsebenen und Strukturen in der interkulturellen Öffnung gefordert, um das Klima für eine entsprechende Haltung überhaupt zu ermöglichen. So wichtig die interkulturelle Kompetenz jedes Einzelnen in der konkreten Begegnung ist, so weit entfernt von alledem ist vielerorts die Wirklichkeit.

Aber auch ein bloß an der um sich greifenden Ökonomisierung orientiertes Gesundheitssystem würde von der unumgänglichen interkulturellen Öffnung profitieren. Hier könnte sich ein „Diversity Management“ als Strategie verkaufen, die zu nachweislich kürzeren Verweildauern, höherer Mitarbeiterzufriedenheit, weniger Mehrfachuntersuchungen und besserer Bindung von Patienten führt (15).

me oder das fehlende Vertrauen zu identifizieren (14).

Der bewusste Umgang mit der eigenen Kultur samt der eigenen kulturbedingten „Schubladen“ sowie dialogische Begegnungen mit echtem, das heißt, weder naivem noch künstlichem Interesse für das Gegenüber tun beiden Seiten gut. Sie stärken die Resilienz bei Pflegekräften und Ärzten. Die in den menschlichen Begegnungen reichlich zu schöpfenden Erfahrungen und Eindrücke schützen die Patienten und ihre Zugehörigen vor Stigmatisierungen und Stereotypisierungen. Vorgefundene oder vorbeschriebene Kulturunterschiede lassen nie auf eine homogene Gruppe schließen.

### Interessenkonflikt

Es liegt kein Interessenkonflikt vor.

### Literatur

1. Surbone A, Baidar L. Personal values and cultural diversity. *Journal of Medicine and the Person* 2013; 11: 11–18.
2. Surbone A. The quandary of cultural diversity. (Guest Editorial). *Journal of Palliative Care* 2003; 19: 7–8.
3. Pette M, Borde T, David M. Kenntnis über Diagnose und Therapie ihrer Erkrankungen bei deutschen und türkischstämmigen Patientinnen vor und nach einem Krankenhausaufenthalt. *Journal of the Turkish-German Gynecological Association* 2004; 5(4): 330–337.
4. Borde T, Schalinski A, Kantenich H. Erwartungen und Zufriedenheit deutscher und türkischsprachiger Patientinnen im Krankenhaus – eine vergleichende Befragung in einer Berliner Frauenklinik. *Das Gesundheitswesen* 2002; 64(8/9): 476–485.
5. Brzoska P, Voigtländer S, Spallek J, Razum O. Utilization and effectiveness of medical rehabilitation in foreign nationals residing in Germany. *European Journal of Epidemiology* 2010; 25(9): 651–660.
6. Henke O et al. Schmerzen sind eher zu ertragen als das Alleinsein – Migranten am Lebensende – eine qualitative Studie aus Sicht von Hospizhelfern. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2015; 16: 254–263.
7. [https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/kultursensibilitaet\\_der\\_krankenhaeuser\\_in\\_nordrhein-westfalen.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/kultursensibilitaet_der_krankenhaeuser_in_nordrhein-westfalen.pdf).
8. Mehnert A, Chochinov HM. Würde aus der Perspektive todkranker und sterbender Menschen. In: Koch U et al. (Hrsg.). *Die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen*. Stuttgart: Schattauer 2006; 53–64.
9. Ilklic I. Medizinethische Aspekte im Umgang mit muslimischen Patienten. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2007; 132: 1587–1590.

10. Ilklic I. Medizinethische Aspekte des interkulturellen Arzt-Patienten-Verhältnisses. In: Deutscher Ethikrat: Tagungsdokumentation Migration und Gesundheit. Jahrestagung des Deutschen Ethikrates 2010: 29–40.
11. Fan R. Self-determination versus family-determination; two incommensurable principles of autonomy: a report from East Asia. *Bioethics* 1997; 11 (3–4): 309–322.
12. Ilklic I. Medizinethische Aspekte des interkulturellen Arzt-Patienten-Verhältnisses. In: Deutscher Ethikrat: Tagungsdokumentation Migration und Gesundheit. Jahrestagung des Deutschen Ethikrates 2010: 29–40.
13. Tezcan-Güntekin H. Interkulturelle Perspektiven auf Demenz. In: Gröning K et al. (Hrsg.). *Familiensensibles Entlassungsmanagement*. Frankfurt 2015; 233–249.
14. Jansky M, Nauck F. Palliativ- und Hospizversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Universitätsmedizin Göttingen, Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie 2015.
15. [https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/kultursensibilitaet\\_der\\_krankenhaeuser\\_in\\_nordrhein-westfalen.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/kultursensibilitaet_der_krankenhaeuser_in_nordrhein-westfalen.pdf).