

Fachtagung : Umgang mit Tod und Trauer in verschiedenen Kulturen und  
Religionen

Transkript – Input 4

**Pallia(k)tiv: Wir Können wir kultursensibel agieren im Palliativ-und  
Hospizbereich?  
Dr. Siavash Tehrani)**

Guten Tag meine Damen und Herren, Ich freue mich, dass hier zumindest heute virtuell teilnehmen darf. Das Virus hat mich erwischt. Daher aus der Quarantäne.

Mein Name ist Dr. Siavash Babak Tehrani. Ich bin leitender Arzt des SAPV-Teams Rhein Berg. Das gehört zum Großraum Köln.

Bild2

Ich möchte Ihnen heute ein wenig aus meinem Alltag berichten und dabei meine Sicht auf das kultursensible Agieren mit Ihnen teilen. Als QPA (Qualifizierter Palliativarzt) arbeite überwiegend ambulant. Angeschlossen sind eine Palliativstation und ein Hospiz. Im Schnitt versorgen wir rund 60 Patient\*innen ambulant. Unser Team ist in der Lage, schwerstkranke Menschen im häuslichen Umfeld bis zu ihrem Lebensende zu versorgen. Dies gilt auch für Patient\*innen, die in Hospiz, Alten- und Pflegeheimen leben. Sie sehen hier die Palliativstation am Vincent-Pallotti-Krankenhaus Bensberg. Was machen wir? Wir besuchen Patient\*innen vor Ort. Oft zu Hause. Unser Team aus Pflegekräften und Ärzten ist 24Std./7Tage für Menschen in Ausnahme- bzw. Krisensituation im Einsatz. Menschen, die dabei sind, ihr Leben zu verlieren.

Bild 3

Für jeden ist das die Katastrophe. Zu sterben macht Angst. Und es macht denen Angst, die zurückbleiben. Partner/in, Kinder, Geschwister, Eltern, Freunde. Dazu kommen viele Sorgen. Z. b. Was jemand hinterlässt; ungeklärte Konflikte, die Therapiefindung... und jetzt stellen Sie sich vor, dass Sie in einer solchen Situation nicht verstanden werden. Sprachlich, kulturell, religiös, wirtschaftlich. Die Krankheit verändert alles und macht uns schwach und verwundbar. Wie kann man sich in einer solchen Situation die Autonomie und Würde erhalten?

Bild 4

Wie können wir Kultur... lieber Menschensensible handeln? Denn es geht um Menschen.

Die Eierlegendewollmichsau, das bin ich nicht. Obwohl, das oft verlangt wird. Ich habe Medikamente mit dem Symptome lindern kann. Ich kann auch

zuhören und mir auch nichtmedizinische Probleme anhören. Ja, und oft haben mein Team und ich auch gute und praktische Lösungen. Aber wir sind im Schnitt 30 min bei dem Patienten und wenn wir aus der Tür sind, sind nur noch Medikamente und gute Ratschläge da. Und natürlich unsere 24Std. Notfallnummer für alle Eventualitäten. Oft geht man aus der Türe mit einem unwohligen Gefühl. „Wird es funktionieren? Wird er/sie die Therapie umsetzen?“

Es sollte mir egal sein, welchen kulturellen Hintergrund mein Patient\*in hat. Mir begegnen die verschiedensten Menschen aus allen Kulturkreisen. Sie haben alle eine Geschichte. Es gibt geflüchtete oder gar traumatisierte. Andere haben Erfahrungen mit Diskriminierung. Manche sind gut integriert. Und manchmal kommt alles zusammen. In manchen Familien mit Migrationshintergrund ist die erste Generation noch eng mit dem Ursprungsland verbunden und die inzwischen dritte Generation, fühlt sich als deutsch. Einige Menschen sprechen kaum Deutsch und es gibt große Kommunikationsprobleme.

Bei der Behandlung von Menschen aus anderen Kulturkreisen sind gelegentlich Hürden, die teilweise das Behandlungsziel verändern.

#### Bild 5

Aber darauf muss ich mich einstellen. Unsere alltäglichen Handlungen sind für andere eine Ausnahmesituation. Und die Dimension ist unendlich. Für dem einen ist die Pflege im Intimbereich einfach erfrischend. Dem anderen ist die Situation eine Qual. Weil er oder sie sich schämt. Also müssen die Professionellen sich sensibilisieren. Wir müssen uns auf den oder die Patient\*in einstellen.

Um eine gute Symptomkontrolle in Aussicht stellen oder die Gesamtsituation zu verbessern, muss also die Chemie und das Vertrauen stimmen. Sonst ist es möglich, dass Therapien unvollständig oder gar nicht umgesetzt werden. Wie erwähnt, gehts darum, das Leid zu lindern. Wir wollen Linderung und die Lebensqualität verbessern. Aber hier geraten wir oft an Grenzen. Ein Beispiel: Ein Patient mit einer weit vorangeschrittenen Krebsdiagnose leidet an verschiedensten Symptomen wie Schmerzen, Inappetenz, Übelkeit, Obstipation und Kachexie. Die Angehörigen sind der Ansicht, dass die gute Hühnersuppe jetzt hilft, und bereiten dies mit viel Liebe zu. Der Patient ist verunsichert und möchte niemanden enttäuschen, isst die Suppe, obwohl er keinen Hunger hat. Symptome wie Übelkeit und Schmerzen nehmen danach zu. Was passiert? Wir sind schuld, weil wir nicht geschafft haben, die Voraussetzungen zu schaffen, damit die Suppe vertragen wird. Dieser Familie zu erklären, dass die Suppe eher schadet als hilft, ist hochkomplex und zeitintensiv. Fragen wie: „Soll er

verhungern?“ und Unverständnis sind normale Reaktionen, die wir erleben. Und wenn noch sprachliche Hürden hinzukommen, ist die Situation zusätzlich erschwerend. Manchmal wird uns Verständnis und Einsicht signalisiert und kaum sind wir aus der Türe, wird sich anderes Verhalten. Mir geht es um die Compliance, die den Therapieerfolg ausmacht. Compliance ist wichtig, um die Therapien umzusetzen. Dafür muss Vertrauen aufgebaut werden. Aber was wollen die Menschen, die wir behandeln?

#### Bild 6

Als ich gerade von der Familie mit der Hühnersuppe gesprochen hatte, hatten vielleicht einige das Bild einer türkischen Familie im Kopf. Doch fehlende Compliance ist etwas Alltägliches und kulturunabhängig. Wir neigen jedoch dazu, die fehlende Compliance bei den fremd aussehenden Mitmenschen als Kulturmarotte zu sehen. Ein Asthmatiker\*in der/die raucht, ist einfach uneinsichtig, – obwohl beides das Gleiche ist.

2) Ein anderer Punkt ist, wie wir als professionelles Team in einer fremden Umgebung wahrgenommen werden. Schließlich dringen wir in ein in sich geschlossenes System ein. Bisher ein geschützter Bereich. Die Bewohner hatten das Sagen und es galten deren Regeln. Und jetzt kommen wir inmitten einer Krise. Und verlangen Compliance!!

#### Bild 7

Jemand aus meinem Team sagte mir mal: „Wenn ich zum Noteinsatz komme, ziehe ich mir doch nicht die Schuhe aus.“ Vorausgegangen war: Sie wurde nachts zu einer Patientin gerufen, mit sehr starken Schmerzen. Sie hatte alle Medikamente eingenommen und auch Ihre Bedarfsmedikamente ausgeschöpft. Doch die Schmerzen ließen nicht nach. Deshalb gibt es uns, wir kommen zu unseren Patient\*innen nach Hause, um die Situation zu beurteilen und zu behandeln. Am Eingang wurde von ihr verlangt, die Schuhe auszuziehen.

Soll sie die Schuhe ausziehen oder soll sie schnell zu der Patientin? Oder, was ist wichtiger: medizinische Handlung oder der Wunsch der Angehörigen?

Augenscheinlich bestand das Risiko, dass die Patientin länger leidet. Ist das auch dem Angehörigen bewusst? Wie wichtig ist in dieser Situation, dass man sie Schuhe auszieht? Wie verhält man sich in der Lage richtig?

Oberflächlich betrachtet, ist der Zeitfaktor am wichtig. Die Patientin quält sich wahrscheinlich oder ist gar sterbend.

#### Bild 8

Auch richtig ist, dass wir weder mit Martinshorn noch mit Blaulicht unterwegs sind. Wir kommen aus verschiedenen Entfernungen und können in einen Stau geraten. Ich brauche im Rufdienst zu manchen Patienten locker 45 min reine Fahrzeit. Manche erreiche ich in 20 Min, wenn alles frei ist.

Ist keine Zeit vorhanden, die Schuhe auszuziehen in dieser Situation?

Wenn man Zeit sparen will, spart man sich die Emotionen. Zieht die Schuhe aus und kümmert sich umgehend um die Patientin. Regeln aufzustellen oder sich zu empören, gehören nicht zum Job. Und wenn man den Job gut macht, ist noch Zeit danach, die Angehörigen trösten und beruhigen. Denn sie sind in einer Ausnahmesituation.

#### Bild 9

Ist unsere Arroganz uns im Weg? Ich war vor einigen Jahren auf einem Palliativkongress. Ich kam mit einer Kollegin aus Äthiopien ins Gespräch. Plötzlich sagte sie, „Wir haben all die modernen Medikamente nicht, aber wir machen auch gute Palliativmedizin“. Und darauf kommt es an: Sich Zeit nehmen, verstehen, mitfühlen und trösten und kümmern. Also welche Möglichkeiten haben wir Menschen respektvoll, empathisch, unvoreingenommen und kompetent zu begegnen? Unabhängig von Herkunft, Glaube, Ansichten und sozialem Stand in der verletzlichsten Situation? Empathie, Wertschätzung, Echtheit  
Schon im Studium habe ich Rogers bewundert. Seine Theorien von personenzentrierte Gesprächsführung sind wegweisend.

#### Bild 10

Ob sich ein Patient bei einem Behandler wohlfühlt, hängt entschieden davon ab, wie dieser mit ihm kommuniziert. Und ist es nicht unser Wunsch, dass sich ein Mensch bei uns wohlfühlt? Wie können wir das erreichen?

#### Bild 11

Bei all unseren Begegnungen ist es entscheidend, wie wir uns präsentieren. Wir wissen wenig darüber, was jemand als beschämend empfindet. Aber wenn wir uns empathisch, wertschätzend und echt verhalten, haben wir eine Chance Menschen zu erreichen.

Wir müssen uns Zeit nehmen und zuhören. Auch wenn die Sprache nicht die gleiche ist. Mimik, Gestik und Haltung sind auch Formen der Kommunikation. Und alles nutzen, was die Kommunikation möglich macht.

Zuletzt möchte ich über einen jungen Mann berichten, den ich behandelt habe und nicht vergessen kann.

Er war ungefähr 40 Jahre alt und hatte drei Kinder im schulpflichtigen Alter. Er hatte einen Migrationshintergrund und sprach kaum Deutsch. Seine Frau und seine Schwester konnten gut die deutsche Sprache und übersetzen für ihn. Er litt an einem Krebs im Mundraum. Dieser war zwar operiert, konnte jedoch nicht vollständig entfernt werden. Chemotherapie und Bestrahlung haben keinen Erfolg gezeigt. Fatal war, dass der Krebs inzwischen in die rechte

Schlagader am Hals eingewachsen war. Es drohte der Durchbruch in die Halsader, somit eine nicht behandelbare Blutung, die plötzlich letal enden würde. Man versicherte mir, dass alle Beteiligten vollständig über die Situation aufgeklärt waren.

Er litt an Schmerzen, die ich mit sehr starkem Schmerzmittel gut lindern konnte. Außerdem hatte er eine Kiefersperre, das heißt, dass er den Mund nicht richtig öffnen konnte. Dadurch war auch seine Kommunikation in der Heimatsprache eingeschränkt.

In unseren Gesprächen habe ich ihn oft auf seinen Krebs und die damit verbundenen Leiden angesprochen. Auch, die Angst, zu verbluten. Die Übersetzung der Antwort war immer gleich: "Es macht mich traurig, aber Angst habe ich nicht."

Es war nicht überzeugend. Ich hatte Zweifel, dass meine Worte richtig übersetzt wurden. Es passte nicht. Dennoch wollte ich niemanden beleidigen und habe immer den Damen erklärt, wie wichtig es ist, zu wissen, wo man im Krankheitsverlauf steht. An einem Abend wurde ich von einem Mann angerufen, der mich ziemlich schlimm beschimpfte. Ich konnte ihn kaum verstehen. Er war stocksauer und drohte mir auch Gewalt an. Es war der Bruder. Mein Patient blutete offenbar, und der Bruder wollte mich für meine schlechte Arbeit zurechtweisen. Er war mit Blaulicht in die zentrale Notaufnahme der Universität Köln gebracht worden. Am nächsten Tag erfuhr ich, dass er unbehandelt nach Hause gebracht wurde. Es gab keine sinnvolle medizinische Handlung für sein Leiden, doch wenn man das nicht weiß, fährt mein bei einer Blutung in Krankenhaus. Ich machte einen Hausbesuch. Ein wenig mulmig war mir schon. Dem Bruder wollte ich nicht begegnen, aber ich wollte mich zeigen und wissen, wie es meinem Patienten ging. Er war die ganze Nacht im Krankenhaus gewesen.

Man erzählte mir später, dass es von allein aufgehört hatte zu bluten, und dann ist er heimgefahren worden. Bei meiner Ankunft war er aufgeregt, unruhig und gleichzeitig schwach. Die Frauen hielten sich verbal zurück. Ich fühlte mich bestätigt, dass er nicht vollständig über seinen Zustand aufgeklärt sein konnte. Die Familie wollte ihn nur schützen. Ich holte mein Handy raus und begann eine Unterhaltung über den Google-Übersetzer. Eine große Hilfe zu dem Zeitpunkt. Ich schrieb ihm alles auf. Er las alles sehr aufmerksam dadurch und wurde ruhiger. Er fragte mich, ob er deshalb sterben muss. Ich schrieb "Ja, es verbleibt wenig Zeit." Ich hatte Sorge vor dem Unverständnis seiner Angehörigen. Somit hatte ich das Tabu gebrochen. Doch ich erhielt am Ende nur Dankbarkeit. Man wollte ihn schützen und man hatte sich inzwischen verrannt. Mit der Zeit hatten sie sich so verstrickt, dass sie nicht mehr rauskamen. Nach diesem Besuch erlief die Behandlung einfacher. Mein Patient war ruhiger und benötigte deutlich weniger Schmerzmittel. Einige Wochen später verstarb er

friedlich und ruhig im Beisein seiner Familie. Am Ende konnte ich sie mitnehmen und alle konnten ihr Gesicht wahren. Ich denke, dass ich auch die Würde meines Patienten geschützt wurde. Es ist nicht zielführend, in einer Krise den Menschen von richtig oder falsch zu überzeugen. Man muss sie dort an die Hand nehmen, wo sie geradestehen, das Tempo anpassen und auf Augenhöhe bleiben. Sie sind schwach und verletzlich und wir sollten Ihnen die starke Schulter anbieten.

#### Bild 12

Vielen Dank, dass ich mit Ihnen meine Sicht und Erfahrung teilen durfte. Wir als SAPV-Team erleben oft die intimsten Momente. Wie wir damit umgehen, ist ein Prozess, der immer wieder überprüft werden muss.

Neben Empathie, Wertschätzung, Echtheit würde ich mir noch Geduld und Wohlwollen wünschen.

Dadurch schützen wir nicht nur die Menschen, die uns brauchen, sondern auch uns selbst vor negativer Energie.

Nochmals vielen Dank an die Organisatoren.

Für Fragen stehe ich ihnen jetzt zur Verfügung. Ansonsten würde ich mich verabschieden und wünsche Ihnen noch einen schönen Tag.