

Transkulturelle Kompetenz in der Hospizarbeit. Herausforderungen und Handlungsempfehlungen für die Begleitung von Menschen mit Migrationsgeschichte am Lebensende.

Mariam Kashani Moghadam

Suggested citation:

Kashani Moghadam, Mariam. 2025. "Transkulturelle Kompetenz in der Hospizarbeit. Herausforderungen und Handlungsempfehlungen für die Begleitung von Menschen mit Migrationsgeschichte am Lebensende." Hannover: Hochschule Hannover. <https://doi.org/10.25968/opus-3763>.

Abstract

Die Bachelorarbeit untersucht die Herausforderungen und Lösungsansätze in der Hospiz- und Palliativversorgung für Menschen mit Migrationsgeschichte in Deutschland. Trotz der etablierten ambulanten und stationären Hospizdienste und der rechtlichen Verankerung der Palliativversorgung als Teil des Gesundheitssystems gibt es nach wie vor erhebliche Zugangsbarrieren für Migrant:innen, insbesondere aufgrund sprachlicher, kultureller und religiöser Unterschiede. Diese Barrieren führen dazu, dass Menschen mit Migrationsgeschichte deutlich seltener Hospiz- und Palliativangebote in Anspruch nehmen.

Im Rahmen der Arbeit wird der Erwerb von transkultureller Kompetenz als Schlüsselqualifikation für ehrenamtliche Sterbebegleiter:innen vorgestellt. Basierend auf dem Kulturbegriff von Welsch sowie dem Konzept der transkulturellen Kompetenz nach Dagmar Domenig wird eine praxisorientierte Schulung entwickelt, die Ehrenamtliche in ihrer kultursensiblen Arbeit unterstützt. Diese Schulung zielt darauf ab, Wissen über verschiedene kulturelle und religiöse Rituale zu vermitteln, die Selbst- und Fremdwahrnehmung zu fördern und den respektvollen Umgang mit den unterschiedlichen Lebenswelten von Sterbenden mit Migrationsgeschichte zu gewährleisten.

Die Arbeit zeigt auf, dass der Erwerb transkultureller Kompetenz nicht nur zur Verbesserung der Begleitung von Menschen am Lebensende beiträgt, sondern auch dazu, Diskriminierung und Unsicherheiten in der Begleitung von Menschen mit Migrationsgeschichte abzubauen.

Terms of use

CC BY 4.0

Transkulturelle Kompetenz in der Hospizarbeit.
*Herausforderungen und Handlungsempfehlungen
für die Begleitung von Menschen
mit Migrationsgeschichte am Lebensende.*

Bachelorarbeit Sommersemester 2025
an der Hochschule Hannover, Fakultät V Diakonie, Gesundheit und Soziales
Soziale Arbeit grundständig
eingereicht von Mariam Kashani Moghadam
am 29. Mai 2025

Erstprüferin: Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Verena Begemann
Zweitprüferin: Anja Goral

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
1. Einleitung	4
2. Grundlagen der Hospizbewegung und Palliative Care	6
2.1 Hospizbewegung – Hospizarbeit	6
2.2 Palliativbewegung - Palliative Care	8
2.3 Hospizlich-Palliative Angebote in Deutschland.....	10
3. Auftrag der Sozialen Arbeit in der Hospiz- und Palliativversorgung	12
4. Ehrenamtliches Engagement.....	15
4.1 Aufgaben des Ehrenamtes	16
4.2 Struktur und Motivation des Ehrenamtes	17
4.3 Leitbild und Haltung.....	19
4.3 Die qualifizierte Vorbereitung	22
5. Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte in Hospiz und Palliative Care	25
5.1 Begriffsdefinition Migrationshintergrund.....	25
5.2 Zentrale Migrations- und Zuwanderungsgruppen in Deutschland	26
5.3 Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte	27
5.3.1 Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems.....	27
5.3.2 Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung	28
5.3.3 Wünsche für die Pflege	29
5.4 Forschungsstand und Versorgungslage zur hospizlich-palliativen Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte in Deutschland	30
5.5 Ungleichheit am Lebensende?.....	32
5.6 Zugangsbarrieren.....	33
5.6.1 Sprachbarrieren.....	34
5.6.2 Mangelndes Wissen über Versorgungsmöglichkeiten	36
5.6.3 Kulturelle und religiöse Vielfalt	37
5.6.4 Diskriminierungserfahrungen	40
6. Transkulturelle Herausforderungen in der Hospizarbeit.....	42
6.1 Wandel des Kulturbegriffs.....	42
6.1.1 Kugelmodell nach Herder.....	43
6.1.2 Transkulturalität nach Welsch.....	44
6.2. Bedeutung von Transkulturalität und Transkulturelle Kompetenz in der Hospizarbeit.....	45
6.3 Konzept der Transkulturellen Kompetenz nach Domenig	48
7. Handlungsempfehlung – Transkulturelle Schulung für Ehrenamtliche Sterbebegleiter:innen in der ambulanten Hospizarbeit.....	50

7.1 Didaktische Analyse.....	51
7.2 Verlaufsplan der Unterrichtseinheit.....	53
7.3 Methodische Analyse	55
7.3.1 Einstieg – Begrüßung und Ankommen.....	55
7.3.2 Übung – Wie lang ist eine Minute?.....	55
7.3.3 Erarbeitung – Was ist Kultur?.....	56
7.3.4 Wissensvermittlung – Hintergrundwissen zum Islam.....	56
7.3.5 Übung – Perspektivwechsel.....	57
7.3.6 Übung – nonverbale Kommunikation	58
7.3.7 Abschluss	59
8. Diskussion der Ergebnisse.....	59
9. Handlungsperspektiven	62
10. Fazit.....	67
11. Literatur- und Quellenverzeichnis.....	69
12. Anhang.....	77
13. Eigenständigkeitserklärung	85

1. Einleitung

Gemäß dem Mikrozensus aus dem Jahr 2023 haben rund ein Drittel der deutschen Gesamtbevölkerung eine Migrationsgeschichte¹ (Mikrozensus 2023). Durch die Arbeitsmigration im Rahmen der Gastarbeiter:innen-Bewegung in den 1950er Jahren, die Fluchtbewegungen infolge des syrischen Bürgerkriegs sowie dem russischen Angriffskrieg auf die Ukraine im Jahr 2022, wächst der Anteil von Menschen mit Migrations- und Zuwanderungsgeschichte kontinuierlich.

Während für viele Bereiche des alltäglichen Lebens auf institutioneller Seite bereits Maßnahmen ergriffen wurden, um ein Ankommen in der neuen Lebensrealität gelingend zu gestalten und zu unterstützen, zeigt sich besonders in der letzten Lebensphase, dass schwerstkranke und sterbende Menschen mit Migrations- oder Zuwanderungsgeschichte die vielfältigen Angebote der Hospiz- und Palliativversorger:innen deutlich seltener in Anspruch nehmen als nicht zugewanderte Personen (Jansky et al. 2017 und 2019/ Banse et al. 2020/ Henke und Thuss-Patience 2018).

Dabei stellt das durch die Hospizbewegung geprägte Konzept eines würdevollen und selbstbestimmten Sterbens mitsamt den medizinischen, sozialarbeiterischen, psychologischen, pflegerischen sowie seelsorgerischen Unterstützungsangeboten einen vielschichtigen Ansatz zur Förderung einer patient:innenorientierten Begleitung am Lebensende dar.

Die bestehenden Zugangsbarrieren zur hospizlich-palliativen Versorgung für Menschen mit Migrationsgeschichte erweisen sich als derart komplex und vielschichtig, dass eine adäquate Integration in die bestehenden Versorgungsstrukturen bislang nur unzureichend gelingt. Trotz der seit längerem bekannten Problematik mangelt es nach wie vor an validen, bundesweit repräsentativen Datengrundlagen. In der aktuellen Forschungsliteratur beschäftigen sich vor allem Jansky/Nauck (2017/2019) mit der palliativen Versorgungslage von Menschen mit türkischer oder arabischer Migrationsgeschichte in Niedersachsen. Diese Studie beschreibt die Versorgungsschwierigkeiten auf Seiten der Hauptamtlichen im Bereich der Hospizarbeit und Palliative Care sowie die Zugangsbarrieren, die Menschen mit Migrationsgeschichte überwinden müssten, um eine hospizlich-palliative Versorgung in Anspruch nehmen zu können. Da die Datenlage zu diesem Thema gering ausfällt und Menschen mit türkischer und arabischer Migrationsgeschichte die größten migrantischen Bevölkerungsgruppen in Deutschland darstellen, liegt der Fokus in der Bearbeitung dieser Arbeit auf dieser Personengruppe. Alle in dieser Arbeit entwickelten Handlungsempfehlungen und Perspektiven lassen sich jedoch auch angepasst auf andere migrantische Bevölkerungsgruppen anwenden.

¹ Die Autorin dieser Arbeit verwendet statt des vom Statistischen Bundesamt definierten Begriffs Migrationshintergrund den wert- und vorurteilsfreien Begriff der Migrationsgeschichte. Erläuterungen zum Terminus Migrationshintergrund sind in dieser Arbeit in Kapitel 5 dargestellt.

Ziel dieser Abschlussarbeit ist die Analyse bestehender Versorgungsschwierigkeiten und spezifischer Herausforderungen in der Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen mit Migrationsgeschichte. Auf Grundlage identifizierter Zugangsbarrieren wird ein inklusiver Lösungsansatz entwickelt, der sich am transkulturellen Kulturverständnis orientiert. Die Entwicklung einer praxisnahen Schulungseinheit, die ehrenamtliche Sterbebegleiter:innen in ihrer kultursensiblen Arbeit innerhalb ambulanter und stationärer Hospizstrukturen unterstützt, wird dabei angestrebt. Durch die Vermittlung transkultureller Kompetenzen soll eine bedürfnisorientierte und gelingende Versorgung erfolgen. Die Schulung fördert dabei nicht nur Wissenszuwachs, sondern auch Selbst- und Fremdreflexion, wodurch Ehrenamtliche zum Abbau von Zugangsbarrieren beitragen und ihre Kultur- sowie Ritualkompetenz im Umgang mit vielfältigen Lebenswelten stärken können.

Diese Abschlussarbeit ist wie folgt aufgebaut. Zunächst erfolgt eine geschichtliche Einordnung und Definition der Begriffe Hospiz- und Palliativbewegung sowie ein Überblick über bereits bestehende Angebote in Deutschland. Das hospizliche Leitbild wird definiert und eine Einordnung des ehrenamtlichen Engagements wird gegeben. Anhand der Vorgaben bezüglich des Qualifizierungskurses für ehrenamtliche Sterbebegleiter:innen soll die Struktur der hospizlich-palliativen Versorgung erläutert werden.

Im Anschluss erfolgt eine Annäherung an den Terminus Migrationshintergrund und es erfolgt ein Exkurs zur allgemeinen gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte. Darauf aufbauend soll kritisch hinterfragt werden, wie Zugangsbarrieren zur hospizlich-palliativen Versorgung entstehen und wie diese abgebaut werden können. Als praktische Handlungsempfehlung soll als ein möglicher Lösungsansatz der Erwerb von transkultureller Kompetenz für ehrenamtliche Mitarbeitende in der Sterbebegleitung herausgearbeitet werden. Anhand einer Einordnung des Kulturbegriffs nach Herder und Welsch sowie des Konzepts der transkulturellen Kompetenz nach Domenig soll eine Unterrichtseinheit für den Qualifizierungskurs der ehrenamtlichen Sterbebegleiter:innen konzipiert werden. Dabei steht die Frage im Vordergrund, welche Kompetenzen ehrenamtliche Sterbebegleiter:innen in der Begleitung von Menschen mit Migrationsgeschichte am Lebensende benötigen und welches Handwerkszeug in Form von Methoden und Ritualen zur Selbst- und Fremdwahrnehmung dazu beiträgt, um eine transkulturelle Kompetenz entwickeln zu können.

In den Handlungsperspektiven sollen abschließend konkrete Maßnahmen definiert werden, die zu einer Öffnung der Hospiz- und Palliativversorgung führen, sodass Menschen mit Migrationsgeschichte in diese eingegliedert werden und Zugangsbarrieren abgebaut werden können.

2. Grundlagen der Hospizbewegung und Palliative Care

Zunächst sollen in diesem Kapitel die Grundlagen der Hospiz- und Palliativbewegung beschrieben und ein Überblick über die vorhandenen stationären sowie ambulanten Angebote gegeben werden.

2.1 Hospizbewegung – Hospizarbeit

Das Wort Hospiz leitet sich aus dem lateinischen *hospitum* ab und bedeutet „Herberge“ oder auch „Bewirtung“ und war im Mittelalter ein Ort der Zusammenkunft für Pilgernde und Reisende (Graf 2011; 11). Bereits im 4. und 5. Jahrhundert nach Christus gab es Herbergen und Gasthäuser, die eine Versorgung von Verletzten, Kranken und Alten übernahmen (Müller-Busch 2021, 48). Die Grundidee einer hospizlichen Versorgung kranker und sterbender Menschen basiert auf einer „jahrhundertelangen orientalischen und abendländischen Tradition der Gastfreundschaft“ (Heller et al. 2013; 27). Aber auch die christlich-theologische Erkenntnis, im Fremden oder Anderen Christus zu erkennen, wurzelt in der hospizlichen Tradition (ebd.).

Im Hospizbegriff lebt die Idee der europäischen und altorientalischen Gastfreundschaft fort. Menschliches Leben, als Pilgerschaft begriffen, ist auf Gastfreundschaft angewiesen, um Weg und Ziel zu finden. Hospize bieten eine absichtslose Gastfreundschaft an – im bedingungslosen Interesse am Anderen um seiner/ihrer selbst willen. Diese Hospizlichkeit ist zunächst eben kein Gebäude, sondern eine Haltung von Personen, eine Kultur in den Organisationen der Gesellschaft (Heller 2018; 103).

Mittelalterliche Hospize können jedoch nicht als direkte Vorläufer der modernen Hospizbewegung betrachtet werden, da diese Herbergen zunächst allen Menschen und nicht primär schwerkranken und sterbenden vorbehalten waren (Heller 2013; 28). Erst die Entstehung moderner Krankenhäuser im 19. Jahrhundert und die aufstrebende Medizin lassen sich als wesentliche Ausgangspunkte für die spätere moderne Hospizbewegung ansehen (ebd.). Erst seit der Gründung des Hospizes *Calvaries* durch Madame Jean Garnier in Frankreich im Jahr 1842 wurde der Begriff Hospiz als Einrichtung zur Betreuung Sterbender verwendet (Müller-Busch 2021; 48).

Die Gründung des Hospizes *St. Christopher's* durch Dame Cicely Saunders in London 1967 gilt als historischer Impuls für die Entwicklung der modernen Hospizbewegung und Palliative Care (Müller-Busch 2021; 47). Saunders, die Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Ärztin war, entwickelte die Idee eines Ortes für sterbende Menschen durch die Begleitung des schwerkranken jüdischen Polen David Tasma, der den Holocaust überlebte (Heller 2013; 31). Durch diese intensive Erfahrung und Begleitung eines Menschen

am Lebensende beschloss Saunders, ein Hospiz für sterbende Menschen in London zu gründen. Tasma's Nachlass von 500 Pfund legte den monetären Grundstein (ebd.). Saunders prägte den Begriff *total pain*, eines allumfassenden, ganzheitlichen Schmerzes. Dabei wird der körperliche Schmerz, der durch die lebensverkürzende Erkrankung verursacht wird, zusätzlich zu dem seelischen Schmerz betrachtet und bedarf ebenso einer Pflege, da anhaltende körperliche Symptome sich negativ auf die psychische Verfassung auswirken können (Wagner 2021; 83). „»Total Pain« [Herv. i. O.] umfasst das Abschiednehmen des schwer kranken und sterbenden Menschen von seiner Umwelt, seiner Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft und seiner eigenen, bisher erlebten Persönlichkeit“ (Müller 2017; 412). Dieser ganzheitliche, seelische Schmerz kann nicht geheilt werden, da dieser zum „existentiellen Daseinsbewusstsein“ (ebd.; 406) der Sterbenden gehört und für den Sterbe- und Trennungsprozess unumgänglich ist. Vielmehr sollte durch Anteilnahme und Kommunikation eine Begleitung durch den Prozess erfolgen.

Die Hospizbewegung in Deutschland entstand aus einer Bürger:innenbewegung, die bis heute von Ehrenamtlichen getragen wird (Heller 2018; 111). Die ersten deutschen Hospize entstanden 1986 in Aachen und Recklinghausen (Graf 2011; 13). Doch es dauerte noch viele Jahre, bis sich die Hospizbewegung in Deutschland etablierte. Denn während Ärzt:innen von der Idee der Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen in Hospizen überzeugt waren, musste vor allem die Gesellschaft und auch die Kirche von dem Konzept überzeugt werden. Kontroversen löste der Dokumentarfilm „*Noch 16 Tage ... eine Sterbeklinik in London*“ aus, der im Juni 1971 im deutschen Fernsehen gezeigt wurde (Müller-Busch 2021; 49). Durch den missverständlich gebrauchten Begriff der „Sterbeklinik“ (Heller 2018; 104) wurde die Debatte um die Begleitung Sterbender in Hospizen im Nachkriegsdeutschland durch viele Missverständnisse und falsche Vorstellungen begleitet (ebd.). Fand das Sterben im institutionellen Raum in den 1970er Jahren noch in Abstellkammern und Badezimmern der Krankenhäuser statt, war die Sorge vor einer Ghettoisierung der Sterbenden und Euthanasie groß (ebd.). Vor allem die Kirchen lehnten die Einrichtung sogenannter Sterbekliniken ab, da diese Orte das Sterben nicht menschlicher, sondern unmenschlicher machen würden (Müller-Busch 2021; 49). Eine Stellungnahme der katholischen Kirche von 1978 auf Anfrage des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit verdeutlicht diese Haltung:

Ein menschenwürdiges Sterben kann nicht durch die Errichtung eigener Sterbekliniken oder Sterbeheime gewährleistet werden, in die der Schwerkranke abgeschoben wird. [...] Mit der Einlieferung in eine Sterbeklinik oder in ein Sterbeheim wird dem Schwerkranken jede Hoffnung abgesprochen und genommen. [...] In der öffentlichen Diskussion wird die Einrichtung von Sterbekliniken jetzt schon als ein Schritt hin zur Euthanasie gedeutet. (Müller-Busch 2021; 49 nach Godzik 1993).

Durch den unermüdlichen Einsatz von Pionierinnen der Hospizbewegung wie Cicely Saunders und der Schweizer Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross werden „Sterben und Tod als ein natürlicher Teil und Prozess des Lebens betrachtet“ (Heller 2018; 109). Die Aufklärung der Gesellschaft über das Selbstverständnis der Hospizbewegung dauert bis heute an.

2.2 Palliativbewegung - Palliative Care

Während die Hospizbewegung als Engagement verstanden werden kann, dass Sterben wieder in der Mitte der Gesellschaft zu verorten, befasst sich Palliative Care mit den professionellen, pflegerischen Aspekten des Sterbeprozesses (Müller-Busch 2021; 49). „Als primäre Zielsetzung und zentrale Aufgabe von Palliative Care wird die Verbesserung der Lebensqualität definiert“ (Steffen-Bürgi 2017; 40). Ziel ist keine kurative Behandlung, sondern eine Linderung von Leiden, die im Sterbeprozess auftreten können.

Der Begriff *palliativ* leitet sich aus dem lateinischen *pallium* (Mantel) bzw. *palliare* (bedecken, lindern) ab (ebd.; 47). Balfour Mount gilt als Schlüsselfigur, da dieser 1973 in Montreal die erste moderne Palliativstation eröffnete und damit ein neues umfassendes Betreuungskonzept von Sterbenden begründete (ebd.; 48).

In Deutschland haben sich mittlerweile die übergeordneten Begriffe Palliative Care und Palliativversorgung etabliert (Schütte-Bäumner et al. 2022; 12). Die WHO definiert Palliative Care wie folgt:

Palliativmedizin/Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten² und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art (WHO 2002).

Für europäische Länder ist die *European Association of Palliative Care (EAPC)* prägend, die der WHO Definition ähnelt, jedoch den Aspekt der patient:innenorientierten Versorgung und Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse besonders hervorhebt.

In diesem Sinn bietet Palliativversorgung das grundlegendste Konzept der Versorgung - dasjenige, das sich an den Bedürfnissen des Patienten orientiert, wo immer er oder sie betreut wird, sei es zu Hause oder im Krankenhaus. Palliativversorgung bejaht das Leben und sieht das Sterben als normalen Prozess; weder beschleunigt noch verhindert sie den

² Die Genderschreibweise entspricht derjenigen des:der jeweiligen Autor:in; Zitate wurden originalgetreu und ohne Änderungen übernommen, auch wenn sie von der Schreibweise der Autorin dieser Abschlussarbeit abweichen.

Tod. Sie strebt danach, die bestmögliche Lebensqualität bis zum Tod hin zu erhalten (DGP o. J.; 2).

Der sterbende Mensch und seine An- und Zugehörigen, die sogenannte *unit of care*, stehen im Mittelpunkt der Versorgung und die Linderung der körperlichen und seelischen Schmerzen wird angestrebt, um Lebensqualität zu gewinnen. Zur Förderung des Wohlbefindens erfolgt eine Symptomkontrolle (Steffen-Bürgi 2017; 43). Dies bedeutet eine „gezielte Vermeidung, Erfassung und Behandlung körperlicher Beschwerden sowie psychischer, sozialer und spiritueller Belastungen (ebd.) um eine Steigerung der Lebensqualität herbeizuführen. Dabei soll die Autonomie des Menschen gewahrt werden und ein würdevolles Sterben ermöglicht werden. Die Besonderheit von Palliative Care zeichnet sich durch eine „ganzheitliche Betrachtung, spezifische Qualitätsanforderungen und disziplinübergreifende Zusammenarbeit“ aus (Mühlum 2014; 7).

Die im Jahr 2020 erstmalig veröffentlichte „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland - Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie“ fasst unter der Überschrift „Jeder Mensch hat ein Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen“ (Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland 2025; o. S.) in fünf Leitsätzen zusammen, mit welchen Aufgaben, Ziele und Handlungsbedarfe zur Verbesserung der Betreuung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen beigetragen werden kann. Ziel ist es, die Lebensqualität, Selbstbestimmung und Würde von Menschen am Lebensende zu sichern und zu fördern sowie eine ethisch-fachliche Grundlage zur Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland zu fördern (ebd.).

Durch die Verabschiedung des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG) im Jahr 2015 ist Palliativversorgung nun als ein Teil der Regelversorgung im Gesundheitswesen gesetzlich verankert (Schütte-Bäumner et al. 2022; 14). Durch das Gesetz konnten eine Vielzahl unterschiedlicher Maßnahmen für ambulante und stationäre Leistungen der Versorger:innen eingeführt werden, welche zu einer Verbesserung der Palliativversorgung beitragen sollen (ebd.). Als eine Neuerung ist hierbei die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gemäß §1329 SGB V zu nennen (ebd.). Pflegeeinrichtungen können mit ihren Bewohner:innen individuelle Vorausplanungen für Notfälle und Situationen der Nichteinwilligungsfähigkeit besprechen und sie, angelehnt an das Konzept des *Advance Care Planning (ACP)* schriftlich festhalten (Melching 2021; 71). Ziel ist es, auf die individuellen Bedürfnisse der Patient:innen einzugehen und unerwünschte Therapien oder Krankenhauseinweisungen zu vermeiden (ebd.).

Student (2016) stellt fest, dass die Hospiz- und Palliativbewegung nicht eindeutig voneinander abgrenzbar sind, sondern sich lediglich in ihrer Herkunft unterscheiden. Während die Hospizbewegung in bürgerschaftlichem Engagement wurzelt, fußt die Schmerztherapie in der Palliativmedizin, während sich die spezialisierte Palliativpflege dazwischen verortet (ebd.; 32). Dennoch sind alle Bereiche stark miteinander verwoben und folgen dem gleichen Ziel, schwerkranken und sterbenden Menschen ein Leben und Sterben in Selbstbestimmung und Würde zu ermöglichen. Die Palliativmedizin und die Hospizidee stellen ein Gesamtkonzept dar zu dem neben der Symptom- und Schmerzkontrolle die Berücksichtigung der psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse gehören, ethische Fragen diskutiert werden sowie die Akzeptanz des Todes als Teil des Lebens angestrebt wird (ebd.; 34).

2.3 Hospizlich-Palliative Angebote in Deutschland

Der „Atlas der Palliativversorgung in Europa“ des *European Association for Palliative Care (EAPC)* wurde in aktueller Auflage 2019 veröffentlicht und gibt einen Überblick über die vorhandene Palliativ- und Hospizversorgung aus 51 europäischen Ländern. In den Atlas sind Zahlen aus dem „Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland“ vom Januar 2019 eingeflossen, der Online-Plattform der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Daraus lässt sich ablesen, dass es in Deutschland im Jahr 2019 insgesamt 336 Palliativstationen in Krankenhäusern, 232 stationäre Hospize für Erwachsene, 283 ambulante Palliativversorger:innen (AAPV/SAPV) sowie 63 unterstützende Palliativteams in Krankenhäusern gab (Arias-Casais et al. 2019; 129). Dies entspricht einer palliativen Versorgung von 1,1 Diensten auf 100.000 Einwohner:innen Deutschlands (ebd.). In den stationären Hospizen, die in der Regel über 8 bis 10 Betten verfügen, werden jährlich ca. 30.000 Menschen versorgt (Student 2020; 86).

Die tatsächlichen Zahlen sind laut dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband e. V. (DHPV) bis heute weiter gestiegen. Zudem vermeldet der DHPV, dass in Deutschland zudem circa 1.500 ambulante Hospizdienste tätig sind, die vorwiegend Sterbe- und Trauerbegleitung anbieten, und es circa 21 stationäre Hospize für Kinder, Jugendliche und junge Heranwachsende bis 27 Jahre sowie vier Palliativstationen für diese Zielgruppe in Krankenhäusern gibt (ebd. 2024). Anzumerken ist, dass im „Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland“ nach migrationsspezifischen Angeboten gefiltert werden kann, jedoch es keine weiteren Erklärungen in den Ergebnissen gibt, welche besonderen Angebote für Migrant:innen in den verschiedenen Diensten umgesetzt werden. Für den weiteren Teil dieser Arbeit ist diese Beobachtung von besonderem Interesse, da es in Kapitel 5.6 um die Zugangsbarrieren zu hospizlich-palliativer Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte gehen wird.

Die Gemeinsamkeit der hospizlich-palliativen Versorger:innen ist die Hospizidee. „Als umfassendes, ganzheitliches Unterstützungskonzept für sterbende Menschen und ihre An-/Zugehörigen ist Hospizarbeit vor allem Haltung; im Kern will sie ein Sterben in Geborgenheit ermöglichen“ (Student 2020; 86). Dennoch gilt es zwischen den unterschiedlichen Versorgungssystemen zu unterscheiden.

Durch ambulante Hospizdienste können schwerkranke und sterbende Menschen oftmals bis zum Lebensende in der eigenen Häuslichkeit verbleiben. Dies ist auch durch den Einsatz ehrenamtlicher Sterbebegleiter:innen möglich. Sie beraten und begleiten Schwerstkranke und ihre An- sowie Zugehörigen und leisten Unterstützung durch ihre Anwesenheit. Dabei arbeiten sie eng mit den hauptamtlichen Koordinator:innen, den Hausärzt:innen und den Pflegediensten zusammen (ebd.; 87).

Ambulante Palliativdienste hingegen sind speziell geschulte Pflegekräfte, die zum Einsatz kommen, wenn „eine nicht heilbare, fortschreitende und weit fortgeschrittene, lebensbegrenzende Erkrankung vorliegt und hierbei eine besonders aufwendige Versorgung erforderlich ist“ (ebd.; 88). Bei der ambulanten Palliativversorgung wird zwischen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) sowie der allgemeinen Palliativversorgung (AAPV) unterschieden. Letztere ist eine Versorgungsleistung, die von Leistungserbringern der Primärversorgung, sprich den Haus- und Fachärzt:innen sowie den ambulanten Pflegediensten übernommen wird, während die SAPV-Versorgung aus einem multiprofessionellen Team aus spezialisierten Pflegekräften, Ärzt:innen, Psycholog:innen und Sozialarbeitenden besteht (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2020; 8 f.). Die palliative Primärversorgung hingegen wird von Hausärzt:innen übernommen (ebd.; 7).

Ist die lebensverkürzende Erkrankung so weit fortgeschritten, dass eine Versorgung zu Hause nicht mehr gewährleistet werden kann, weil beispielsweise keine Angehörigen vorhanden sind oder diese mit der Betreuung und Pflege überlastet sind, können Schwerstkranke in einem stationären Hospiz aufgenommen werden. Der Unterschied ist, dass mit dem Einzug in ein stationäres Hospiz die eigene Häuslichkeit aufgegeben wird. Nahezu 100% der Bewohner:innen eines Hospizes versterben dort (Student 2020; 89), jedoch kann auch eine Rückführung in das eigene Heim erfolgen, wenn der Gesundheitszustand sich stabilisiert oder sogar verbessert. Als besonders gilt die familiäre Atmosphäre in einem stationären Hospiz. Die räumliche Gestaltung unterscheidet sich deutlich von einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung und der Pflege- und Betreuungsschlüssel für die Bewohner:innen ist hoch (ebd.; 89).

Ein Versorgungskonzept, welches in Deutschland noch in den Anfängen steckt, ist das Tageshospiz als teilstationäres Konzept (ebd.; 91). Die Wiederentdeckung noch vorhandener Fähigkeiten und der eigenen Persönlichkeit abseits der lebensverkürzenden Erkrankung steht im Vordergrund (ebd.; 92). Das Tageshospiz als Tagerest für Erkrankte

soll die Reintegration Schwerstkranker ermöglichen, sodass ein längerer Aufenthalt im eigenen Zuhause erfolgen kann (ebd.).

Palliativstationen hingegen sind spezialisierte Abteilungen in Krankenhäusern, die sich auf die Linderung der medizinischen und psychologischen Aspekte der Erkrankung spezialisiert haben (ebd.; 90). Die Behandlung belastender körperlicher Symptome sowie der seelischen Not soll gelindert und eine Koordination der Betreuungssituation im privaten Umfeld angestrebt werden (ebd.). Durch die Präsenz von Ärzt:innen im klinischen Kontext kann anders als in den ambulanten Angeboten eine schnellere medizinische Krisenintervention sowie Beratung durch andere Fachrichtungen erfolgen (ebd.).

3. Auftrag der Sozialen Arbeit in der Hospiz- und Palliativversorgung

Soziale Arbeit hat den gesellschaftlichen Auftrag, Menschen in besonders herausfordernden Lebenslagen zu unterstützen, soziale Gerechtigkeit und Selbstbestimmung zu fördern und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen. Der Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit e. V. (kurz DBSH) hat auf der Basis der internationalen Definition von Sozialer Arbeit der *International Federation of Social Workers (IFSW)* 2016 eine deutsche Übersetzung der Definition veröffentlicht:

Soziale Arbeit fördert als praxisorientierte Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen. Die Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, die Menschenrechte, die gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt bilden die Grundlage der Sozialen Arbeit. [...] Soziale Arbeit befähigt und ermutigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens bewältigen und das Wohlergehen verbessern [...] (DBSH 2016).

Der Auftrag der Sozialen Arbeit lässt sich auch auf die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen am Lebensende anwenden. Student (2020) betont, dass die Soziale Arbeit sich durch die Fähigkeit auszeichnet, in krisenhaften Situationen zu agieren (ebd.; 97). Ihre besondere Stärke liegt darin, Menschen dabei zu unterstützen, mit belastenden Lebensereignissen oder -krisen angemessen umzugehen, dies schließt auch Krisen ein, die durch Verlusterfahrungen ausgelöst werden (ebd.).

Eine lebensverkürzende Krankheit stellt eine krisenhafte Situation, eine Verlustkrise dar, deren Bewältigung durch sozialarbeiterische Hilfe, beispielsweise durch Trauerarbeit, gelingen kann (ebd.). Dabei sind die Handlungsfelder in der hospizlich-palliativen Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen vielfältig. Die Sektion Soziale Arbeit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin hat für den Schwerpunkt Palliative Care ein Profil für die Soziale Arbeit erstellt, welches diese zusammenfasst (DGP 2012;

o.S.). Gemäß des Auftrags der Sozialen Arbeit ergeben sich folgende Schwerpunkte im Bereich des palliativen Arbeitsfeldes:

- Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit Krankheit, Sterben und Tod sowie die Integration dieser Prozesse in die Behandlungsplanung
- Förderung von gesellschaftlicher Teilhabe und sozialer Gerechtigkeit
- Minimierung der Gefahr von Isolierung, Ausgrenzung und Stigmatisierung
- Achtung vor dem besonderen Wert und der Würde aller Menschen und Unterstützung bei der Wahrnehmung der Rechte, die sich daraus ergeben
- Entwicklung und Förderung von Solidarität, mitmenschlichem Beistand und Entlastung durch ehrenamtliche Begleitung (DGP 2012; o. S.).

Daraus lassen sich spezifische Kernaufgaben und wirksame Handlungsmethoden der Sozialen Arbeit ableiten, die dazu beitragen, dass Menschen an ihrem Lebensende „im Rahmen ihrer Möglichkeiten und unter Berücksichtigung der Wechselbeziehungen mit dem persönlichen Umfeld ihr Leben selbstbestimmt und würdevoll gestalten können“ (Pankofer 2021; 39). Dabei sollen die Betroffenen stets als Expert:innen ihrer eigenen Lebenswelt verstanden und in Kohärenz zu ihrem sozialen Bezugssystem wahrgenommen werden (ebd.; 40). „Die Einbettung im persönlichen Netzwerk wird durch Förderung der Kommunikation, Bearbeitung des Spannungsfeldes divergierender Bedürfnisse und Wünsche sowie durch Entlastung gestärkt“ (DGP 2012; o. S.).

Die Tätigkeiten der Sozialarbeiter:innen in der Hospiz- und Palliativversorgung sind vielfältig und lassen sich nicht wie in anderen Professionen trennscharf einordnen. Vielmehr hat die Soziale Arbeit eine verbindende und vernetzende Funktion. Durch ihre multiperspektivischen Handlungsfelder können Sozialarbeitende auf unterschiedlichste Gegebenheiten und Konstellationen bedürfnis- und ressourcenorientiert eingehen und dabei als Bindeglied in einem multiprofessionellen Team agieren (Begemann/Goral 2024; 209 f.). Die Inter- und Multiprofessionalität aller Akteur:innen ist auch ein Grundprinzip, welches die DGP als die Basis für die palliative Versorgung von Menschen mit lebensverkürzenden Erkrankungen im Berufsprofil festgelegt hat (DGP 2012; o. S.). Die enge Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen mit einem gemeinsamen Ziel, der Leidenslinderung und Verbesserung der Lebensqualität, wird durch eine gemeinsame Haltung getragen (ebd.) (vgl. Kapitel 4.3). Durch die enge Kooperation von Ärzt:innen, Pflegepersonal, Psycholog:innen, Seelsorger:innen, Sozialarbeiter:innen sowie Ehrenamtlichen können Wünsche und Bedürfnisse Sterbender und ihrer An- und Zugehörigen wahrgenommen und umgesetzt werden (Pankofer 2021; 39).

Eine der umfangreichsten Aufgaben von Sozialarbeitenden in der palliativen Versorgung ist die Beratung der Schwerstkranken und ihrer An- und Zugehörigen. Die Beratung umfasst eine strukturierte, unterstützende Begleitung in psychosozialen, rechtlichen, existenziellen sowie spirituellen Fragen und orientiert sich an den individuellen Lebenssituationen und kulturellen Hintergründen der zu beratenden Person (ebd.). Ziel ist es, die Handlungsfähigkeit der Betroffenen zu stärken, Informationslücken zu schließen, Versorgungsoptionen aufzuzeigen und im Kontext von Krankheit, Sterben, Tod und Trauer professionelle Hilfe und Orientierung zu bieten (ebd.). Überdies erfolgt eine Beratung im Rahmen von Pflege sowie Versorgungsaspekten bei der Umsetzung der letzten Lebensphase, der Erfüllung letzter Wünsche sowie Unterstützung bei Fragen zum Sterbeort oder der Bestattung. Dabei umfasst die psychosoziale Begleitung „[...] das Aufzeigen und Erkennen von Wechselwirkungen zwischen physischen, psychischen, seelischen, kulturellen, spirituellen und sozialen Bedürfnissen“ (Pankofer 2021; 41) mit dem Ziel, die Kommunikation zwischen den schwerkranken Menschen, deren An- und Zugehörigen sowie dem medizinisch-pflegerischen Personal zu fördern.

Jedoch ist anzumerken, dass die Soziale Arbeit zwar in diesem Bereich einen Auftrag im multiprofessionellen Team innehat, dies jedoch nicht als Alleinstellungsmerkmal definiert werden kann (Begemann/Fuchs 2020; 202). Die kommunikative Gestaltung von Beziehungen wird von jedem Teammitglied, unabhängig von der eigenen Profession, getragen, jedoch bedarf es bei komplexen Herausforderungen einer Spezialisierung der psychosozialen Begleitungsangebote durch qualifizierte Fachkräfte beispielsweise Psycholog:innen (ebd.). Auch die Unterstützung und Begleitung von An- und Zugehörigen während des Trauerprozesses gilt als sozialarbeiterische Aufgabe (DGP 2012; o. S.).

Eine besondere Relevanz haben auch ethisch-rechtliche Entscheidungsprozesse, an denen Sozialarbeitende im interdisziplinären Team beteiligt sind. Die Frage nach dem Tun und Unterlassen im Sterbeprozess sowie der Umsetzung des mutmaßlichen Patient:innenwillens gemäß §1827 BGB stehen dabei im Vordergrund. Begemann/Fuchs (2020) halten das Einüben einer „ethischen Reflexionskultur für notwendig, die ethisches Wissen, professionelle Haltung und Entscheidungskompetenz beinhaltet“ (ebd.; 203). Ethische Fallbesprechungen im Team sichern die Achtung der Autonomie der:des Sterbenden unter Berücksichtigung von kulturellen, religiösen und individuellen Werten bei Behandlungsentscheidungen und sollten im Rahmen von ethischer Fallbesprechung oder Supervision erfolgen (DGP 2012; o. S.). Die Aneignung von Modellen zur ethischen Fallbearbeitung sollte bereits in der Ausbildung bzw. dem Studium der Fachkräfte erfolgen, kann jedoch auch im Rahmen von Fortbildungen eingeübt werden. Der professionelle Austausch unter den multiprofessionellen Teammitgliedern ist dabei ausschlaggebend. Kollegiale Beratung und Teamgespräche sind für die Versorgung schwerstkranker

und sterbender Menschen unabdingbar, da jede Fachkraft unterschiedliche Aspekte ihrer Profession bei den Patient:innen wahrnimmt und sich medizinische, pflegerische, psychosoziale sowie spirituelle Perspektiven im Sterbeprozess gegenseitig bedingen. Der Austausch fördert ein gemeinsames Verständnis und stärkt die Qualität der Versorgung (DGP 2012; o. S.).

Weitere Handlungsfelder Sozialarbeitender, sind die interne und externe Vernetzung mit regionalen und überregionalen Akteur:innen der Hospiz- und Palliativversorger:innen sowie die Koordination ehrenamtlicher Mitarbeiter:innen (DGP 2012; o. S.). Die Gewinnung Ehrenamtlicher, deren Qualifizierung zur Sterbebegleitung sowie der Herstellung des Kontaktes zwischen der ehrenamtlichen Person und dem sterbenden Menschen obliegt der Koordinator:in, welche eine Fachkraft der Sozialen Arbeit oder Pflege ist (Bege- mann/Fuchs 2020; 204). Überdies gehören Wissensvermittlung, Dokumentation, Evaluation, Forschung und Lehre zu den zentralen Aufgaben von Sozialarbeiter:innen in Palliative Care (Pankofer 2021; 42).

Durch die fachliche Qualifizierung wie dem Studium der Sozialen Arbeit und der Entwicklung sozialarbeiterischer Kompetenzen (ebd.), sind Sozialarbeitende in der Rolle der Fachkraft für soziale Aspekte und Kooperation durch ihre Kompetenzen in Hinblick auf Teamfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit sowie Konfliktfähigkeit (Student 2020; 43) ein wichtiges Bindeglied im multiprofessionellen Team. „Keine andere Profession hat diese Breite der fachlichen Ausbildung und diese Querschnittskompetenz: Sie wird auf der Handlungsebene als Multifunktionalität und auf der Wissensenebene als Multireferenzialität ausgebildet“ (Student 2020; 43). Trotz der fachlichen Kompetenzen sind die Entwicklung einer hospizlichen Haltung und ein sich Einlassen auf die Themen Tod, Sterben und Trauer sowie die eigene Endlichkeit eine Voraussetzung für die Arbeit in Hospiz und Palliative Care.

4. Ehrenamtliches Engagement

Die Hospizbewegung als Bürger:innenbewegung wird getragen durch ehrenamtliche Mitarbeit. Die Aufgaben und Anforderungen an Ehrenamtliche werden in diesem Kapitel vorgestellt. Die hospizliche Haltung bildet dabei den Grundstein für eine gelingende ehrenamtliche Tätigkeit. Diese wird in der Qualifizierung zur Vorbereitung auf die Tätigkeit als Sterbebegleiter:innen für Ehrenamtliche gefestigt und Methoden für die Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen werden erarbeitet. Eine Erläuterung erfolgt in den folgenden Unterkapiteln dieser Arbeit.

4.1 Aufgaben des Ehrenamtes

Ehrenamtliches Engagement meint die freiwillige, unentgeltliche Tätigkeit in Einrichtungen von stationären Hospizen und ambulanten Hospizdiensten, Pflegeheimen sowie auf Palliativstationen in Krankenhäusern. „Das Ehrenamt ist Ausdruck bürgerschaftlichen Engagements, Kern der Hospizarbeit und Basis einer umsorgenden, die Betroffenen und ihre Familien entlastenden, psychosozialen Begleitung und Betreuung“ (Graf 2011; 13). Wie bei den meisten ehrenamtlichen Tätigkeiten basiert auch das Engagement der Ehrenamtlichen in der Hospizbewegung auf Freiwilligkeit und ist nicht durch finanzielle Motive bestimmt. Diese Unabhängigkeit fördert eine offene Wahrnehmung der Bedürfnisse der sterbenden Menschen und deren Angehörigen (Bödiker 2011; 51).

Ehrenamtliche Sterbebegleitung ist sehr individuell, da jede:r Sterbende andere Wünsche und Bedürfnisse hat. Ehrenamtliche unterstützen den:die Sterbende:n und leisten durch ihre Anwesenheit („Da-Sein“) und Gespräche emotionale Unterstützung (Nolden et al. 2011; 49). Sie sind auch für die Ängste, Nöte und Sorgen der An- und Zugehörigen da und leisten praktische Hilfe bei alltäglichen Aufgaben (ebd.). Sie stellen sich existenziellen Fragen der Spiritualität, der Sinnfrage, hören zu, erfüllen letzte Wünsche und helfen beim Abschiednehmen (ebd.). „Aufgabe der Begleitung ist die Einladung zum Leben im Angesicht des Todes“ (Bödiker 2011; 65). Ehrenamtliche sollen den:die Sterbende:n dort begegnen, wo er:sie gerade steht, aushalten, mitgehen und loslassen (ebd.).

Doch nicht alle zu Begleitenden wünschen sich eine Unterstützung durch Gespräche und die Anwesenheit der:des Ehrenamtlichen. Eine Übernahme von praktischen Hilfestellungen im Haushalt und Alltag wie beispielsweise Essen zubereiten oder einkaufen (Klie et al. 2019; 215) können ebenfalls hilfreich sein. Ein Wunsch nach einer Flexibilität in den Aufgabenbereichen wird deutlich, hin zu einer Öffnung der „klassischen Aufgaben hospizlicher Arbeit“ zu „untypischen Unterstützungsleistungen“ (ebd.; 216), falls der Bedarf besteht.

Durch die Individualität eines jeden Menschen ist keine Begleitung reproduzierbar. Dies erfordert eine Offenheit, sich auf Menschen, ihre Geschichten und individuellen Lebenslagen einzustellen. Das Ehrenamt ist auch immer eine anwaltschaftliche Tätigkeit für den sterbenden Menschen (Bödiker 2011; 65). Es gilt, die Autonomie und die Würde des sterbenden Menschen zu achten und seine:ihre Regeln für den Sterbeprozess umzusetzen, ohne zu missionieren. Das Wohl des Menschen steht an oberster Stelle. „Hospizliche Haltung bedingt Respekt gegenüber dem sterbenden Menschen und der Respektlosigkeit gegenüber Regeln und Normen“ (Bödiker 2011; 65).

Die gesetzlichen Regelungen zur ambulanten Hospizarbeit sind im Achten Sozialgesetzbuch in Paragraph § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V geregelt und beschreiben die Aufgabengebiete der ambulanten Hospizdienste und deren Haupt- und Ehrenamtlichen. Aufgabengebiete ehrenamtlich Tätiger sind unter anderem der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung und die Begleitung des sterbenden Menschen sowie der An- und Zugehörigen, die psychosoziale Unterstützung beim Trauerprozess, die Unterstützung bei Überwindung von Kommunikationsschwierigkeiten sowie die Hilfe bei der Auseinandersetzung mit sozialen, ethischen und religiösen Sinnfragen (GKV 2022; 6).

Zur Hospiz- und Palliativarbeit gehört als ein Kernelement der Dienst Ehrenamtlicher. Sie sollen gut vorbereitet, befähigt und in regelmäßigen Treffen begleitet werden. Durch ihr Engagement leisten sie einen unverzichtbaren Beitrag zur Teilnahme der Betroffenen und der ihnen Nahestehenden am Leben des Gemeinwesens und tragen dazu bei, die Hospizidee in der Gesellschaft weiter zu verankern (DHPV 2007; o.S.).

Allerdings gilt es, zwischen der ambulanten und der stationären Hospizarbeit zu unterscheiden. Denn „während die ambulante Hospizarbeit ausschließlich durch ehrenamtliche HospizbegleiterInnen erbracht und durch (zumeist) Hauptamtliche lediglich koordiniert wird, ist die stationäre Hospizarbeit stark durch hauptamtlich Pflegenden geprägt, die durch ehrenamtliche HospizbegleiterInnen unterstützt werden“ (Fleckinger 2013; 85). Für die ambulante Hospizarbeit ist vorgesehen, dass mindestens 15 qualifizierte, einsatzbereite Ehrenamtliche vorgehalten werden müssen. Erst dann ist eine Förderung durch die Krankenkassen möglich (GKV 2022; 4). Alle Ehrenamtlichen werden in einem Kurs auf ihre Tätigkeit in der Sterbebegleitung vorbereitet (Kapitel 4.4).

4.2 Struktur und Motivation des Ehrenamtes

„Hospizarbeit beginnt häufig mit der eigenen Lebensgeschichte“ (Begemann 2006; 16). Ehrenamtliche, die sich in der Hospizarbeit engagieren, entscheiden sich meist nach einer persönlichen Verlusterfahrung für eine Mitarbeit im hospizlich-palliativen Kontext (Begemann/Seidel 2015; 55). Der Wunsch, sterbenden Menschen beizustehen und ihnen Hilfe zu leisten, geht häufig mit dem Streben nach einer erfüllenden und sinnstiftenden Tätigkeit einher (ebd.; 57) nach der Erwerbstätigkeit oder der Familienphase auszuüben (Begemann 2006; 17). Altruistische Motive spielen eine entscheidende Rolle bei der Entscheidung, sich in der Hospizarbeit zu engagieren, da sie das Bedürfnis fördern, anderen selbstlos beizustehen und deren Lebensqualität in schwierigen Lebensphasen zu verbessern (Schuchter et al. 2018; 21). Auch das Ziel, gesamtgesellschaftlich für einen veränderten Umgang mit den Themen Tod, Sterben und Trauer zu werben und mit Aufklärung zu einer Enttabuisierung beizutragen, ist ein oft genannter Punkt (Begemann/Seidel 2015; 57). Dabei stehen für viele auch die Auseinandersetzung mit der

eigenen Endlichkeit und die Frage nach einer erfüllenden Lebensgestaltung im Vordergrund (ebd.; 61).

In der Hospizarbeit beschäftigen sich Menschen mit den Sinnfragen des Lebens: „Wer bin ich, woher komme ich und wohin gehe ich? Was ist der Mensch, das Leben, der Tod? Wie will ich leben und wie will ich mich entwickeln?“ (Herv. i. O.] (Begemann 2006; 18).

Hospizlich-palliatives Ehrenamt ist von einer starken Homogenität geprägt. Dies zeigen Erhebungen von Begemann/Seidel (2015), Klie et al. (2019) und Fink/Schultz (2021). Vor allem Frauen mittleren Alters üben ein Ehrenamt in der Sterbebegleitung aus (Begemann/Seidel 2015; 21). Sie sind häufig über 50 Jahre alt (Klie et al. 2019; 97) und befinden sich in ihrer „späten Erwerbs- oder Nacherwerbsphase“ (ebd.; 98). Zwar nehmen auch immer wieder jüngere, vor allem weibliche Personen an den Befähigungskursen zur Sterbebegleitung teil, übernehmen dann jedoch seltener Begleitungen bzw. verlassen das Ehrenamt schneller wieder, da eine Vereinbarkeit von Familie, Beruf und ehrenamtlicher Tätigkeit herausfordernd ist (ebd.; 98). Auch die Motivation junger Ehrenamtlicher ist eine andere als bei älteren Personen. „Es geht hier nicht um ein altruistisches Engagement für Andere, Schwächere, Hilfsbedürftige. Vielmehr spielt auch die persönliche Weiterentwicklung eine wichtige Rolle“ (Fink/Schultz 2021; 78). Dies ist jedoch nicht negativ zu betrachten, da die Weiterentwicklung eines persönlichen Interesses das persönliche Engagement nicht einschränkt (ebd.).

In der Regel sind Ehrenamtliche deutsche Staatsbürger:innen (Begemann/Seidel 2015; 22). Die Mehrheit der Ehrenamtlichen verfügt über einen mittleren Schulabschluss oder Abitur (ebd.; 101) und befindet sich überdurchschnittlich oft im mittelschichtszugehörigen Angestellt:innenmilieu (ebd.; 102). Rund 60% der Sterbebegleiter:innen haben eine berufliche Vorerfahrung mit sterbenden Menschen, zum Beispiel durch hauptamtliche Tätigkeiten in der Pflege (Begemann/Seidel 2015; 24).

Damit fehlen unter den Ehrenamtlichen systematisch sowohl Berufs- und Erwerbsgruppen, die in der Regel tendenziell über (viel) Geld, aber wenig Zeit verfügen, genauso wie diejenigen, bei denen sich just dieses Verhältnis umkehrt, die also potenziell zwar größere Zeitressourcen vorrätig, aber nur wenig Geld haben [...]. Ein ehrenamtliches Engagement als Hospizhelfer*in muss man sich demzufolge in zweifacher Hinsicht ‚leisten‘ [Herv. i. O.] können: zeitlich und finanziell (Klie et al. 2019; 102).

Dabei geben rund 17% der Bevölkerung an, sich ein Engagement in der Sterbebegleitung vorstellen zu können, jedoch haben viele der Interessierten wenig Zeit (45%) oder können ihre ehrenamtliche Tätigkeit nicht mit ihrem Beruf vereinbaren (29%) (DHPV 2018; 6).

Derzeit gibt es keine Daten über die Anzahl ehrenamtlicher Personen mit Migrationsgeschichte. Dieses Forschungsfeld ist ähnlich wie die Begleitung von Menschen mit Zuwanderungs- und Migrationsgeschichte noch immer deutlich unterrepräsentiert. Deutlich wird jedoch bereits in der Struktur der Koordinator:innen der ambulanten Hospizdienste, dass lediglich 2,3% eine andere Herkunftssprache als Deutsch haben (Klie et al. 2019; 105). Das bedeutet, dass „die Organisation von Hospizarbeit – wohl historisch wie kulturell bedingt – eine Sache der ‚einheimischen‘ [Herv. i. O.] gehobenen Mittelschichtsfrau ist“ (ebd.).

4.3 Leitbild und Haltung

Die Hospizbewegung in Deutschland ist eine Menschenrechtsbewegung, in der die „bedingungslose Solidarität mit sterbenden Menschen und ihren Angehörigen in den Mittelpunkt“ gerückt wird (Heller 2018; 114). Die Hospizidee fußt auf Haltungen, die als Grundlage des Handelns jeder Haupt- und ehrenamtlichen Person gelten. Allen voran steht der Grundsatz „Hospiz ist Haltung – nicht Ort“ (Bödiker 2011; 63), denn hospizliche Arbeit ist nicht an einen bestimmten Ort gebunden, sondern kann überall gelebt werden (ebd.). Dabei versteht sich die hospizliche Hilfe als grenzenlos. Sie soll uneingeschränkt für alle sterbenden und schwerstkranken Menschen da sein, denn sie „kennt keine Beschränkungen durch Weltanschauung und Religionen, durch Rasse, Kultur, durch Geschlecht und sozialen Status oder auch durch Diagnose bzw. Krankheitsbild“ (Heller et al. 2013; 269). Aber auch die An- und Zugehörigen finden in der hospizlichen Trauerbegleitung Hilfe und Trost (Bödiker 2011; 63). Dabei wird die Individualität und Autonomie des Einzelnen gewahrt und berücksichtigt. Der Prozess des Sterbens wird vom Sterbenden selbst gestaltet, begleitende Haupt- und Ehrenamtliche haben sich an den Bedürfnissen und Wünschen der:des Sterbenden zu halten (ebd.; 64). Angestrebt wird nicht nur ein „menschenwürdiges Sterben“, sondern die „bestmögliche Lebensqualität“ (Mühlum 2014; 12). Der:die Sterbende ist Expert:in für sich selbst und soll auch als solche anerkannt werden (Bödiker 2011; 64). Denn „was „gutes Sterben“ [Herv. i. O.] ist, weiß nicht die Begleitung, sondern der sterbende Mensch“ (ebd.; 65). Daher drückt sich die hospizliche Grundhaltung in der Selbstbestimmung, Würde und Respekt, mit denen Menschen in ihrer letzten Lebensphase begegnet werden sollen aus (Student 2020; 14). Cicely Saunders prägte folgenden Satz: „Sie sind wichtig, weil Sie eben sind. Sie sind bis zum letzten Augenblick ihres Lebens wichtig, und wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben, sondern auch bis zuletzt leben können“ (Saunders nach Student 2020; 15).

Heller et al. (2013) beschreiben die hospizliche Haltung als eine Haltung der „leeren Hände“ (ebd.; 272). Mit einer Unvoreingenommenheit und Offenheit soll durch Empathie

und auf Augenhöhe auf unterschiedliche Menschen, Bedürfnisse und Situationen eingegangen werden (ebd.). Dies setzt eine Flexibilität voraus, sich immer wieder auf neue Situationen und Lebenslagen einzulassen (ebd.).

Durch die individuellen Lebenserfahrungen der zu begleitenden Personen ist davon auszugehen, dass jede:r der:die Expert:in für sich selbst ist und die Einzigartigkeit des Menschen als Grundlage für jede Begleitung gilt. Vorschnelle (Vor-) Urteile sowie Kategorisierungen sollten vermieden werden. Diese Haltung des „Nicht-Wissens“ basiert auf der Würde des Einzelnen und setzt voraus, dass Begegnungen der Haupt- und Ehrenamtlichen mit sterbenden Personen stets durch Offenheit, Unvoreingenommenheit sowie einem angemessenen Grad an „Neugier“ gestaltet werden sollten (DBSH 2014; 26).

Eine Befragung von Ehrenamtlichen zu den drei wichtigsten Lebenshaltungen für die Hospizarbeit ergab, dass Empathie, aktives Zuhören und Nächstenliebe als die wichtigsten für die Arbeit als Sterbebegleiter:in genannt wurden (Begemann/Seidel 2015; 66). Jedoch ist hospizliche Haltung kein starres Konstrukt, welches es einzuüben gilt, sondern vielmehr ein Sich-Einlassen auf neue Erfahrungen, welches „Aufmerksamkeit, Sensibilität, Offenheit, die Fähigkeit zuzuhören, Empathie und Interesse am anderen“ erfordert (Schuchter et al. 2018; 48).

Die moderne Hospizbewegung strebt jedoch auch einen gesellschaftlichen Wandel im Umgang mit Tod, Sterben und Trauer an. Dabei wird das Sterben als ein Teil des Lebens angesehen und ist untrennbar mit diesem verknüpft. „Der Kern des Hospizgedankens ist es, das Sterben als natürliche Gegebenheit in das Leben einzubeziehen und in den Alltag zu integrieren. Dahinter steht eine Überzeugung vom Sinn und der Würde des menschlichen Lebens bis zuletzt [...]“ (Student 2020; 14). Hospizliche Arbeit heißt aber auch „das Leben bejahen“ (Bödiker 2011; 63). Somit grenzt sich die Hospizbewegung von den Bestrebungen, aktive Sterbehilfe in Deutschland zu legalisieren, deutlich ab (Heller 2013; 280). Hospizliches Arbeiten bedeutet ebenfalls, dass die Lebensqualität vor der Lebensquantität eines jeden Sterbenden stehen sollte (Bödiker 2011; 64). Ist eine kurative Behandlung nicht mehr zielführend, kann palliative Versorgung durch Symptomkontrolle und Schmerztherapie erfolgen.

Das ganzheitliche Konzept der Hospizarbeit umfasst das soziale, körperliche, psychische und spirituelle Erleben, welches sich wechselseitig aufeinander bezieht (Begemann 2006; 18). „Die soziale Dimension äußert sich im Wunsch, nicht allein zu sterben, sondern umgeben von denen, die – durchaus doppelsinnig – nahe stehend sind. Verbunden ist dies oft mit der Hoffnung, in vertrauter Umgebung sterben zu dürfen“ (Mühlum 2014; 12). Der Wunsch, die letzten Lebenstage zu Hause zu verbringen, im Kreis von An- und

Zugehörigen, und dort zu sterben, ist bei über 90% der Menschen ein großes Anliegen (Borasio 2013; 30). Daher ist auch der Sterbeort im Hospizgedanken fest verwurzelt, denn „Hospiz bedeutet ambulant vor stationär“ (Bödiker 2011; 63), soweit dies der Vorstellung der:des Sterbenden entspricht und strukturell umgesetzt werden kann. Das eigene Zuhause gilt als Synonym für „Sicherheit, Geborgenheit, für das gute Gefühl, aufgehoben und in guten Händen zu sein“ (Heller et al. 2013; 275) und spielt daher im Sterbeprozess eine tragende Rolle. Auch der Wunsch, einen guten Abschluss für das eigene Leben zu finden, „Wichtiges zu Ende bringen zu dürfen, Zeit und Raum zu haben, um letzte Dinge regeln, Beziehungen klären und schließlich loslassen zu können und möglichst auch losgelassen zu werden“ (Mühlum 2014; 12) ist ein wichtiger Aspekt in der psychosozialen Begleitung.

Die körperliche Dimension bezieht sich auf das Wohlbefinden und die Schmerzfreiheit. Aus dem Grundsatz, das Sterben als Teil des Lebens zu betrachten, leiten sich die Aufgaben der palliativen Pflege und Medizin ab, die besagen, dass durch Symptomkontrolle und Schmerzlinderung das körperliche Leiden zu behandeln ist, um die Lebensqualität des sterbenden Menschen zu verbessern (Graf 2011; 16). Dabei ist zu beachten, dass nach dem *total pain* Ansatz von Cicely Saunders nicht nur der körperliche Schmerz behandelt werden sollte. Auch der spirituelle Schmerz darf am Lebensende Raum einnehmen und sollte begleitet werden. Dabei bezieht sich die spirituelle nicht auf einen bestimmten Kulturkreis oder eine Religion, sondern vielmehr auf die existentiellen Daseinsfragen (Graf 2011; 15) sowie der „Frage nach dem Danach“ (Mühlum 2014; 12). Heimerl (2008) fasst die Hospizidee somit wie folgt zusammen:

Nicht maximal lebensverlängernd, sondern mit Bedacht aus Lebensqualität bis zuletzt; nicht unter Missachtung von Schmerzen, sondern schmerzlindernd; nicht im Krankenhaus sondern im Hospiz oder Zuhause; nicht durch Mediziner/innen, sondern interdisziplinär; nicht technokratisch-verwaltend, sondern individuell und spirituell; nicht hierarchisch organisiert, sondern basisbewegt (Student 2020; 26 nach Heimerl 2008).

Hospizarbeit ist somit eine Form der Menschenrechtsarbeit, da sie sich für fundamentale Rechte auf Würde, Schmerzfreiheit, Selbstbestimmung und soziale Teilhabe einsetzt. Sie setzt sich für das Recht auf ein würdevolles Sterben ein und schützt die Grundrechte schwerkranker und sterbender Menschen (Begemann 2006; 19ff.). Eine gelingende Hospizarbeit kann jedoch nur durch eine kooperative Zusammenarbeit von Haupt- und Ehrenamtlichen in einem interdisziplinären Team erfolgen. Die gemeinsame Grundlage ist dabei die hospizliche Haltung (Bödiker 2011; 66).

4.3 Die qualifizierte Vorbereitung

Um eine ehrenamtliche Tätigkeit aufnehmen zu können empfiehlt der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV) eine qualifizierte Vorbereitung im Rahmen eines Befähigungskurses. Die Förderfähigkeit ehrenamtlicher Arbeit ist in § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V verankert und setzt eine Erstqualifizierung voraus (GKV 2022; 7). Diese „Bildungsveranstaltung“ (DHPV 2021; 4), die als Ziel die Entwicklung einer hospizlichen Haltung als Schwerpunkt beinhaltet (ebd.; 5), trägt in verschiedenen Kontexten unterschiedliche Titel. Der DHPV plädiert dafür, statt von einer Schulung, Ausbildung oder Befähigung, von einer qualifizierten Vorbereitung zu sprechen (ebd.; 4) und sieht sich in einem Spannungsfeld verortet:

Eigentlich gehen wir von der Annahme aus, dass die Begleitung von schwerkranken und sterbenden Menschen eine menschliche Fähigkeit ist, die wir alle besitzen. Gleichzeitig behandeln wir im Vorbereitungskurs aber auch die Frage, was das Wesen einer hospizlichen Begleitung ist und wie diese Haltung in Verhalten umgesetzt werden kann. Die Vorbereitungskurse könnten darüber hinaus als „Seelenarbeit“ [Herv. i. O.] beschrieben werden, da wir uns im Wesentlichen mit existenziellen Fragen beschäftigen (DHPV 2021; 4).

Diese Auseinandersetzung mit Sinn- und Lebensfragen ist fest in den Kursen verankert und fördert die Entwicklung der hospizlichen Haltung. „Hospizkurse sind ganzheitliche Bildungsprozesse, in denen Wissensvermittlung, praktische Übungen und Selbsterfahrungseinheiten eng miteinander verknüpft sind“ (Begemann/Seidel 2015; 73). Ehrenamtliche stützen sich in der Begleitung nicht auf erlernte Konzepte und Methoden, sondern agieren durch ihre in der Vorbereitung entwickelten Haltung, aufgrund von Selbstreflexion und der Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie und Sterblichkeit (Schuchter et al. 2018; 149). Die qualifizierte Vorbereitung Ehrenamtlicher zielt darauf ab, eine respektvolle Haltung gegenüber schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie deren Umfeld zu fördern und dabei die Würde, Bedürfnisse und Selbstbestimmung des Menschen in den Mittelpunkt zu stellen. Die Teilnehmenden setzen sich intensiv mit ihren eigenen Lebenserfahrungen und Grenzen auseinander, lernen den achtsamen Umgang mit anderen und erwerben grundlegende Kenntnisse in psychosozialer, spiritueller und palliativer Begleitung (DHPV 2017; 8f.). Ziel ist es, Ehrenamtliche auf eine verantwortungsvolle und einfühlsame Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase vorzubereiten (ebd.).

Der Basiskurs umfasst 100 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten und ist auf eine Dauer von 6-12 Monaten ausgelegt (ebd.; 10). Ein Praktikum wird empfohlen, da vorab unter Begleitung erste Erfahrungen in der Sterbebegleitung gesammelt werden können, ist jedoch keine Voraussetzung (DHPV 2021; 21f.).

Folgende Lernfelder und Inhalte sollten in den Qualifizierungskursen Berücksichtigung finden:

- *Biografisches Lernfeld:* Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte und den eigenen Erfahrungen von Abschied, Verlust, Sterben, Tod und Trauer.
- *Spirituelles Lernfeld:* Reflexion der eigenen Spiritualität und Glaubensvorstellungen sowie Wahrnehmung und Umgang mit unterschiedlichen religiösen, weltanschaulichen und philosophischen Überzeugungen.
- *Kommunikatives Lernfeld:* Schulung verbaler und nonverbaler kommunikativer Kompetenz, Reflexion des Beziehungsaufbaus sowie Wahrnehmen und Erkennen von Nähe und Distanz Verhalten.
- *Informatives Lernfeld:* Wissen über Geschichte, Aufgaben und Perspektiven der Hospizbewegung, medizinisch-pflegerischer Grundkenntnisse sowie Erörterung ethischer und juristischer Aspekte. (DHPV 2021; 16 / DHPV 2017; 11ff.)

Die Rahmenempfehlung des DHPV entspricht dabei keinen allgemeingültigem Curriculum, sondern dient der Qualitätssicherung der Konzepte der jeweiligen Träger:innen sowie der bestehenden Kurse. Diese Empfehlung soll keines der bereits vorhandenen überregionalen Qualifizierungsprogramme ersetzen, sondern ein Werkzeug sein, um die bereits bestehenden Vorbereitungskurse kritisch auf die vom DHPV angesetzten Standards zu überprüfen (DHPV 2021; 3). Den Träger:innen eines ambulanten Hospizvereins oder eines stationären Hospizes ist es somit freigestellt, ein Curriculum für die Qualifizierungskurse Ehrenamtlicher zu erstellen.

Der Vollständigkeit halber soll an dieser Stelle angemerkt werden, dass das *Celler Modell* als eines der bekanntesten Curricula oftmals als Grundlage für die Vorbereitungskurse gilt. Dieses wurde von der Diakonie Deutschland und den Maltesern 1989 auf Beschluss der Generalsynode der Vereinigten Evangelisch-Lutherischen Kirche Deutschlands (VELKD) entwickelt und gilt als ein „wirkungsmächtiges Ausbildungskonzept für ehrenamtliche Hospizhelfer“ (Heller/Pleschberg 2015; 73). Schölper (2004) beschreibt das Modell als einen Baustein innerhalb eines inzwischen vielfältigen Aus- und Weiterbildungsangebotes für die Hospizarbeit, welcher einen thematisch und didaktisch ausgearbeiteten Gesamtentwurf für die Vorbereitung Ehrenamtlicher anbietet (ebd.; 11). Dieser in sich geschlossene Kurs beinhaltet, aufgeteilt in einen Grund- und einen Vertiefungskurs sowie einem Praktikum, Schritte mitgehender und annehmender Begleitung (ebd.; 14), die anhand der Emmaus Geschichte des Lukasevangeliums im Neuen Testaments abgeleitet werden. Die acht Schritte beschreiben beispielsweise das Wahrnehmen, das Mitgehen, das Zuhören, das Loslassen etc. in der Begleitung sterbender Menschen (ebd.). Dabei wird mit Texten, Bildern und Ritualen auf Grundlage der biblisch-

christlichen Tradition gearbeitet anhand derer die Begleitung Sterbender erarbeitet wird (Schölper 2014; 14). Dennoch betont Schölper (2014), dass der christliche Glaube zwar keine Voraussetzung für die Teilnahme an der Qualifizierung und mit keinen missionarischen Absichten verbunden sei, eine Offenheit für die Auseinandersetzung mit Themen und Bildern der christlichen Tradition werde jedoch vorausgesetzt (ebd.; 14).

Menschen, die einem anderen Glauben folgen und an einer Qualifizierung teilnehmen möchten, könnten von einer geschlossenen Struktur des Kurses auf der Grundlage einer biblischen Geschichte von einer Teilnahme absehen, da keine Identifikation mit dem christlichen Glauben besteht. Das Sich-Einlassen auf die Selbsterfahrung und Selbstreflexion auf der Grundlage des christlichen Glaubens könnte für eine Person, die einer anderen Religion angehört herausfordernd sein. Zudem könnte eine Missionierung befürchtet werden, auch wenn diese explizit ausgeschlossen ist.

Überdies bietet die sehr geschlossene Struktur des Kurses, durch die Schritte entlang der Emmaus Geschichte kaum Raum für individuelle Gestaltung durch die Kursleitung. Themen wie Spiritualität, abseits vom christlichen Glauben und Interkulturalität können unter Umständen nicht ausreichend beleuchtet werden.

Dabei sollte vor allem das Thema Interkulturalität in unserer heutigen Zeit stärker in den Fokus einer Qualifizierung der Sterbebegleitung rücken und laut dem DHPV vermehrt Berücksichtigung finden (DHPV 2021; 23). Im Rahmen von Vorbereitungskursen wird empfohlen, interkulturelle Fragestellungen gezielt zu thematisieren und die Kursinhalte entsprechend kultursensibel auszurichten. Dazu zählen beispielsweise der Umgang mit Krankheit, Sterben und Tod in unterschiedlichen religiösen und kulturellen Kontexten, Bestattungsrituale sowie praxisorientierte Einblicke (ebd.). Ziel ist es, bestehende Unsicherheiten durch Wissensvermittlung und praktische Erfahrungen zu verringern. Ergänzend sollten die reflexive Auseinandersetzung mit dem eigenen Handeln und möglichen Ängsten sowie ein respektvolles Grundverständnis für andere Weltanschauungen und Kulturen gefördert werden (ebd.)

Die Forderung nach einer interkulturellen Öffnung der Hospizarbeit nach innen und außen ist auch in der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland verankert. Denn die Leistungsbringer der allgemeinen und spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung sind aufgerufen, sich proaktiv für die Belange von Migrant:innen einzusetzen, Mitarbeiter:innen für interkulturelle Begegnungen und Begleitungen zu sensibilisieren, dafür Haltung und Wissen zu vermitteln sowie innerhalb der migrantischen Communitys für ehrenamtliche Tätigkeit zu werben (DHPV 2016; 49).

Die Umsetzung der vom DHPV gesetzten Ziele ist jedoch mit einer Qualifizierung wie dem *Celler Modell* kaum umsetzbar. Daher gibt es inzwischen eine Vielzahl von Hospiz-

und Palliativversorger:innen, die eigene Qualifizierungsmaßnahmen entwickeln, welche einen Zugang für alle Menschen, unabhängig ihres Glaubens und ihrer Spiritualität verfolgen. Als ein Beispiel ist das Curriculum von Geiter (2022) zu nennen, dem zwar ein christliches Menschenbild zugrunde liegt, in dem jedoch die Inhalte ökumenisch gestaltet sind und Raum für Menschen mit anderen spirituellen und religiösen Erfahrungen gelassen wird (ebd.; 5). Eine kultursensible Sterbebegleitung kann somit durch eine offene Gestaltung und der Berücksichtigung vielfältiger Kulturen, Religionen und spirituellen Ansätzen gelingen.

5. Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte in Hospiz und Palliative Care

In diesem Abschnitt wird zunächst der Begriff des Migrationshintergrundes definiert, um dann die zentralen Migrations- und Zuwanderungsgruppen in Deutschland anhand statistischer Auswertungen darzustellen. Im Anschluss folgt eine Einordnung der gesundheitlichen Versorgung von Migrant:innen und eine erste Annäherung an mögliche Herausforderungen und Versorgungsschwierigkeiten. Die Zugangsbarrieren zu hospizlich-palliativer Versorgung (Kapitel 5.6) bauen auf den in diesem Kapitel genannten Herausforderungen auf.

5.1 Begriffsdefinition Migrationshintergrund

Gemäß des Mikrozensus 2023 leben in Deutschland rund 24,9 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund (Mikrozensus 2023). Der Begriff Migrationshintergrund wurde vom Statistischen Bundesamt im Jahr 2005 eingeführt „[...] um den mit Stigma und Vorurteilen belasteten Begriff des Ausländers deskriptiv und wertneutral zu ersetzen sowie deutsche Staatsbürger:innen mit einer familiären Migrationsgeschichte mit zu erfassen“ (El-Mafaalani 2020; 485). Ziel war es, Integrationsfolgen und Teilhabechancen messbar darzustellen, wenn eine Einbürgerung stattgefunden hat (ebd.). Heutzutage ist der Begriff jedoch als kritisch einzustufen und viele Menschen mit Zuwanderungs- und Migrationsgeschichte empfinden diese Kategorisierung als stigmatisierend und ausgrenzend. Überdies wird eine große Gruppe von Menschen unter diesem Begriff zusammengefasst, die selbst keine eigene Flucht-, Ein- oder Zuwanderungsgeschichte haben, da sie in Deutschland geboren wurden.

Das Statistische Bundesamt definiert den Terminus Migrationshintergrund wie folgt: „Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde“ (Statistisches Bundesamt 2025). Somit werden auch Personen in der Statistik erfasst, die selbst keine Migrationserfahrung haben, in Deutschland geboren sind und die deutsche Staatsbürgerschaft

besitzen. Laut der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, wird dieser Terminus als „statistisches Merkmal zur Beschreibung der gesellschaftlichen Vielfalt verwendet“ (ebd.; 18). Laut dieser Definition hat fast jede vierte Person in Deutschland einen Migrationshintergrund, dies entspricht knapp 1/3 der Gesamtbevölkerung Deutschlands (Mikrozensus 2023). Dennoch bildet der Terminus immer weniger Diversität ab, da die abgebildeten Herkunftsgruppen in sich derart divers sind, dass sie nicht einheitlich zu beschreiben sind (El-Mafaalani 2020; 491). Dies bezieht sich u.a. auf die Migrationsform, den Rechtsstatus, die Religionszugehörigkeit, die Erstsprache und Mehrsprachigkeit sowie auf Klassenzugehörigkeit und dem Bildungsniveau (ebd.). Eine Homogenisierung erfolgt dort, wo ursprünglich Diversität abgebildet werden sollte (ebd.; 496). Somit wird der Terminus Migrationshintergrund von migrantischen Menschen oftmals als „Fremdzuschreibung“ und damit als ausgrenzend und diskriminierend wahrgenommen (ebd.; 492). Daher wird in dieser Arbeit der Terminus Migrationsgeschichte verwendet.

5.2 Zentrale Migrations- und Zuwanderungsgruppen in Deutschland

Die beiden größten Gruppen stellen Zugewanderte aus der sogenannten „Gastarbeitergeneration“ sowie (Spät-) Aussiedler:innen dar (Bartig 2022; 7). Sogenannte Gastarbeiter:innen wurden in den 1950er und 1960er Jahren überwiegend aus den Mittelmeerländern und Südeuropa angeworben, um in der Bundesrepublik Deutschland zu arbeiten. Ursprünglich war lediglich ein Arbeitsaufenthalt geplant, durch den Familiennachzug blieben jedoch viele Familien in Deutschland, und leben seit mehreren Generationen hier (bpb 2024; 30). „Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes lebten im Jahr 2020 knapp 683.000 über 65-Jährige mit eigener Migrationserfahrung aus, „Gastarbeiteranwerbestaaten“ in Deutschland“ (Bartig 2022; 7). Im Jahr 2023 ist die Population türkischer Herkunft am stärksten vertreten, gefolgt von Zugewanderten aus Polen, der Russischen Föderation sowie Kasachstan, die der Gruppe der (Spät-) Aussiedler:innen angehören, welche „Angehörige deutscher Minderheiten aus Ländern Mittel- und Osteuropas sowie Zentralasiens, die Nachkommen von Deutschstämmigen sind“ zusammenfasst, die seit den 1950er Jahren zugezogen sind (Mikrozensus 2023). Durch den Bürgerkrieg in Syrien sowie den Angriffskrieg Russlands gegen die Ukraine ist auch die Zahl der Geflüchteten aus diesen beiden Ländern hoch (ebd.).

Der Anteil der älteren Menschen mit Migrationsgeschichte wird in den kommenden Jahren deutlich zunehmen. Dies zeigen Daten des Statistischen Bundesamtes. Ursache dafür ist nicht der Zuzug älterer Menschen, vielmehr liegt der Ursprung in der „demografischen Alterung der bereits in Deutschland lebenden Bevölkerung mit Migrationsgeschichte“ (Bartig 2022; 7). Menschen mit Migrationsgeschichte tragen durch den hohen Anteil an der Gesamtbevölkerung wesentlich zur demographischen Entwicklung des Al-

terungsprozesses in Deutschland bei (Friedrich-Ebert-Stiftung 2017; 36). „Bis 2030 wird sich die absolute Zahl der über 65-jährigen Personen mit Migrationshintergrund fast verdoppeln. Damit werden sie einen größeren Anteil der Bevölkerung Deutschlands im ruhestandsfähigen Alter einnehmen“ (ebd.; 7). Zudem wird davon ausgegangen, dass die Lebenserwartung älterer Menschen bis 2030 ebenfalls ansteigt. Lag diese im Jahr 2013 noch bei 82,8 Jahren bei den Frauen und 77,7 Jahren bei den Männern, wird sie voraussichtlich bis zum Jahr 2030 auf 84,7 Jahre und 79,5 Jahre ansteigen (ebd.; 14). Gründe für die steigende Lebenserwartung sind unter anderem der medizinische Fortschritt, der durch Prävention und moderne Therapiemöglichkeiten gute Heilungschancen für eine Vielzahl von Erkrankungen bietet. Durch die Verschiebung der Entwicklung erhöht sich auch die Pflegebedürftigkeit von Menschen mit Migrationsgeschichte.

5.3 Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte

Studien zeigen auf, dass Menschen mit Migrationsgeschichte im deutschen Gesundheitssystem mit Zugangsbarrieren konfrontiert sein können, was zu einer im Vergleich zu Einheimischen, schlechteren gesundheitlichen Versorgung führen kann. Im Folgenden werden die Ausgangslagen sowie zentrale Herausforderungen näher erläutert.

5.3.1 Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems

Eine Studie des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahr 2017 fasst die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems von Menschen mit Migrationsgeschichte wie folgt zusammen: Rund 10 % der Pflegebedürftigen haben eine Migrationsgeschichte, Tendenz steigend (BMG 2017; 160). Die zu pflegenden Personen sind im Schnitt 66 Jahre alt und damit fast sechs Jahre jünger als Menschen ohne Migrationsgeschichte (ebd.). Überdies erhalten sie tendenziell eine höhere Pflegestufe. „So ist der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe III bei Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund mit 16 Prozent um neun Prozent höher als bei denjenigen ohne Migrationshintergrund“ (ebd.). Allerdings ist der Zugang zu Angeboten der Gesundheitsversorgung für Menschen mit Migrationsgeschichte erschwert. „So sind die Angebote des Gesundheitssystems häufig nicht auf die kulturelle, religiöse und sprachliche Vielfalt in Deutschland ausgerichtet“ (Bartig 2022; 14). Gründe hierfür sind unter anderem mangelnde Informationen über gesundheitsbezogene Angebote, Sprachbarrieren und Kommunikationsschwierigkeiten, Diskriminierungserfahrungen, eingeschränkter Zugang zu Gesundheitsleistungen aufgrund des Aufenthaltsstatus sowie weitere migrationspezifische Aspekte (ebd.). „Seitens der Institutionen sind fehlende Kultursensibilität, unzureichende interkulturelle Kompetenz, mangelnde Sprachkenntnisse bzw. seltene Hinzuziehung von Dolmetscher:innen sowie individuelle Vorbehalte der Beschäftigten als Zugangsschwellen zu nennen“ (Friedrich-Ebert-Stiftung 2017; 36).

5.3.2 Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung

Doch inwieweit beeinflusst die eigene Migrationsgeschichte die soziale Lage im Zuwanderungsland und erschwert den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung? Zunächst muss festgehalten werden, dass Migration als ein kritisches Lebensereignis zu betrachten ist. „Die Migration kann als Bruch der Biographie erlebt werden und mit Verlust der Familie, des sozialen Umfelds, des Berufs und des ökonomischen und sozialen Status einhergehen“ (Schenk/Habermann 2020; 136). Einige Faktoren bedingen dies. Menschen mit Migrationsgeschichte haben ein deutlich höheres Armutsrisiko als Menschen ohne Zuwanderungsgeschichte (Schenk/Habermann 2020; 17). Daten aus dem Sozialbericht 2024 zeigen, dass Haushalte als arm gelten, denen weniger als 60 % des durchschnittlichen Nettohaushaltseinkommens zur Verfügung stehen (bpb 2024; 279). Dabei liegt das Armutsrisiko bei Menschen ohne Migrationsgeschichte bei 14 % während Menschen mit Migrationsgeschichte mit 25 % häufiger von Armut betroffen sind (ebd.). Am höchsten liegt das Risiko bei geflüchteten Menschen mit 68 % (ebd.).

Während bei Menschen ohne Migrationsgeschichte ein höherer Bildungsabschluss das Armutsrisiko senkt, sind migrantische Menschen bei gleichem Bildungsabschluss häufiger von Armut und Arbeitslosigkeit betroffen (Schenk/Habermann 2020; 17). Die Häufigkeit der Arbeitslosigkeit hat ebenso Auswirkungen auf die soziale Absicherung im Alter. Die Renteneinkünfte von Menschen mit Zuwanderungsbiographie sind deutlich niedriger als in der Bevölkerungsgruppe ohne Migrationsgeschichte (Bartig 2022; 10). Grund dafür ist der oftmals spätere Eintritt in den deutschen Arbeitsmarkt, der kürzere Erwerbsverlauf sowie häufigere Unterbrechungen der Arbeitszeiten durch längere Phasen der Arbeitslosigkeit (ebd.; 8).

Auch bei aufkommenden Gesundheitsrisiken haben Menschen mit Migrationsgeschichte einen erhöhten Wert als die Mehrheitsbevölkerung (Schenk/Habermann 2020; 18). Dabei ist die Ursache jedoch nicht der Faktor der Migration, sondern „die Gründe und Umstände einer Migration sowie die Lebens- und Arbeitsbedingungen im Zielland“ sind ausschlaggebend (ebd.). Zum einen beeinflussen sozioökonomischen Ungleichheiten den Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationsgeschichte. Sie sind häufiger schlechteren Lebens- und Arbeitsbedingungen ausgesetzt als Menschen ohne Migrationsgeschichte (Bartig 2022; 11). Arbeits- und Wohnbedingungen, psychosoziale Faktoren wie Stress oder Ängste sowie gesundheitsriskante Lebensstile sind Faktoren, die zu gesundheitlicher Ungleichheit führen (bpb 2024; 318). „Personen in sozioökonomisch benachteiligten Verhältnissen haben demnach schlechtere Gesundheitschancen und weisen höhere Risiken für körperliche und psychische Erkrankungen auf als Personen in vergleichsweise privilegierten Verhältnissen“ (bpb 2024; 318). Zusammenfassend lässt sich somit festhalten, dass Menschen mit Migrationsgeschichte einen schlechteren Zugang zu Angeboten der Gesundheitsversorgung haben als Menschen ohne

Migrationsgeschichte und dass die Faktoren wie Armut, Bildung sowie gesellschaftliche Strukturen maßgeblich die Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken von Menschen mit Migrationsgeschichte beeinflussen.

5.3.3 Wünsche für die Pflege

Die Erwartungen an die Pflegebedürfnisse von Menschen mit Migrationsgeschichte unterscheiden sich kaum von der Bevölkerung im Zuwanderungsland (Horn et al., 2020; 457). Sowohl bei Menschen mit Migrationsgeschichte als auch ohne, ist eine Pflege durch Angehörige wie Kinder und Verwandte gewünscht. Und auch bei den in Anspruch genommenen Leistungsarten ist laut des Bundesministeriums für Gesundheit kaum ein Unterschied zwischen Pflegebedürftigen mit und ohne Migrationsgeschichte zu erkennen, da die Verteilung der Regelleistungen nahezu gleich ist (BMG 2017; 163). Auch bei der ausschließlichen Inanspruchnahme von Pflegegeld gibt es signifikante Unterschiede zwischen Pflegebedürftigen mit und ohne Migrationsgeschichte (ebd.). Dennoch ist für etwa jede zehnte pflegebedürftige Person die Einschätzung, dass kulturelle und religiöse Belange bei der Pflege nicht berücksichtigt werden, ein Grund für den ausschließlichen Bezug von Pflegegeld (ebd.; 164). Stationäre Versorgung im Alter wird, je nach Herkunftsland, unterschiedlich kritisch gesehen, jedoch zeigen einige Studien auf, dass eine zunehmende Akzeptanz ambulanter Dienste der häuslichen Pflege bei einigen Migrant:innen-Gruppen zu beobachten ist (Bartig 2022; 16). Auch wenn eine stückweise Akzeptanz externer Pflegepersonen in einigen Regionen und Herkunftsländern zu beobachten ist (ebd.), ist der Wunsch nach Pflege von engen Familienangehörigen bei Menschen mit Migrationsgeschichte jedoch weiterhin von zentraler Bedeutung. Durch die Stabilität intergenerationaler Beziehungen, die vor allem bei älteren Migrant:innen eine bestehende Ressource darstellt (Schenk/Habermann 2020; 17), kann oftmals eine häusliche Pflege durch nahestehende Angehörige erfolgen. Dabei findet die tatsächliche Pflege weitestgehend durch (weibliche) Familienangehörige statt, da „eine größere Distanz zur Nutzung professioneller Pflege bestehe als bei Menschen ohne Migrationshintergrund und sie häufiger nicht von Fremden gepflegt werden wollen“ (Horn et al., 2020; 457). Allerdings wird davon ausgegangen, dass sich durch Aspekte wie eine höhere Erwerbsbeteiligung von Frauen mit Migrationsgeschichte sowie steigende berufliche Mobilität die familiären Unterstützungspotentiale der Bevölkerung ohne Migrationsgeschichte angleichen und somit deutlich abnehmen werden (Schenk/Habermann 2017; 18). Somit sind Migrant:innen durch die eingangs beschriebenen Faktoren als besonders vulnerable Gruppe anzusehen, die spezifische Unterstützungsleistungen im Alter und in der Pflege benötigt.

5.4 Forschungsstand und Versorgungslage zur hospizlich-palliativen Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte in Deutschland

Welcher Zusammenhang lässt sich nun anhand der brisanten Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte auf die hospizlich-palliative Versorgung herstellen? Inwieweit nimmt die Bevölkerung mit Zuwanderungsgeschichte diese spezielle Versorgung am Lebensende in Anspruch und welche Hürden und Zugangsbarrieren entstehen dort? In diesem Abschnitt soll ein kurzer Überblick über bisherige Studienergebnisse folgen.

Zu der aktuellen Versorgungslage von Menschen mit Migrationsgeschichte in Angeboten der ambulanten und stationären Hospiz- und Palliativversorger:innen gibt es keine validen Daten. Schwerstkranke und sterbende Menschen mit Zuwanderungs- und Migrationsgeschichte sind trotz ihres zahlenmäßig hohen Anteils an der Gesamtbevölkerung Deutschlands in der Forschung noch immer unterrepräsentiert.

Grammatico (2018) sieht den Ursprung des Problems in den mangelnden Integrationsbemühungen in der Zeit der Gastarbeiter:innen-Zuwanderungsbewegung. Ein Großteil der „Arbeitsmigrant:innen“ wollte ursprünglich nicht dauerhaft in Deutschland leben, so dass es weder seitens der Bundesrepublik Deutschland noch auf Seiten der Migrant:innen Integrationsbemühungen gab (ebd.; 22). Erst durch die Möglichkeit des Familiennachzugs in den 1970er Jahren veränderte sich die Sozialpolitik und die Integrationsleistungen nahmen zu. Jedoch stellt vor allem die erste Generation der sogenannten Gastarbeiter:innen derzeit die größte Gruppe der potenziellen Hospiz- und Palliativpatient:innen dar (ebd.). Die Auswirkungen sind somit bis heute spürbar und ebenjene Bevölkerungsgruppe findet kaum Zugang zu spezialisierter Versorgung am Lebensende. Dennoch gibt es kaum Studien, die diese Problematik untersuchen.

Zielke-Nadkarni (2012) stellt in einer umfangreichen Literaturrecherche in einem Forschungsprojekt fest, dass es eine zu geringe Anzahl qualitativer und quantitativer Studien zum Thema Bedürfnisse und deren Berücksichtigung von Menschen mit Migrationsgeschichte in der hospizlich-palliativen Versorgung gibt (ebd.; 13). Zielke-Nadkarni kommt zum Ergebnis, dass der aktuelle Forschungsstand zu wenig valide Daten zu den Bedürfnissen von Migrant:innen in der Palliativpflege gibt und diese Personengruppe trotz der bevorstehenden demografischen Veränderungen unterrepräsentiert ist (ebd.; 13).

Eine nicht repräsentative Befragung von Henke/Thuss-Patience (2018) beschäftigt sich mit transkulturellen Pflegeerfahrungen von ostasiatischen Palliativ- und Hospizpatient:innen und ihren Angehörigen und leitet daraus die Bedürfnisse der Patient:innen ab. Die

Ergebnisse zeigen auf, dass die geäußerten Bedürfnisse von migrantischen Patient:innen sich im Wesentlichen nicht von denen ohne Migrationsgeschichte unterscheiden (ebd.; 66). Schmerzfreiheit, Familienbindung, professionelle Pflege, verständliche Kommunikation und bedürfnisorientierte Versorgung sind dabei zentrale Themen (ebd.). Auch Grammatico (2018) befasst sich in zwei nicht repräsentativen, explorativen Befragungen mit der interkulturellen Öffnung in der Hospiz- und Palliativversorgung mit dem Ziel, die Faktoren, die eine hospizlich-palliative Versorgung von Migrant:innen beeinflussen, sowie die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Migrationsgeschichte zu eruieren.

Jansky et al. (2017/2019) haben im Rahmen einer Studie der Universitätsmedizin Göttingen eine Umfrage zur palliativen Versorgung von Patient:innen mit türkischer und arabischer Migrationsgeschichte durchgeführt, die sich allerdings nur auf Hospiz- und Palliativversorger:innen in Niedersachsen bezieht, und daraus Handlungsempfehlungen abgeleitet. Diese Studie und deren Ergebnisse sollen im Folgenden kurz dargestellt werden. Die Studie ist zweigeteilt. Im ersten Studienabschnitt wurden 89 Institutionen per Briefpost aufgefordert, einen standardisierten Fragebogen auszufüllen (Jansky et al. 2017; 46). Davon nahmen 55 Teilnehmer:innen, sprich Mitarbeitende der Dienste, die als Pfleger:innen, Ärzt:innen oder Sozialarbeiter:innen tätig waren, an der Studie teil (Jansky et al. 2017; 33). 26,9% der Teilnehmer:innen arbeiteten auf einer Palliativstation, 21,0% in einem Hospiz und 31,3% in der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) (ebd.). Im zweiten Studienabschnitt wurden 13 Expert:innen aus der Hospiz- und Palliativversorgung, der interkulturellen Altenhilfe, der transkulturellen Psychiatrie und der Migrations- und Diversityforschung in qualitativen Interviews zu ihren Erfahrungen befragt (ebd.).

Dabei kamen sie zu folgenden Ergebnissen: 20 % der Studienteilnehmer:innen gaben an, im letzten Jahr keine Patient:innen mit türkischer oder arabischer Migrationsgeschichte versorgt zu haben (Jansky et al. 2017; 8). „Im Mittel wurden in den letzten 12 Monaten vor der Befragung weniger als vier Patient:innen versorgt, bei der Hälfte der Teilnehmer:innen waren es zwei oder weniger“ (ebd.). Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer:innen gab jedoch zudem an, „dass sie vermutlich weniger Patientinnen versorgten, als sich anhand der demografischen Gegebenheiten in ihrer Region vermuten ließe“ (ebd.). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass aufgrund der Bevölkerungszahl der Menschen mit Migrationsgeschichte in Niedersachsen mehr Menschen als von den Versorger:innen angegeben in die hospizlich-palliative Versorgung einmünden müssten, als dies de facto geschehen ist.

Als Gründe für die Unterversorgung beschreiben Jansky et al. (2017) vor allem Sprachbarrieren aufgrund fehlender Sprachkompetenz, mangelnde Kenntnisse über hospizlich-

palliative Angebote sowie migrationsspezifische Aspekte wie die Versorgung durch Familienangehörige und kulturelle und religiöse Fremdheit (ebd.; 48f.).

Da die Studie jedoch lediglich die Seite der Versorger:innen und nicht die Perspektive der Patient:innen berücksichtigt und es sich zudem um eine gruppenspezifische und geografisch zentrierte Studie handelt, lassen sich keine allgemeingültigen und übertragbaren Ergebnisse auf Gesamtdeutschland ziehen.

Auch Banse et al. (2020) untersuchen in ihrer qualitativen Forschungsstudie mit 57 Teilnehmenden, welche Bedürfnisse Patient:innen mit einer lebensverkürzenden Krebserkrankung haben und geben einen Überblick über die Versorgungsschwierigkeiten die auftreten (ebd.). In den qualitativen Interviews wird nicht nur die Perspektive der Patient:innen berücksichtigt, sondern auch An- und Zugehörige sowie medizinisch/pflegerisch Versorgende werden interviewt.

Abschließend kann festgehalten werden, dass die aktuelle Studien- und Forschungslage zur Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte sowie die quantitativen Forschungsergebnisse zu Zugangsbarrieren und Bedürfnissen zur Zeit sehr gering ausfällt. Durch die Studien von Banse et al. (2020), Jansky et al. (2017/2019) sowie Henke/Thuss-Patience (2018) ist es gelungen, einen ersten Einblick in spezifische Personengruppen zu bekommen, dennoch sind die Studien zu regional angelegt und Schlussfolgerungen für die ganze Bundesrepublik Deutschland können daraus nicht gezogen werden. Die Rückschlüsse über mögliche Zugangsbarrieren von Migrant:innen, die eine Einbindung in die hospizlich-palliative Versorgung verhindern, bieten jedoch die Grundlage für diese Arbeit und werden in Kapitel 5.6 ausführlich beleuchtet und analysiert.

5.5 Ungleichheit am Lebensende?

Hospizarbeit will uneingeschränkt und vorbehaltlos für alle Menschen offen sein (Greißl/Schneider 2024; 14). Die Offenheit ist dabei zweigeteilt, zum einen für all jene, die eine Sterbebegleitung für sich selbst in Anspruch nehmen wollen und zum anderen für all jene, die sich im bürgerschaftlichen Engagement als Ehrenamtliche beteiligen wollen (Heller 2012; 269). Dieser Grundsatz der modernen Hospizbewegung ist auch in der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in den Leitsätzen 1 und 2 verankert. In der Realität werden jedoch Selektivität und Ungleichheit am Lebensende deutlich. Denn wie bereits in Kapitel 5.3 beschrieben, spielt die gesellschaftliche Stellung sowie die sozialen Verhältnisse eine maßgebliche Rolle bei der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte. Zugewanderte und

migrierte Personengruppen finden deutlich seltener Zugang zu hospizlich-palliativer Versorgung als die Bevölkerungsanteile ohne Migrationsgeschichte. Überdies spiegelt sich die Ungleichheit auch auf der Seite der Versorger:innen wider. Das Ehrenamt sowie die Struktur der Koordinator:innen ist von Homogenität geprägt (vgl. Kapitel 4) und bei den deutlich überrepräsentierten weiblichen Haupt- und Ehrenamtlichen sind selten Frauen mit Migrationsgeschichte vertreten (Klie et al. 2019; 96ff.) Deutlich wird in der Studie von Klie et al. (2019) ebenfalls, dass hauptsächlich die gesellschaftliche „Mitte“ begleitet wird. Nahezu die Hälfte aller Begleitungen, 43,7 %, wurden von den befragten Koordinator:innen in diesem Bereich angesiedelt (ebd.; 109). Menschen mit niedrigerem Einkommen und sozialem Status wurden ebenso wie Personen aus sozioökonomisch privilegierten gesellschaftlichen Schichten seltener Begleitungen zugeordnet (ebd.). In der Konsequenz werden somit Menschen mit Migrationshintergrund, Wohnungslose und andere soziale Randgruppen bislang weniger bis kaum erreicht“ (Grießl/Schneider 2024; 15). Diese Tendenz spiegelt sich ebenfalls in den Ergebnissen von Jansky et al. (2017/2019) sowie Banse et al. (2020) wider.

Die Gründe für die ausbleibende Sterbebegleitung von Menschen mit Migrationsgeschichte sind eng mit der schlechteren Gesundheitsversorgung verknüpft und ebenso vielfältig wie die Menschen, denen eine Migrationsgeschichte zugeordnet ist. Oftmals herrscht bei Haupt- und Ehrenamtlichen die Annahme vor, dass es aufgrund unterschiedlicher kultureller Auffassungen und Umgangsweisen mit schwerstkranken und sterbenden Menschen keine Notwendigkeit für hospizlich-palliative Versorgung am Lebensende gibt, da eine Pflege und Begleitung durch Familienmitglieder übernommen wird (Klie et al. 2019; 112). Doch diese Annahme ist nicht universell gültig. Es gibt eine Vielzahl von Zugangsbarrieren, die dazu führen, dass Menschen mit Migrationsgeschichte keine Sterbebegleitung in Anspruch nehmen. Diese werden nun im folgenden Kapitel dargestellt.

5.6 Zugangsbarrieren

Der Forschungsstand aus Kapitel 5.4 hat deutlich gezeigt, dass es zu wenig valide Quellen zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte am Lebensende gibt und weiterer Forschungsbedarf besteht. Jedoch konnten vor allem Jansky et al. (2017/2019) sowie Banse et al. (2020) mit ihren Studien eine Grundlage für die Versorgungslage von Menschen abbilden. Auf Basis der Ergebnisse werden nun im Folgenden die vier am häufigsten genannten Zugangsbarrieren zu hospizlich-palliativer Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte aufgegriffen und beschrieben.

5.6.1 Sprachbarrieren

In allen durchgeführten Studien zur Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte gaben die befragten Versorger:innen an, dass eine der Hauptzugangsbarrieren die fehlenden Sprachkenntnisse der zu versorgenden Personen darstelle. Dabei gilt als „Grundlage für das Gelingen beratender und therapeutischer Kommunikation ist die Verfügbarkeit von und die Teilhabe an Sprache“ (Hegemann/Oesterreich 2018; 59).

In der systemischen Erkenntnistheorie wird Sprache als Instrument beschrieben, welches von sozialen Systemen genutzt wird, um „Wirklichkeit“ zu generieren (Schlippe et al. 2013; 52). Dabei sind nicht nur die gesprochenen Worte von Bedeutung, denn Sprache wird vor allem durch eine gemeinsame Interaktion und die darauffolgende Reaktion sowie durch gemeinsam geteilte Bedeutungen erzeugt (ebd.). Diese Bedeutungen von Sprache sind kulturell konnotiert, sodass „das Erleben und die Erfahrungen von Menschen, ihr Bewusstsein dessen, was ihre Wirklichkeit ist, also von dem jeweiligen kulturellen Hintergrund geprägt [ist Anm. d. Verf.]“ (ebd.; 53). Somit wird durch Konversation eine gemeinsame „Wirklichkeit“ geschaffen, in der die Sprecher:innen wechselseitig ihrer Identität bestätigen und kulturelle Bedeutungen generieren und aufrechterhalten (ebd.).

In der Regel verfügt ein überwiegender Teil der Menschen mit Migrationsgeschichte über sprachliche Mittel, um sich in der deutschen Sprache auszudrücken und ihre Lage, Probleme und Bedürfnisse angemessen zu erläutern (Paal et al. 2019; 71). Dennoch gibt es Menschen, die aufgrund verschiedener Ursachen keine sprachlichen Mittel zur Verfügung haben und sich nicht mitteilen können. Die Problematik der fehlenden Sprache beziehungsweise der Sprachlosigkeit ist auf unterschiedliche Ursachen zurückzuführen. Zum einen kann Sprachlosigkeit durch sprachliche Begrenzung ausgelöst werden. Die betroffene Person hat nicht die nötigen sprachlichen Mittel, um sich mitzuteilen. Es fehlen Vokabeln und grammatikalisches Wissen, um ein Anliegen zu formulieren, sodass das Gegenüber dieses verstehen und verarbeiten kann (Kunze 2018; 73). Dabei sollten fehlende Sprachkenntnisse nicht mit mangelnder Intelligenz gleichgesetzt werden (Paal et al. 2019; 72). „Die Umstände der Migration, fehlende Angebote zum Spracherwerb, Ausgrenzungs- und Diskriminierungserfahrungen und eine damit einher gehende Entwicklung paralleler Hilfsstrukturen, sind nur einige der Bedingungen, die dies verhindert haben“ (Jansky/Nauck 2019; 22). Überdies ist die medizinische Fachsprache, in der im medizinisch/pflegerischen Kontext gesprochen wird, selbst für Muttersprachler:innen oftmals schwer verständlich, und die alltagssprachlichen Kenntnisse einer Person mit Migrationsgeschichte sind für diese Art der Sprache nicht ausreichend (ebd.).

Zum anderen kann Sprachlosigkeit im Migrationskontext ebenfalls entstehen, wenn die besprochene Thematik durch negative emotionale Gefühle überlagert wird, beispielsweise aufgrund von traumatisierenden Erfahrungen in den Herkunftsländern oder auf der Flucht (ebd.). Überdies ist eine kulturelle Prägung für die Sprache ebenso entscheidend. Für Menschen aus verschiedenen Kulturkreisen können verschiedene Themen und Aspekte tabuisiert sein, sodass aufgrund der kulturellen Sozialisation keine sprachliche Mitteilung möglich ist (ebd.). Beispielsweise ist der Umgang mit Themen wie Tod und Trauer in muslimischen Ländern ein anderer als in Europa. Ähnlich verhält es sich mit schambehafteten Themen, vor allem jenen, in denen körperliche Befindlichkeiten besprochen werden sollen (ebd.). Zudem kann die Sprechfähigkeit im hohen Alter durch eine fortschreitende demenzielle Erkrankung oder im Verlauf einer langen, schweren Krankheit abnehmen oder ganz verloren gehen (Paal et al. 2019; 71). Zu beobachten ist überdies, dass

[e]motionale Reaktionen wie Stress und Angst, die im Zusammenhang mit der Diagnose, dem bevorstehenden Abschied oder der Zeit nach dem Tod auftreten, verursachen häufig eine Sprachlosigkeit, da Gespräche über den Tod, das Sterben oder den bevorstehenden Abschied schwerfallen. Sprachprobleme können nun zu einer doppelten Sprachlosigkeit führen, wenn Patient:innen oder Angehörigen darüber hinaus die Sprachkenntnisse und Worte hinsichtlich dieses Themenfeldes fehlen (Banse et al. 2022; o.S.).

Durch eine zusätzliche Vermeidung, über Thematiken wie Krankheiten, Tod und Trauer zu sprechen, führt „im Zusammenspiel mit einer Sprachbarriere [...] diese wortlose Ausnahmesituation zu einer doppelten Sprachlosigkeit“ (Behzadi/Blietz 2024; 39 nach Migala/Flick 2019). Des Weiteren ist zu beobachten, dass Menschen mit Zuwanderungs- und Migrationsgeschichte im Alter zu ihrer Herkunftssprache zurückkehren, da diese vertraut ist und die Kommunikation erleichtert (Paal et al. 2019; 71). Eine gelingende Kommunikation ist somit nicht mehr möglich. Das Fehlen von Sprache kann unter anderem zu sprachlichen und kulturellen Missverständnissen führen, Informationen werden fehl- oder missinterpretiert, Tabuthemen bewusst ausgespart sowie Mimik und Gestik falsch ausgelegt (Kunze 2018; 73).

In der hospizlich-palliativen Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte wird bei Kommunikationsproblemen oftmals eine dolmetschende Person hinzugerufen. Jedoch liegt bislang politisch keine einheitliche Regelung zur Finanzierung von Dolmetscherdiensten im medizinischen Bereich vor. Sind keine Dolmetscher:innen verfügbar, werden häufig An- und Zugehörige in die Rolle der dolmetschenden Person gedrängt (Klinger 2020; o. S.). Diese Rolle wird als besonders belastend empfunden, denn „in ihrer Rolle als Sprachmittler, auf die zuweilen spontan zurückgegriffen wird, sehen sich die

Angehörigen mit den medizinischen Untersuchungsergebnissen in einer Unmittelbarkeit konfrontiert, die wenig Raum für eine eigene Verarbeitung der Krankheitssituation zulässt“ (Banse et al. 2020; 25). Zudem ist die Übersetzung von Familienmitgliedern, Freund:innen oder Nachbar:innen kritisch zu betrachten, da diese Personen aufgrund ihrer Sprachkenntnisse sowohl in der Herkunftssprache als auch in der Sprache des Zuwanderungslandes eine unbewusste Machtposition innehaben und aufgrund ihrer „unvermeidlichen Parteilichkeit und Loyalität“ (Hegemann/Oesterreich 2018; 62) nicht als Sprachmittler:innen geeignet sind. Nicht selten übernehmen Kinder und Jugendliche die Rolle von Übersetzer:innen, was jedoch kritisch zu bewerten ist, da dadurch bestehende Machtverhältnisse und familiäre Rollenstrukturen verschoben werden können, was mit dem Risiko einer Parentifizierung³ einhergeht (ebd.). Viele Versorger:innen sehen sich Oberdies gezwungen, (Fach-) fremde Personen als Laien-Übersetzer:innen hinzuzuziehen, beispielsweise Reinigungskräfte und Fahrer:innen (Banse et al. 2020; 26). Dies kann zur Folge haben, dass durch den fehlenden fachlichen Wortschatz sowie die Thematisierung von sensiblen und schambehafteten Themen eine Miss- oder Fehlkommunikation entsteht.

Bedingt durch die Ursachen der Sprachlosigkeit ergeben sich schwerwiegende Folgen im Begleitungs- und Behandlungsprozess, da zum einen der Zugang zu Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung nicht sichergestellt werden kann und zum anderen die Autonomie und das Selbstbestimmungsrecht, aktiv Therapieentscheidungen zu treffen und Bedürfnisse und Wünsche zu äußern, nicht möglich sind (Banse et al. 2022; o. S.). Folglich sind „Risiken für eine Fehlbehandlung, Über- und Unterversorgung“ (ebd.) zu erwarten.

5.6.2 Mangelndes Wissen über Versorgungsmöglichkeiten

Bei Patient:innen mit Migrationsgeschichte führen sprachliche Hürden sowie ein eingeschränktes Wissen über die Strukturen und Angebote des Gesundheitssystems häufig zu Orientierungsproblemen innerhalb des medizinischen Versorgungssystems (Owusu-Boakye et al. 2020; 139). Das fehlende Wissen über die Möglichkeiten einer Palliativen Versorgung zu Hause statt in einem Krankenhaus oder das fehlende Konzept der Ehrenamtlichen Sterbebegleitung in den eigenen Heimatländern führt dazu, dass Menschen mit Migrationsgeschichte deutlich seltener in diese Angebote eingegliedert werden. „Das mangelnde Wissen um die Angebote der Palliativversorgung gepaart mit einer

³ „Bei der Parentifizierung wird das Kind in die Rolle eines Erwachsenen gedrängt und es kommt zu einer Rollenkehr. Das Kind sorgt für die Eltern oder einen Elternteil, nicht umgekehrt“ (Boeger/Lüdmann 2023; 178).

mittelschichtorientierten Ansprache durch die Anbieter“ (Jansky/Nauck 2019; 10) sowie ein „Mangel an aktiver, diversitäts- und bedarfsorientierter Gestaltung der Ansprache durch die Dienste“ (Schwenzer 2021; 6) führt zu einer Unterversorgung im hospizlich-palliativen Bereich. Dabei ist es nicht ausschlaggebend, dass viele Versorger:innen bereits mehrsprachiges Material vorhalten (ebd.). Der Zugang erfolgt über persönliche Kontakte und den Erfahrungsaustausch mit anderen Migrant:innen (Grammatico 2018; 29). Grammatico (2018) plädiert daher für eine aktive und barrierefreie Gestaltung durch die Versorger:innen, da nur durch Kontakt zu Vereinen, Gemeinden und Migrant:innen-Organisationen eine gelingende Ansprache erfolgen kann (ebd.). Eine höhere Versorgungslage ergibt sich zudem häufig aus der direkten Anbindung an die Primärversorger:innen, beispielsweise durch einen direkten Kontakt und eine Überweisung aus der akutstationären Versorgung auf eine Palliativstation beziehungsweise einen SAPV/A-APV-Dienst (Banaz-Yasar/Kaiser 2024; 7).

Zudem gilt im deutschen Gesundheitswesen die Patient:innenorientierung als wichtiges Qualitätskriterium (Banse et al. 2022; o.S.). „Um das Recht der Betroffenen auf Selbstbestimmung und Teilhabe sicherzustellen, bedarf es einer ausführlichen Information, Aufklärung und Beratung. Dies inkludiert auch das Wahlrecht von möglichen Behandlungsoptionen“ (ebd.). Diese Informations- und Aufklärungspflicht bezieht sich nicht nur auf die Behandlung und Therapiemöglichkeiten, sondern sollte sich ebenfalls auf die unterschiedlichen Angebote der Versorgung am Lebensende beziehen, um auch Menschen mit Migrationsgeschichte die Möglichkeit zu geben, hospizlich-palliative Angebote in Anspruch zu nehmen.

5.6.3 Kulturelle und religiöse Vielfalt

Die Einbindung von An- und Zugehörigen stellt ein zentrales Element in der hospizlich-palliativen Versorgung dar, da das Sterben stets im Kontext sozialer Beziehungen und Systeme erfolgt. Dies müssen nicht zwangsläufig Familienangehörige sein, auch Freund:innen, Nachbar:innen und Kolleg:innen können im Sterbeprozess eine wichtige Rolle einnehmen. Bei migrantischen Familien wird oftmals davon ausgegangen, dass ein soziales Netzwerk besteht und der:die Sterbende dort eingebunden und umsorgt wird. Diese Annahme führt jedoch zu einer Verallgemeinerung und kulturellen Zuschreibungen einer heterogenen Gruppe (Schwanzer 2021; 8). Hier gilt es, keine allgemeinen Aussagen zu treffen, sondern lediglich Beobachtungen anzustellen und die eigenen Annahmen kritisch zu hinterfragen.

Die Stabilität intergenerationaler Beziehungen gilt weiterhin als eine bestehende Ressource von Menschen mit Migrationsgeschichte (Schenk/Habermann 2020; 17). Vielfach können Menschen mit Migrationsgeschichte auf ein Familiensystem zurückgreifen, wenn

es um die Versorgung, sprich die alltägliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Unterstützung geht (Grammatico 2018; 32). In der Gruppe von Menschen mit türkischer Migrationsgeschichte konnte Grammatico (2018) feststellen, dass „ein subjektiver Bedarf [...] für die medizinische und pflegerische Versorgung erkennbar und weniger ein psychosozialer oder pflegerischer Unterstützungsbedarf [vorliegt Anm. d. Verf.]“ (ebd.; 32). Bei der Gruppe der Spätaussiedler:innen nimmt die Familie ebenfalls eine tragende Rolle ein (ebd.). Tendenziell scheinen stärkere Erwartungen und Verpflichtungen zwischen den Generationen zu bestehen, die eine Unterstützungsleistung voraussetzen (ebd.). Allerdings stammen Migrant:innen der ersten Generation häufig aus Ländern, wie beispielsweise der Türkei, in denen es keine gesundheitlichen Versorgungsstrukturen wie in Deutschland gibt, und Familien in mehrgenerationalen Haushalten zusammen leben und diese Aufgaben übernehmen (ebd.; 33). Auf Seiten der Versorger:innen wird daher „nicht selten [...] ein extensives soziales Netz vorausgesetzt, das sich [...] kümmere“ (Jansky et al. 2017; 48). Doch aufgrund der stetigen Veränderungen der transgenerationalen Beziehungen in der zweiten und dritten Generation wird ein erhöhter Pflegebedarf auch bei Familien mit Migrationsgeschichte eintreten (Jansky/Nauck 2019; 10). Durch die Auflösung „traditioneller“ Familienstrukturen (ebd.), durch eine höhere Erwerbsbeteiligung von Frauen mit Migrationsgeschichte (Schenk/Habermann 2020; 17) sowie steigende Mobilität aufgrund von Arbeitssuche (Jansky/Nauck 2019; 10) gleichen sich die Pflegebedürfnisse migrantischer Personen denen der Bevölkerung ohne Migrationsgeschichte an. „Auch können Pflegenotwendigkeiten der älteren Generation unter dem Vorzeichen veränderter Lebensumstände der Nachkommen erhebliches intergenerationales Konfliktpotenzial in den Familien beinhalten“ (Schenk/Habermann 2020; 17). Dabei ist jedoch zu beachten, dass eine häusliche Versorgung eines schwerstkranken Menschen oftmals einer besonderen palliativen Pflege bedarf, die von Spezialist:innen übernommen werden muss und von Laien nicht ausgeübt werden kann (Jansky/Nauck 2019; 10). Um eine Überforderung und Dekompensation zu vermeiden, gilt es somit, auf professionelle Pflege zurückzugreifen (ebd.).

Nicht nur in der (häuslichen) Versorgung werden kulturelle Unterschiede sichtbar. Versorger:innen berichten von konflikthafter Situationen zwischen dem medizinisch/pflegerischen Personal sowie den An- und Zugehörigen. Während die hospizlich-palliative Haltung von einem autonomen Individuum ausgeht, dessen Wünsche am Lebensende selbstbestimmt umgesetzt werden, geht diese Vorstellung oftmals an der Wirklichkeit vorbei (van Oorschot/Ritterbusch 2017; 337). Je nach kulturellem Kontext, kann diese Rolle von anderen Familienmitgliedern übernommen werden (ebd.). Die Bedürfnisse der erkrankten Person stehen dann nicht mehr im Vordergrund. Kommen Sprachbarrieren hinzu, wird eine bedürfnisorientierte Behandlung und Begleitung nochmals

herausfordernder. Dabei liegt die Schwierigkeit zum einen in der Akzeptanz der Schwere der Erkrankung oder einer Therapiezieländerung durch Familienmitglieder (Jansky et al. 2017; 48). Beispielsweise haben Angehörige des islamischen Glaubens eine religiöse Pflicht, eine Maximaltherapie⁴ einzufordern (van Oorschoot/Ritterbusch 2017; 337). „Patienten oder Familie sei es schwergefallen, die Schwere der Erkrankung oder eine Therapiezieländerung zu akzeptieren. Dies habe zum Teil im Wunsch nach maximaler kurativer Therapie resultiert“ (Jansky et al. 2017; 48). Die Rolle als „Sprach- und Interessenvermittler zwischen den Patienten und dem medizinischen Personal“ (Banse et al. 2020; 25) wird von vielen Angehörigen als extrem belastend empfunden. „Sie verstehen sich als ‚Anwalt‘ [Herv. i. O.] ihrer kranken Verwandten, die diesen zu ihrem Recht auf angemessene Versorgung verhelfen“ (ebd.). Und auch für das medizinisch/pflegerische Personal ist dies eine Herausforderung, die es zunächst auszuhalten gilt und mit Respekt und auf Augenhöhe eine gemeinschaftliche, für alle Parteien anzunehmende Lösung zu finden gilt. Dies wird von den Versorger:innen als sehr zeitaufwändig beschrieben (Jansky et al. 2017; 48).

Als weitere Zugangsbarriere ist die kulturelle und religiöse Fremdheit zu betrachten. Die Annahme, dass diese Aspekte den Behandlungs- sowie Begleitungsvorgang erschweren könnten, wird sowohl von den Versorger:innen als auch von den Migrant:innen befürchtet (Jansky et al. 2017/Henke et al. 2018). Während die Versorger:innen eine unterschiedliche Sterbe- und Trauerkultur sowie Unterschiede im Schmerzausdruck und Emotionen beobachten (Jansky et al. 2017; 51) und die Patient:innen durch ihr mangelndes Wissen nicht beschämen und ihre religiösen Gefühle nicht verletzen wollen (ebd.), formulieren Patient:innen mit Migrationsgeschichte „Bedürfnisse, die neben medizinischen auch soziale Kompetenzen der Versorgenden ansprechen, und nicht in erster Linie kulturspezifische Wünsche, wie die Versorgenden annehmen“ (Banse et al. 2020; 27). Auch Henke et al. (2018) stellen fest, dass die Bedürfnisse von Menschen mit Migrationsgeschichte am Lebensende nicht unbedingt von Sterbenden ohne Migrationsgeschichte abweichen.

Die geäußerten Bedürfnisse entsprechen im Wesentlichen denen aller Patienten unabhängig vom Migrationsstatus: Schmerzfreiheit, Familienbindung, professionelle Pflege, verständliche Kommunikation, bedürfnisorientierte Versorgung. Der Wunsch von Patienten und Angehörigen nach Berücksichtigung der kulturellen Herkunft verweist auf den Zusammenhang von Anerkennung individueller Bedürfnisse, respektvollem Umgang

⁴ „Maximaltherapie [...] schöpft alle verfügbaren, auch aggressive und komplikationsträchtige Behandlungsmethoden im Interesse der Erhaltung und Wiederherstellung gestörter Vitalfunktionen aus“ (Lydtin 1984; 1869).

sowie guter Kommunikation für eine positive Erfahrung mit der Hospiz-/Palliativversorgung (Henke et al. 2018; 66).

Der Wunsch nach einer guten Begleitung am Lebensende unter Berücksichtigung der oben genannten Punkte scheint somit zwar einer individuellen Wertigkeit zu folgen, ist jedoch nicht mit einem generellen kulturellen Unterschied zu belegen. Die Leitidee des „guten Sterbens“ jedoch ist stark kulturabhängig und weicht selbst bei Menschen ab, die in einem gemeinsamen Kulturraum sozialisiert wurden und findet vor dem Hintergrund unterschiedlicher Vorstellungen und Werte statt (Heller 2007; 433 f.). „Ein generalisierbares Konzept für das gute Sterben gibt es nicht. Das «gute» Sterben [Herv. i. O.] ist stets verflochten mit den individuellen Biografien und der Gesamtheit der kulturellen Perspektiven, Deutungen und Einstellungen zu Leben, Verlust und Schmerz, Sterben und Weiterleben“ (ebd.).

Dabei kann es vorkommen, dass spirituelle Fragen am Lebensende eine besondere Bedeutung bekommen und einer besonderen Begleitung bedürfen. Heller (2007) versteht Spiritualität „als eine bestimmte Haltung gegenüber dem Leben und dem Tod, die wesentlich geprägt ist von der Art der Sinnggebung und der spezifischen Weise, wie sich Menschen zu ihrer Mitwelt in Beziehungen setzen und diese Beziehungen leben (ebd.; 434). Die spirituellen Bedürfnisse können sich dabei beispielsweise auf Gebets- und Meditations- und Fastenzeiten sowie Aspekte der Körperpflege und Speisevorschriften beziehen und sollten von Pflegenden mit Sensibilität, Respekt und Offenheit begegnet werden (ebd.; 434). Religiöse Traditionen und Riten stellen Versorger:innen oftmals vor Herausforderungen und die Umsetzung im pflegerischen Alltag wird als schwierig beschrieben (Jansky et al. 2017; 51).

Als ein ebenfalls großes Konfliktpotential wird zudem der unterschiedliche Umgang mit Gefühlen von Schmerz und Trauer genannt (Heller 2007; 435). Die in vielen Religionen verbreitete Totenklage wird in hiesigen Kulturkreisen als „unangemessen, hysterisch, peinlich oder sogar aggressiv und unverschämt erlebt“ (ebd.; 435). Ebenso ist der Aspekt der Schmerzbehandlung ein weiteres Feld, das kulturelle und individuelle Unterschiede sichtbar macht. Henke et al. (2018) beobachten in ihrer Studie, dass asiatische Patient:innen aufgrund ihrer spirituellen Haltung Schmerzen eher aushalten, Schmerzmedikation vermeiden da sie ein klares Bewusstsein am Lebensende wünschen (ebd.; 74).

5.6.4 Diskriminierungserfahrungen

Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Diskriminierungsformen, zu der auch Rassismus als eine spezifische Form der Diskriminierung gezählt wird. Aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Abschlussarbeit kann lediglich ein kurzer Überblick über einige wenige

Aspekte von Diskriminierung und Rassismus gegeben werden, in dem sich der Fokus auf die gesundheitliche Versorgung bezieht. Menschen mit Migrationsgeschichte erfahren in vielen Bereichen des (Alltäglichen-) Lebens Rassismus und Diskriminierung.

Diskriminierung besteht in der gesellschaftlichen Verwendung kategorialer Unterscheidungen, mit denen soziale Gruppen und Personenkategorien gekennzeichnet und die zur Begründung und Rechtfertigung gesellschaftlicher (ökonomischer, politischer, rechtlicher, kultureller) Benachteiligungen verwendet werden. Durch Diskriminierung werden auf der Grundlage jeweils wirkungsmächtiger Normalitätsmodelle und Ideologien Personengruppen unterschieden und soziale Gruppen markiert, denen der Status des gleichwertigen und gleichberechtigten Gesellschaftsmitglieds bestritten wird (Scheer 2016; 9).

Dabei basiert Diskriminierung auf kategorialen Unterscheidungen, durch das Bestreiten oder Herabwürdigen eines Gesellschaftsmitglieds oder einer gesellschaftlichen Gruppe, die sich von der Bevölkerungsmehrheit unterscheidet (ebd.). Dabei können unterschiedliche Merkmale Grund für Diskriminierung sein. Diskriminierung kann vielfältige Ursachen haben und betrifft Menschen unter anderem aufgrund ihres Alters, einer Behinderung oder chronischen Erkrankung, eingeschränkter Deutschkenntnisse, einer Migrationsgeschichte, eines nicht deutsch klingenden Namens, ihrer religiösen Zugehörigkeit oder Hautfarbe. Auch geschlechtliche Identität, sexuelle Orientierung sowie soziale Herkunft, Einkommen oder Arbeitslosigkeit können Gründe für Benachteiligung und Ausgrenzung sein (DeZiM 2023; 9).

(Rassistische) Diskriminierung kann in unterschiedlichen sozialen Räumen stattfinden, wie auf der Straße, in öffentlichen Verkehrsmitteln, in Sportstudios, im Kontakt mit Ämtern oder Behörden, bei der Polizei sowie in Krankenhäusern oder bei Arztbesuchen (ebd.; 11). Vor allem im Gesundheitsbereich machen Menschen, auch ohne rassistisch markierte Merkmale, Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen (ebd.; 13). „Menschen, die dringend medizinische Versorgung benötigen, werden, wie in anderen Lebensbereichen auch, aufgrund ihres Aussehens, ihrer Herkunft, und/oder Religion, zusätzlich im Gesundheitswesen diskriminiert, schlechter behandelt und benachteiligt“ (Gökçeoglu 2024; 23). Dabei können „Diskriminierungserfahrungen [...] sowohl die körperliche als auch die psychische Gesundheit beeinträchtigen“ (Schenk/Peppler 2020; 29). Vor allem Frauen gaben an, dass sie bereits negative Erfahrungen im Gesundheitsbereich erlebt haben (DeZiM 2023; 13). Dies betrifft zum einen den Zugang zu Versorgungsstrukturen durch ungleiche Verteilung und Vergabe von Terminen bei Ärzt:innen und zum anderen die Qualität der Behandlung und Versorgung (ebd.). Sie sind somit aufgrund ihres Geschlechts sowie ihrer Religion von Mehrfachdiskriminierung betroffen.

Für die Hospiz- und Palliativversorgung liegt eine unzureichende Datenlage vor, die Diskriminierung und Rassismuserfahrungen zwar als Zugangsbarriere für die Unterversorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte annimmt, jedoch nicht empirisch nachweisen kann.

Many migrants lack information about the health care system, and have problems navigating it. Some migrant patients may distrust the health care system due to previous experiences such as discrimination. They may be oriented towards their country of origin and its health care system, where often no palliative and/or hospice care exists (Jansky et al. 2019; 4).

Fakt ist jedoch, dass einige Menschen keinen Zugang zur hospizlich-palliativen Versorgung haben (Jansky/Nauck 2017/19; 11). „Menschen ohne legalen Aufenthaltstitel sind häufig aus Angst vor rechtlichen Konsequenzen aus der Versorgung ausgeschlossen“ (Schwenzer 2021; 8). Geflüchtete, die sich in der Duldung oder in einem noch nicht abgeschlossenen Asylverfahren befinden, haben lediglich einen Anspruch auf eine gesundheitliche Grundversorgung aufgrund einer akuten Erkrankung, die zudem behördlich genehmigt werden muss (ebd.). Daraus ergibt sich eine strukturelle Form von Diskriminierung, die eine Chancengleichheit von Menschen mit Fluchterfahrung und ungesichertem Aufenthaltsstatus von hospizlich-palliativer Versorgung ausschließt.

6. Transkulturelle Herausforderungen in der Hospizarbeit

In diesem Kapitel soll es zunächst einen kurzen Überblick über den Wandel des klassischen Kulturbegriffs und der Kulturtheorie nach Johann Gottfried Herder geben. Im Anschluss soll das Konzept der Transkulturalität nach Wolfgang Welsch beleuchtet werden. Darüber hinaus findet eine Diskussion statt, inwieweit das Modell der Transkulturalität auf die Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care zutrifft und welche transkulturellen Kompetenzen für den Bereich unabdingbar sind.

6.1 Wandel des Kulturbegriffs

Der ethnologische Kulturbegriff hat sich im letzten Jahrhundert stark verändert und damit auch einen Wandel der klassischen Definition angeregt. Im Vordergrund dieses *cultural turns* (Saal 2007; 21 nach Bachmann-Medick 2006) steht das „Bedürfnis nach einer Öffnung und Überschreitung der Grenzen von Kultur, von Kulturraumdefinitionen und zwischen Kulturräumen, um so der tatsächlichen Verfasstheit von Kultur eher gerecht zu werden“ (Saal 2007; 21). Dabei erfolgt eine Abkehr vom traditionellen, engen Kulturbegriff, welcher lediglich einen kleinen Teil der (Hoch-) Kultur umfasst, hin zu einem Wandel zum weiten, „alle menschlichen Erfindungen und Schöpfungen“ (ebd.; 22)

berücksichtigenden Kulturbegriff. „Kultur wird damit nicht mehr nur als ein Teilgebiet [...] sondern als Inbegriff der menschlichen Lebensform verstanden“ (ebd.).

6.1.1 Kugelmodell nach Herder

Johann Gottfried Herder (1744–1803) prägt mit seinem Kugelmodell den Kulturbegriff maßgeblich. Kulturen klassifiziert Herder dabei als autonome Inseln oder Kugeln (Kohl 2013; 24). Herder schreibt jedem Volk bzw. jeder Nation eine eigene Kugel zu (Welsch 2020; 4). Dabei hat jede Kugel einen eigenen Mittel- oder Schwerpunkt und kann sich nicht mit anderen Kugeln vermischen (Kohl 2013; 24). Herder bestimmt mit seinem Modell drei Kriterien: soziale Homogenisierung, ethnische Fundierung und interkulturelle Abgrenzung (Kohl 2013; 23 nach Welsch 1994).

Zum einen sind die Kugeln in sich geschlossen und in ihrem Inneren homogen (Welsch 2020; 4). Diese soziale Homogenität, die mit der „Vorstellung einer inneren Einheitlichkeit“ verknüpft ist (Kohl 2013; 25) setzt voraus, dass „alle Mitglieder einer Kultur die gleiche Lebensform haben“ (ebd.). Herder geht somit davon aus, dass alle Menschen, die einer Kultur zugehörig sind, die gleichen Gewohnheiten des Sprechens, Essens und Schlafens sowie gleiche Werte und Traditionen haben (Welsch 2020; 4). Zum anderen besteht eine ethnische Fundierung. Nach Herders Definition haben sich Kulturen aus einer gemeinsamen Herkunft, Sprache und Geschichte eines Volkes entwickelt (Kohl 2013; 24). Überdies wird Herders Kugelmodell durch den Faktor der äußerlichen Abgrenzung bestimmt. Unterschiede in Sprache, Traditionen und Werten sorgen für eine klare Abgrenzung zwischen verschiedenen Kulturen (ebd.). Kulturen sind laut Herder auf „Alterität, auf Differenz und Abgrenzung gepolt“ (Welsch, 2020; 4).

Kulturdefinitionen, die von einer Sammlung gemeinsamer Werte und Verhaltensweisen eines Kollektivs, sprich einer homogenen Gruppe von Menschen ausgehen, gelten heute als veraltet (Paal et al., 2019; 16). Kritisiert wird der herkömmliche Kulturbegriff Herders vor allem auch dafür, dass er eine Gruppe von Menschen als homogene, in sich geschlossene Gruppe bezeichnet, welche gemeinsame Wertvorstellungen und Denkmuster hat und ein gemeinsames „kulturelles Erbe“ pflegt (Saal 2007; 22). Dabei ist besonders problematisch, dass es zu „kulturellen Identitäts- und Selbstbehauptungsdiskursen“ kommt, in denen zum einen eine Vermischung von Kultur und Ethnie erfolgt und zum anderen die eigene Kultur den anderen Kulturen als überlegen angesehen wird (Saal 2007; 22). „Dieser Kulturalismus resultiert letztlich aus einem statischen, ein- und abgrenzenden Kulturverständnis“ (ebd.). Durch die Vielschichtigkeit unserer Gesellschaft, ausgelöst durch das Zusammenleben einer Vielzahl verschiedener Menschen, sollten unterschiedliche, vom Kontext abhängige Definitionen verwendet werden (Paal et al., 2019; 16).

Das Kugelmodell der Kulturen nach Herder gilt heute als nicht mehr zeitgemäß, da es Kulturen als abgegrenzte, homogene Einheiten darstellt und damit die zunehmende Durchmischung und wechselseitige Beeinflussung in einer globalisierten Welt unbeachtet lässt. An dieser Stelle setzt das Modell der Transkulturalität von Wolfgang Welsch an, das kulturelle Überschneidungen und Hybridisierungen in den Mittelpunkt rückt.

6.1.2 Transkulturalität nach Welsch

Der Transkulturalitätsansatz von Wolfgang Welsch hingegen betont anders als Herder mit ihren Begrifflichkeiten „den Prozesscharakter, die Dynamik, die Offenheit und Durchlässigkeit von Kulturen“ (Saal 2007; 23). Welsch geht davon aus, dass Kulturen heutzutage vielmehr durch „Mischungen und Durchdringungen“ gekennzeichnet sind (Welsch 2020; 5). „Im Unterschied dazu stellt Transkulturalität nicht das Zwischen oder das Nebeneinander, sondern das über das Kulturelle Hinausgehende, Grenzüberschreitende und somit wieder Verbindende und Gemeinsame ins Zentrum“ (Domenig 2007; 172).

„Transkulturalität“ [Herv. i. O.] sollte, dem Doppelsinn des lateinischen *trans-* entsprechend, darauf hinweisen, dass die heutige Verfassung der Kulturen *jenseits* der alten (der kugelhaften) Verfassung liegt und dass dies eben insofern der Fall ist, als die kulturellen Determinanten heute *quer* durch die Gesellschaften *hindurchgehen* [Herv. i. O.], diese also durch Verflechtungen und Gemeinsamkeiten gekennzeichnet sind (Welsch 2020; 5).

Laut Welsch ist für den heutigen Kulturbegriff eine Differenzierung nötig. Menschen, die in einem gemeinsamen Kulturkreis leben und aufwachsen haben nicht mehr die gleichen Lebensweisen und Tagesabläufe, nur weil sie einer kulturellen Gemeinschaft angehören. Überdies können Geschlecht und sexuelle Orientierung zu differenten kulturellen Mustern und Lebensweisen führen (ebd.; 6). „Zeitgenössische Kulturen sind denkbar stark miteinander verbunden und verflochten. Die Lebensformen enden nicht mehr an den Grenzen der Einzelkulturen von einst (der vorgeblichen Nationalkulturen), sondern überschreiten diese, finden sich ebenso in anderen Kulturen“ (ebd.).

Des Weiteren sind zeitgenössische Kulturen durch Hybridisierung gekennzeichnet, wodurch die Trennschärfe zwischen der Eigen- und der Fremdkultur immer weiter schwindet (ebd.). Faktoren für die weltweite Transkulturalisierung sind laut Welsch (2002) vor allem die Globalisierung und die damit verbundenen Formen des Kapitalismus. Des Weiteren nennt er die weltweite Flucht- und Migrationsbewegung, welche durch Kriege, Verarmung und Vertreibung und in Zukunft auch durch die Folgen des Klimawandels zu einer Vermischung unterschiedlicher Kulturen und Lebensweisen führen wird (ebd.; 7). Welsch erklärt zudem, dass Transkulturalität nicht nur in die gesellschaftliche Makroebene, sondern auch in die individuelle Mikroebene eines jeden

Menschen Einzug hält (ebd.; 8). Er erklärt uns alle für „kulturelle Mischlinge“ (ebd.; 9), da unsere Identitätsbildung durch eine Vielzahl von unterschiedlichen kulturellen Einflüssen geprägt ist, welche wir in unserem Alltag und den Begegnungen mit Menschen unterschiedlicher Kulturen und Ethnien erfahren (ebd.).

Diese Veränderungen sind laut Welsch global und in den unterschiedlichsten Winkeln der Welt zu beobachten, sodass „[...] *Individuen* [Herv. i. O.] heute durch mehrere kulturelle Muster geprägt sind, unterschiedliche kulturelle Elemente in sich tragen und verbinden“ (ebd.; 10).

Dennoch ist der Begriff der Transkulturalität als widersprüchlich einzuordnen, da einerseits das Konzept der Einzelkultur aufgebrochen wird, andererseits das Konzept von Transkulturalität nur bestehen kann, da es die Existenz von Kulturen überhaupt voraussetzt (Domenig 2007; 173). Für Welsch ist Transkulturalität somit lediglich eine „Diagnose“ (Saal 2007; 25). Der Kulturbegriff befindet sich in einem „Übergangsprozess“ (ebd.), an dessen Ende sich zwar immer noch Kulturen befinden, diese jedoch bereits gemäß der Transkulturalität geprägt sind (ebd.). Welsch plädiert daher dafür, den Begriff Transkulturalität als dynamischen, sich stets weiterentwickelnden Begriff zu betrachten, bei dem die „fortdauernde Existenz von Einzelkulturen“ angenommen und der „Übergang zu einer neuen, transkulturellen Form der Kulturen“ angestrebt wird (Domenig 2007; 173).

Durch das Aufeinandertreffen unterschiedlicher und individueller Lebenswelten und Lebenserfahrungen (ebd.) fordert Welsch mit seiner Theorie der Transkulturalität dazu auf, „nicht nur Unterschiede, sondern auch Gemeinsamkeiten zu entdecken und durch ein gegenseitiges Aufeinanderzugehen und Verstehen Abgrenzungen und Ausgrenzungen zu verhindern“ (ebd.).

6.2. Bedeutung von Transkulturalität und Transkulturelle Kompetenz in der Hospizarbeit

Die Annahme Welschs, dass wir alle durch Multikulturalität geprägt sind, ist während des Lebens, aber auch am Lebensende von großer Bedeutung. Jede:r Sterbende:r ist als Individuum zu betrachten, mit unterschiedlichen Erfahrungen, Wünschen und Herausforderungen, die den Sterbeprozess beeinflussen. Denn „das Sterben findet vor dem Hintergrund unterschiedlicher Vorstellungen und Werte statt“ (Heller/Heller 2012; 247). Ehrenamtliche, die während der letzten Lebenswochen und -tage begleiten, lernen die zu begleitenden Menschen durch Gespräche kennen und lassen sich auf ihre Lebenswirklichkeit ein. Die hospizliche Haltung der Offenheit nimmt jedoch oftmals ab, wenn Menschen mit Migrationsgeschichte begleitet werden sollen. Auf Seiten der

Versorger:innen stellen Jansky et al. (2017) fest, dass „wahrgenommene Unterschiede und Mangel an Wissen [...] zur Handlungsunsicherheit auf Seiten der teilnehmenden Behandler [führt Anm. d. Verf.]“ (ebd.; 51). Durch die Unwissenheit bezüglich religiöser und kultureller Unterschiede entstehen Unsicherheiten, die Befürchtungen bestärken, den:die Patient:in zu beschämen oder seine:ihre religiösen Gefühle zu verletzen (ebd.). Durch die geringe Anzahl an zu versorgenden Menschen mit Migrationsgeschichte stellt jede:r Patient:in eine Ausnahmesituation dar, da Erfahrungswerte und Handlungsempfehlungen fehlen (ebd.). Denn der Umgang mit den Themen Krankheit, Sterben, Tod und Trauer wird durch den kulturellen Hintergrund und die biographische Prägung einer jeden Person beeinflusst (van Oorschot/Ritterbusch 2017; 336). „Die Einstellung zum Tod ist immer Teil eines größeren Deutungszusammenhangs, der das ganze menschliche Leben umfasst“ (Heller/Heller 2012; 248) und ist meist in der religiösen Weltanschauung verankert, welche eng mit der jeweiligen Herkunftskultur eines Menschen verwoben ist (ebd.). Versorger:innen haben daher oftmals einen Bedarf nach einem interkulturellen Leitfaden, welcher den Umgang mit den kulturellen Bedürfnissen von Menschen mit Migrationsgeschichte erleichtern soll (Banse et al. 2020; 26). Paal et al. (2019) plädieren jedoch dafür, die Bedürfnisse von Menschen nicht vorschnell aufgrund von Zugehörigkeiten zu einer bestimmten Gruppe oder eines Kulturkreises zu definieren (ebd.; 19). Jeder Mensch sollte als Individuum betrachtet werden und seine:ihre Vielfalt muss berücksichtigt werden. Dieses Zusammenfassen von Menschen mit bestimmten Eigenschaften zu einer Gruppe wird in der englischsprachigen Literatur als *othering* bezeichnet (Bükki 2019; 73).

Kultursensibilität bedeutet nicht nur, Entfremdung und Stereotypisierung zu vermeiden, sondern auch, einen anderen Menschen als Individuum wahrzunehmen, ungeachtet dessen, wie jemand heißt, welche Hautfarbe, welchen Akzent, kulturellen Hintergrund, sozialen Status, welche Gewohnheiten, Lebensweisen und Weltanschauungen er hat, oder welcher Glaubensrichtung er folgt (Paal et al. 2019; 14).

Vor allem in der personenzentrierten palliativen Versorgung sollten Generalisierungen bestimmter Gruppen, Kulturen und Religionen vermieden werden, da diese lediglich Kategorisierungen herstellen und Stereotype reproduzieren (Paal 2021; 260). Sogenannte „Leitfäden“ oder „Checklisten“ führen ebenfalls dazu, dass individuelle Biografien unberücksichtigt bleiben und kulturelle sowie religiöse Verhaltens- und Erklärungsmuster genutzt werden, ohne diese kritisch zu hinterfragen (Heller/Gunaratnam 2012; 257). Hilfreich sind stattdessen „sorgsames Zuhören und Unvoreingenommenheit, um Vertrauen zwischen den Patienten, Familien und professionellen Versorgern herzustellen“ (Paal 2012; 262). Dabei ist „die Voraussetzung für eine palliative Versorgung [...] die

Beziehung zu den Patientinnen im Sinne von Zuhören, Verstehen und Reagieren auf ihre Bedürfnisse“ (Bücki 2019; 73).

Dennoch kann Faktenwissen über kulturelle Besonderheiten eine hilfreiche Stütze beim wechselseitigen Verständnis von Versorger:innen und Patient:innen sein, um beispielsweise der Berücksichtigung von Wünschen nach Ritualen nachzukommen (Henke et al. 2018; 75). Dabei gilt es dennoch Vorannahmen zu hinterfragen und Stereotypisierung zu vermeiden. Stattdessen sollten anhand kommunikativer Kompetenzen die kulturellen, gesellschaftlichen, familienspezifischen und persönlichen Bedürfnisse der zu begleitenden Person sowie seiner:ihrer An- und Zugehörigen unter Berücksichtigung der kulturellen und religiösen Prägung herausgearbeitet werden (ebd.; 261).

Interreligiöse Kompetenz zeichnet sich dadurch aus, in der konkreten Begegnung und Begleitung des uns anvertrauten Menschen primär auf die eigene Sichtweise, auf Eigeninteressen und persönliche Absichten zu verzichten. Vielmehr geht es darum, stets sich selbst zu bescheiden und zu relativieren, zur Würdigung der Einmaligkeit, Unantastbarkeit und Integrität des Menschen (Heller 2007; 436).

Ilkilic (2008) stellt zudem fest, dass es vor allem in ethischen Fragen immer wieder zu Konfliktsituationen zwischen dem Ärzt:innen-Team sowie den Patient:innen und den An- und Zugehörigen kommt. Medizinethische Entscheidungsfindungen finden auf der Basis von kulturell geprägten Wertvorstellungen und Prioritäten statt und können den Behandlungsprozess erschweren (ebd.; 863). Dabei „ist der Umgang mit traditionell sittlichen Entscheidungsformen in einer wertpluralen Gesellschaft ein komplexes Problem“ (ebd.; 860). Im Spannungsfeld der Autonomie steht der Patient:innen-Wille stets im Vordergrund. Es kann jedoch vorkommen, dass wichtige medizinische Entscheidungen im Familienverbund gefällt werden und das der mutmaßliche Wille der:des Sterbenden den kulturell-religiösen Ansichten der Familie widerspricht (ebd.). Dies spiegelt sich beispielsweise in dem häufigen Wunsch nach Maximaltherapie wider, welcher von muslimischen Gläubigen oftmals angestrebt wird (ebd.; 857). Zudem ist es üblich, dass Familienangehörige den Wunsch äußern, dass der:dem Erkrankten die Schwere der Diagnose verschwiegen wird (ebd.; 858). Aber auch erkrankte Patient:innen versuchen unter Umständen ihre Angehörigen, vor allem Kinder zu schonen und mildern die Diagnose ab (Bücki 2019; 74). So sieht sich das medizinische Personal oftmals im Spannungsfeld der Autonomie zwischen Selbst- und Fremdbestimmung verortet.

Daher ist die Entwicklung einer transkulturellen Kompetenz auch in der Beantwortung von ethischen Dilemmata zur Lösung von transkulturellen Konflikten am Lebensende hilfreich und sollte erlernt werden.

6.3 Konzept der Transkulturellen Kompetenz nach Domenig

Um Kulturkompetenzen zu vermitteln gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Ansätze, die aufgrund der begrenzten Seitenzahl dieser Abschlussarbeit nicht näher betrachtet werden können. Als eine Möglichkeit der Annäherung soll für den Bereich der Hospizarbeit und Palliative Care im Folgenden das Konzept der transkulturellen Kompetenz nach Dagmar Domenig (2007) genauer betrachtet werden. Domenig bezieht sich auf Welschs Definition von Transkulturalität und leitet daraus ihr Konzept der transkulturellen Kompetenz für die Pflege von Menschen mit Migrationsgeschichte ab. Dieses Konzept lässt sich auch auf die Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen mit Migrationsgeschichte am Lebensende anwenden und wurde daher für diese Arbeit gewählt. Domenig plädiert dafür, dass eine bloße Zuordnung von bestimmten Merkmalen zu bestimmten Kulturen vermieden werden soll. Stattdessen steht die Interaktion zwischen Pflegenden und Migrant:innen im Zentrum und bildet durch die transkulturell kompetente Interaktionsfähigkeit transkulturelle Kompetenz (ebd.; 174).

Transkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in besonderen Situationen und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten. Transkulturelle Fachpersonen reflektieren eigene lebensweltliche Prägungen und Vorurteile, haben die Fähigkeit die Perspektive anderer zu erfassen und zu deuten und vermeiden Kulturalisierung und Stereotypisierung von bestimmten Zielgruppen (Domenig 2007; 174).

Die Interaktionsfähigkeit stützt sich dabei auf drei Säulen: *Selbstreflexion*, *Hintergrundwissen und Erfahrungen* sowie *narrative Empathie* (ebd.; 174).

Haben Pflegepersonen gelernt, ihre eigene Lebenswelt in einem selbstreflexiven Prozess wahrzunehmen, sind sie in der Lage, die individuellen Lebenswelten von Migrant:innen besser einzuordnen und zu verstehen (ebd.). Durch die eigenen Erfahrungen der alltäglichen Lebenswelt kommt es in einem Aufeinandertreffen mit Personen aus einem anderen Kulturkreis oftmals zu kognitiven und affektiven Spannungen, da die Handlungen des Gegenübers sich nicht mit den bisherigen Wissensvorräten beschreiben lassen (ebd.; 175). Verfügt die Fachperson jedoch über transkulturelle Kompetenz, ist sie in der Lage, die Lebenswelt des Gegenübers wertneutral zu erfassen und anzunehmen (ebd.). „Verschließen sich Fachpersonen dieser selbstreflexiven Auseinandersetzung und Hinterfragung eigener Hintergründe, ist die Gefahr groß, dass sie andere und im Speziellen MigrantInnen vorurteilsbeladen und infolgedessen falsch behandeln“ (ebd.; 176). Für Domenig gehören zudem Hintergrundwissen und transkulturelle Erfahrung zu den Grundlagen transkultureller Kompetenz. Dieses Wissen meint nicht nur kulturspezifische Kenntnisse, sondern enthält auch allgemeine Konzepte.

Diese unterteilt sie in folgende Kategorien:

- Theoretisches Hintergrundwissen über Kultur, Migration und Integration, Grund- und Menschenrechte. Dieses Wissen baut Stereotypisierung von Migrant:innen sowie Kulturalisierung migrationspezifischer Problemlagen ab.
 - Wissen über migrationspezifische Lebenswelten und Lebensbedingungen, das Kennen von integrationshindernden und integrationsfördernden Faktoren sowie das Erkennen von Zusammenhängen bezüglich Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung helfen beim Verstehen.
 - Hintergrundwissen über Rassismus, rassistische Diskriminierung sowie Gewalt ist für einen sensiblen Umgang unabdingbar.
 - Kenntnisse über frauenspezifische Lebenswelten, um zu einer diskriminierungsfreien Gesundheitsversorgung beizutragen.
 - Kenntnisse über psychische Erkrankungen sind im Migrationskontext zentral, da durch Kriegs-, Folter- und Fluchterfahrung Traumatisierungen behandelt werden müssen.
 - Überdies sind für eine erfolgreiche Pflege eine angepasste Kommunikation sowie Kenntnisse über Familienformen sowie den Umgang mit Gesundheit und Krankheit nötig, um transkulturelle Kompetenz umsetzen zu können.
- (Domenig 2007; 176 f.).

Zur Erlangung des Hintergrundwissens beschreibt Domenig, dass diese nicht ausschließlich in der Theorie studiert werden sollten (ebd.; 177). Vielmehr sollten Pflegepersonen Erfahrungen in ihrer Alltagspraxis sammeln (ebd.). Zusätzlich können Weiterbildungsangebote genutzt werden, um transkulturelles Wissen zu erlangen und konkrete Fragen zu stellen (ebd.). Als dritten Baustein nennt Domenig die narrative Empathie, in der Interesse und Neugier im Vordergrund stehen (ebd.; 178).

Empathie bedeutet Neugier und Aufgeschlossenheit auch für «Andersartiges, Fremdes, das für uns nicht sofort verständlich und einfühlbar ist» [Herv. i. O.]: «Es braucht Interesse, Geduld und Bemühungen, den Fremden zu verstehen. Man muss bis zu einem gewissen Grad bereit sein, das Fremde auch fremd sein zu lassen und sich einzugestehen, dass man auch nicht alles versteht. Es bleibt eine Spannung zwischen mir und den anderen» [Herv. i. O.] (Domenig 2007; 178 nach Leyer 1994).

Domenig misst der Erzählung, die Narration, der:des Patient:in eine bedeutende Rolle im Bewältigungsprozess der Krankheit zu, da „die Erzählung, [...] der Versuch [ist Anm. d. Verf.], die Realität, vor allem die Zeitlichkeit und die eigene Sterblichkeit, besser zu verstehen“ (ebd.; 179). Dabei meint narrative Empathie nicht das Mitfühlen mit einem Menschen und seiner:ihrer (Krankheits-) Geschichte, sondern meint eine Zuwendung

durch Fertigkeiten wie „Zuhören, Fragen, Beschreiben, Ordnen, Erklären und Interpretieren“ (ebd.). Es ist ein „Sich Einlassen“ auf ein Individuum und seine Lebensrealität (ebd.).

Für die Entwicklung transkultureller Kompetenz ist somit auch der Aspekt des Verstehens nach Mührel (2018) von großer Bedeutung. Denn transkulturelle Kompetenz schließt auch das Verstehen als grundlegende menschliche Fähigkeit ein. Verstehen meint dabei nicht nur eine kognitive Fähigkeit, sondern schließt auch eine existenzielle Dimension ein, die sich nicht allein auf das Erfassen von Fakten und Informationen beschränkt, sondern ebenso soziale, emotionale und kulturelle Aspekte mit einbezieht (ebd.; 42). Dabei wird das Verstehen als aktiver Prozess betrachtet, welcher sich im Austausch mit einem Gegenüber entwickelt und gemeinsam erarbeitet und reflektiert werden muss (ebd.; 38). Mührel betont zudem, dass Verstehen nicht immer eindeutig oder abgeschlossen ist, sondern oft vorläufig bleibt und sich verändern kann und eine Achtung des Anderen mit seinen spezifischen Lebensweisen voraussetzt (ebd.; 42). Dabei kann es zu Missverständnissen kommen, wenn Menschen ihre kulturellen Maßstäbe als universell betrachten (ebd.; 40).

Die Frage, die sich daraus ergibt: Kann transkulturelle Kompetenz erlernt werden, und wenn ja, welche Methoden sind geeignet, um ein gelingendes Verstehen von Menschen mit Migrationsgeschichte am Lebensende zu erreichen? Welche Kompetenzen benötigen Ehrenamtliche dafür, welche Strategien der Fremd- und Selbstwahrnehmung können hilfreich sein und welches Handwerkszeug in Form von Methoden und Wissen kann als Unterstützung dienen? Anhand Domenigs (2007) Ansatz zur Interaktionsfähigkeit zum Erwerb transkultureller Kompetenz soll im nächsten Kapitel eine für diese Abschlussarbeit entwickelte Unterrichtseinheit für ehrenamtliche Sterbebegleiter:innen dargestellt werden, die die Aspekte der Wissensvermittlung, der Selbstreflexion sowie der narrativen Empathie beinhaltet.

7. Handlungsempfehlung – Transkulturelle Schulung für Ehrenamtliche Sterbebegleiter:innen in der ambulanten Hospizarbeit

Nachfolgend soll nun eine Handlungsempfehlung für Ehrenamtliche Sterbebegleiter:innen in Form einer Unterrichtseinheit zur Schulung transkultureller Kompetenzen dargestellt werden. Die nachfolgende Unterrichtseinheit wurde inhaltlich auf der Grundlage des Ansatzes zur Transkulturellen Kompetenz nach Domenig (2007) entwickelt und basiert auf dem Kulturbegriff von Welsch.

Die didaktische Planung der Unterrichtseinheit erfolgte nach dem Weingartner Planungsmodell nach Peterßen (2003). Anhand der von ihm erarbeiteten drei

Fragestellungen bezüglich der Ziele (Wozu soll das Thema im Unterricht behandelt werden? Was soll gelernt werden?) der Inhalte (Was muss erlernt werden, damit die Ziele erreicht werden) und dem Weg (Wie soll das Thema behandelt werden und welche Methoden sind dazu notwendig?) wurde die Unterrichtseinheit gestaltet (Peterßen 2003; 10). Das Modell eines Handlungsplans bzw. Stundenverlaufsplans von Jank/Meyer (2002) bildet dabei die didaktische Strukturierung der vorliegenden Unterrichtseinheit (Riedl 2004; 92). Zunächst erfolgt eine didaktische Analyse, in Kapitel 7.2 wird der Verlaufsplan der Unterrichtseinheit vorgestellt auf die eine Methodische Analyse erfolgt.

7.1 Didaktische Analyse

Zielgruppe:

Die Unterrichtseinheit ist für zwei verschiedene Zielgruppen einsetzbar. Zum einen kann sie von den Kursleitenden im Basiskurs der Qualifizierung zur ehrenamtlichen Sterbebegleitung genutzt werden. Zum anderen ist es auch möglich, die Unterrichtseinheit für bereits aktive Ehrenamtliche im Rahmen einer Weiterbildung anzubieten. Beide Personengruppen können mit und ohne Vorerfahrungen in der Sterbebegleitung ihre transkulturellen Kompetenzen weiterentwickeln. Dabei sollte die Mindestteilnehmer:innenzahl 16 Personen nicht überschreiten, damit eine Arbeitsatmosphäre geschaffen werden kann, in der jede:r zu Wort kommen darf.

Lernziele:

- Rahmenziel: Ehrenamtliche werden für die Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen mit Migrationsgeschichte sensibilisiert.
- Unterziel 1: Sie wissen um die kulturellen Gemeinsamkeiten und Unterschiede und richten ihr Handeln im Umgang mit den Sterbenden danach aus.
- Unterziel 2: Sie agieren kultursensibel und achten die religiösen und kulturellen Besonderheiten der Sterbenden und ihrer Angehörigen.
- Unterziel 3: Sie respektieren einen anderen Umgang mit den Themen Tod, Sterben und Trauer.
- Unterziel 4: Sie sind geschult darin, ihr eigenes Handeln zu reflektieren, ihre eigenen Stereotype und Vorurteile zu erkennen und ihr Handeln durch die "kulturelle Brille" der zu begleitenden Person zu betrachten.
- Unterziel 5: Sie erlernen praktisches Wissen und „Handwerkszeug“ um eine Begleitung gelingend zu gestalten.

Zeitraumen:

Der Workshop sollte am Abend stattfinden, damit möglichst viele Teilnehmer:innen, die Erwerbstätig sind, daran teilnehmen können. In der Qualifizierung ist ebenfalls eine Durchführung an einem der Wochenendtermine geeignet. Die Dauer ist auf 180 Minuten festgelegt. Es sollte nach 90 Minuten eine Pause von 15 Minuten eingeplant werden.

Raumgestaltung/Setting:

Die Stühle sind in einem Stuhlkreis angeordnet. Die Mitte ist mit einem Tuch und der Hospizkerze bestückt. Die Kursleitung kann verschiedene Bilder, Symbole und Gegenstände in der Mitte platzieren, welche unterschiedliche Kulturen und Religionen repräsentieren.

Materialien:

Welche Materialien für welchen Abschnitt der Einheit benötigt werden ist in der Unterrichtsplanung aufgelistet. Handouts und Arbeitsmaterialien werden vorbereitet und an die Teilnehmer:innen ausgehändigt.

7.2 Verlaufsplan der Unterrichtseinheit

	Phase	Ziel	Methode	Inhalt	Material	Dauer
7.2.1	Einstieg	TN kennen den Ablauf, den Rahmen, die Workshop-Leitung, die anderen TN. Durch Erwartungsabfrage wird deutlich, welchen Lerneffekt sich die TN wünschen.	Begrüßung, Vorstellung	Ankommens Runde 1. Begrüßung durch die Leitung 2. Vorstellung des Inhalts 3. Organisatorisches (Ablauf, Handouts, Pausen...) 4. Vorstellungsrunde (Name, „Warum sind Sie heute hier?“/ „Was erwarten Sie von diesem Workshop?“). Die Antworten der TN werden auf einem Flipchart notiert.	Namensschilder Flipchart-Papier Stifte	15 Minuten
7.2.2	Einstieg	TN erspüren wie unterschiedlich lang sich eine Minute anfühlt. Zeit wird als kulturelles Konstrukt betrachtet/unterschiedliche Wahrnehmungen werden deutlich.	Übung	Übung - Wie lang ist eine Minute? TN stellen sich mit geschlossenen Augen vor ihren Stuhl und setzen sich erst dann, wenn sie der Meinung sind, dass eine Minute vorüber ist. Die Übung wird erst dann von der Leitung beendet, wenn alle TN sitzen.	Stoppuhr	5 Minuten
7.2.3	Erarbeitung	TN nähern sich dem eigenen Kulturbegriff und finden eine Definition.	Kleingruppen	Übung - Was ist Kultur? TN bekommen ein Flipchart-Papier ausgehändigt, auf dem ein Eisberg abgebildet ist. Sie befassen sich in Kleingruppen mit folgenden Fragen: - Was verstehen Sie persönlich unter Kultur? - Welche Aspekte von Kultur sind für Sie sichtbar bzw. unsichtbar? - Warum ist Kultursensibilität für die Arbeit als Ehrenamtliche:r wichtig? Die Ergebnisse werden von den TN auf das Papier geschrieben.	Flipchart-Papier Stellwand Stifte Moderations-Karten	20 Minuten
7.2.3	Erarbeitung/ Zusammenfassung	TN erleben Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu den anderen TN.	Plenum	Übung - Was ist Kultur? TN vergleichen im Plenum ihre Kulturaspekte mit denen der anderen Gruppen. Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede gibt es?		10 Minuten

7.2.4	Wissens- vermittlung	TN erfahren, welche kulturellen und religiösen Besonderheiten bei der Begleitung von Menschen mit Migrationsgeschichte wichtig sein könnten.	Plenum	Hintergrundwissen Islam (Vortrag) TN bekommen durch eine Person (ggfs. extern mit muslimischem Glauben) einen theoretischen Wissensinput über die gängigsten Riten und Bräuche in Bezug auf den Sterbeprozess, die Beerdigung und Trauerrituale von muslimischen Personen. Im Anschluss können Fragen gestellt werden.	ggf. Laptop ggf. Beamer Präsentation	20 Minuten + 10 Minuten für Fragen
7.2.5	Selbstreflexion/ Vertiefung	TN nehmen die Perspektive einer migrantischen Person ein und leiten daraus Bedürfnisse und Handlungsempfehlungen ab.	Kleingruppen	Übung - Perspektivwechsel Anhand eines fiktiven Fallbeispiels fühlen sich die TN in eine fiktive Person muslimischen Glaubens ein, die eine lebensverkürzende Erkrankung hat. Sie sollen erspüren, welche Gefühle und Gedanken die Person hat und daraus Bedürfnisse ableiten. Wichtig ist, keine Stereotype zu reproduzieren. Die erarbeiteten Bedürfnisse werden auf Moderationskarten geschrieben.	Flipchart- Papier Stellwand Stifte Moderations- Karten	30 Minuten
7.2.5	Selbstreflexion/ Ergebnissicherung	TN fassen die Ergebnisse zusammen und erkennen, dass die Bedürfnisse sterbender Menschen oftmals losgelöst von ihrer Kultur/Religion sind und sich ähneln.	Plenum	Diskussion/Ergebnissicherung TN fassen die Ergebnisse im Plenum zusammen. <ul style="list-style-type: none"> - Was war die Schwierigkeit bei dieser Übung bzw. was fiel Ihnen leicht? - Welche Bedürfnisse haben Sie herausgearbeitet? (Ergebnisse anpinnen) - Welche Gemeinsamkeiten sehen Sie in der Begleitung von Menschen mit/ohne Migrationsgeschichte? 	Stellwand	20 Minuten
7.2.6	Förderung der Kommunikations- fähigkeit	TN erhalten praktische Tipps für die Begleitung von Menschen die wenig oder keine Sprachkenntnisse haben.	Plenum	Übung - Förderung (nonverbaler) Kommunikation TN erhalten Strategien, um narrative Empathie herzustellen. Sie erhalten praktische Informationen, welche „Hilfsmittel“ sie nutzen können um die Kommunikation mit Sterbenden nonverbal gelingend zu gestalten.	Laptop Beamer Präsentation	25 Minuten
7.2.7	Abschluss		Plenum	Abschluss Was nehme ich heute mit? Was ist offen geblieben?		10 Minuten
						165 Minuten

7.3 Methodische Analyse

Im Folgenden soll die methodische Analyse des in Kapitel 7.2 erarbeiteten Verlaufsplan der Unterrichtseinheit vorgestellt werden.

7.3.1 Einstieg – Begrüßung und Ankommen

Die Teilnehmenden werden zu Beginn des Workshops von der Kursleitung begrüßt und es erfolgt ein kurzer Überblick über die geplanten Inhalte. Die Leitung teilt den Teilnehmenden mit, wann eine Pause eingeplant ist und dass während des Kurses Handouts zu den verschiedenen Inhalten ausgeteilt werden. Für viele Teilnehmende ist diese Information wichtig, um zu entscheiden, wie umfangreich ihre Notizen sein sollen.

Falls der Workshop mit einer Gruppe Ehrenamtlicher stattfindet, die den Qualifizierungskurs bereits abgeschlossen haben und Begleitungen durchgeführt haben, ist es sinnvoll, eine kurze Vorstellungsrunde anzubieten, da die Teilnehmenden sich womöglich nicht persönlich kennen, da sie zu unterschiedlichen Zeiten die Qualifizierung absolviert haben. Die Teilnehmenden stellen sich mit Namen vor und formulieren ihre Erwartungen, mit denen sie sich für den Workshop angemeldet haben. Die genannten Wünsche und Erwartungen werden von der Kursleitung auf einem Flipchart-Papier für alle Teilnehmenden sichtbar notiert.

Wird die Unterrichtseinheit im Rahmen des Qualifizierungskurses durchgeführt, fällt die Vorstellungsrunde weg und wird durch eine Befindlichkeitsrunde ersetzt, in der die Teilnehmenden in ein bis zwei Sätzen mitteilen, in welcher Stimmung sie heute hier sind, welche Erwartungen sie an die heutige Einheit haben oder was sie seit dem letzten Kurs-tag bewegt hat. Dabei bleibt das Gesagte sowohl von den anderen Teilnehmenden als auch von der Kursleitung unkommentiert.

7.3.2 Übung – Wie lang ist eine Minute?

Die Teilnehmenden sollen in einer ersten Übung erspüren, wie subjektiv das individuelle Zeitempfinden eines jeden Menschen ist und durch die eigene kulturelle Prägung beeinflusst sein kann. Alle Ehrenamtlichen werden gebeten, sich vor ihren Stuhl zu stellen und die Augen zu schließen. Sie sollen erspüren, wie lang eine Minute ist, und sich nach der „erfühlten“ Minute setzen und ihre Augen öffnen. Die Übung wird schweigend durchgeführt, bis der:die letzte Teilnehmer:in sich gesetzt hat. Die Kursleitung stoppt die Zeit und notiert sich die erste und die letzte Zeit. Haben alle Teilnehmenden die Übung beendet, fragt die Kursleitung in die Runde, wie sie sich bei der Übung gefühlt haben und was ihnen aufgefallen ist. Sie nennt die Zeiten, in denen sich die erste und die letzte Person gesetzt hat.

Kulturelle Unterschiede in der Zeitwahrnehmung sind zum einen sehr subjektiv und zum anderen durch Sozialisation und Kultur geprägt. Die Wahrnehmung von Zeit spielt jedoch eine tragende Rolle in der Verständigung und kann aufgrund der kulturellen Unterschiede zu Missverständnissen in der Kommunikation führen. Daher ist es für die transkulturelle Verständigung wichtig, kulturelle Gemeinsamkeiten und Unterschiede wahrzunehmen, um ein Verständnis zu entwickeln. Diese Übung bietet einen guten Einstieg in das Thema kulturelle Vielfalt.

7.3.3 Erarbeitung – Was ist Kultur?

Die Teilnehmenden haben sich in einem ersten Schritt dem Thema der Unterrichtseinheit angenähert und sollen sich nun in einer vertiefenden Übung mit ihrem eigenen Kulturverständnis auseinandersetzen.

Es erfolgt eine Aufteilung in Kleingruppen, in der sich die Teilnehmenden anhand des Bildes eines Eisberges über ihr persönliches Kulturverständnis austauschen, über die Frage diskutieren, welche Aspekte von Kultur sichtbar und welche unsichtbar sind, und warum ein kultursensibles Verständnis für das Ehrenamt wichtig ist.

Die Kursleitung verteilt das Bild eines Eisberges (Anhang 1) und bittet die Teilnehmenden, sich in den Kleingruppen zu den Fragen auszutauschen und die Antworten auf dem Arbeitsblatt zu notieren.

- I. Was gehört für Sie persönlich zu Kultur?
- II. Welche Aspekte von Kultur sind sichtbar und welche unsichtbar?
- III. Warum ist Kultursensibilität für Ihre Arbeit als Ehrenamtliche:r Sterbebegleiter:innen wichtig?

Ziel dieser Übung ist, dass die Teilnehmenden ihr eigenes Kulturverständnis mit dem der anderen Teilnehmenden gegenüberstellen und sie Gemeinsamkeiten und Unterschiede entdecken. Die Vielfalt, was eine Kultur prägt, soll anhand der notierten Stichpunkte visuell dargestellt werden und eine gemeinsame Wissensgrundlage schaffen.

7.3.4 Wissensvermittlung – Hintergrundwissen zum Islam

Die meisten Menschen, die mit Personen aus unterschiedlichen Kulturkreisen arbeiten und sie, wie in der Hospizarbeit, begleiten, wünschen sich Faktenwissen, um sich in der „fremden“ Kultur besser zurechtzufinden. Hintergrundwissen ist ratsam, das Abarbeiten von Checklisten ist jedoch in der Begegnung zwischen Menschen nicht hilfreich, da schnell eine (Vor-) Verurteilung oder Stereotypisierung die Folge sein kann (vgl. Kapitel 6.2 und 6.3). Den Teilnehmenden des Workshops soll in diesem Abschnitt der Unterrichtseinheit ein Einblick in die kulturellen und religiösen Besonderheiten in der

Begleitung muslimischer Menschen am Lebensende gegeben werden. Da der überwiegende Teil der Menschen mit Migrationsgeschichte in Deutschland aus der Türkei und arabischen Ländern stammt, ist der Anteil muslimischer Gläubiger sehr hoch. Daher wurde der Islam als Religion für diese Unterrichtseinheit ausgewählt. Dafür wird ein:e Expert:in eingeladen, der:die selbst muslimischen Glaubens ist und „aus erster Hand“ Informationen über den Islam geben kann. Um die Authentizität zu gewähren, sollte wenn möglich, der Wissensinput von einer Person muslimischen Glaubens vermittelt werden. Dies kann eine externe Person sein (z. B. Mitarbeitende aus einer Moschee oder einem religiösen Kulturzentrum) oder ein:e ehrenamtliche:r Sterbebegleiter:in mit abgeschlossener Qualifizierung. Die Person sollte der ehrenamtlichen Sterbebegleitung offen gegenüberstehen und selbst mit den Themen Sterben, Tod und Trauer betraut sein. Die vortragende Person kann ihren Wissensinput selbst gestalten und beispielsweise eine PowerPoint-Präsentation als Medium nutzen. Die gängigsten Rituale rund um das Sterben, die Trauer und die Bestattungsriten im muslimischen Glauben sollten anschaulich dargestellt werden. Wichtig ist zu betonen, dass die vorgestellten Rituale in der Begleitung muslimischer Menschen am Lebensende keine allgemeine Gültigkeit besitzen. Jeder Mensch fasst den Glauben unterschiedlich auf und lebt ihn in einer anderen Intensität. Nicht alle Riten sind für alle Muslime gleich wichtig oder werden in der eigenen Lebensrealität gelebt. Daher sollten Ehrenamtliche, wenn es möglich ist, mit der Sterbenden Person sprechen, um seine:ihre Wünsche zur spirituellen Begleitung zu erfahren. Ist dies nicht möglich, da es sich um eine stille Begleitung handelt oder der sterbende Mensch nicht mehr in der Lage ist, verbal zu kommunizieren, sollten die An- und Zugehörigen nach den rituellen Wünschen gefragt werden.

Im Anschluss an den Vortrag haben die Teilnehmenden die Möglichkeit, bisher unbeantwortete Fragen zu stellen und in einen Austausch zu gehen. Ein Handout (Anhang 2) kann als Ergänzung zur Kursmappe und zum Nachschlagen ausgeteilt werden.

7.3.5 Übung – Perspektivwechsel

Nachdem die Teilnehmenden ein Wissen über die Riten in der Sterbebegleitung und der Bestattung islamischer Gläubiger erhalten haben, sollen sie sich in der nächsten Übung in eine Person muslimischen Glaubens hinein fühlen. Anhand eines Perspektivwechsels fühlen sich die Teilnehmenden in eine sterbende Person ein und formulieren Annahmen über die Bedürfnisse dieser Person. Gemeinsam in der Gruppe soll darüber diskutiert werden, was der sterbende Mensch denkt/fühlt, hört, sieht und sagt/tut. Die Vermutungen werden auf das Arbeitsblatt geschrieben um im Folgenden die spezifischen Bedürfnisse der Person herauszuarbeiten.

Die Kursleitung erklärt zunächst den Ablauf der Übung und liest das fiktive Fallbeispiel der Person vor. Die Teilnehmenden teilen sich in Kleingruppen (drei bis vier

Ehrenamtliche pro Gruppe) auf und beginnen mit der Bearbeitung. Sie werden von der Kursleitung darauf hingewiesen, ihr Hintergrundwissen aus dem vorherigen Wissensinput zu nutzen, jedoch darauf zu achten, keine Stereotype zu reproduzieren und sich bewusst zu werden, dass es sich lediglich um Annahmen handelt, da die Person nicht selbst befragt werden kann. Die Teilnehmenden erhalten das Fallbeispiel als Handout und schreiben ihre Annahmen direkt auf das ausgehändigte Flipchart-Papier (Anhang 3). Wird die Übung mit einer Gruppe Ehrenamtlicher durchgeführt, die bereits als Sterbebegleiter:innen tätig sind, kann darauf hingewiesen werden, dass sie ihre Erfahrungen in die Übungen einbringen und diese mit den anderen Teilnehmenden diskutieren können.

Nachdem die Kursleitung die Übung beendet hat, kommen die Teilnehmenden im Plenum zusammen und stellen ihre Arbeitsergebnisse vor. Die Bedürfnisse der zu begleitenden Person werden zusammengetragen. Dabei werden die Teilnehmenden feststellen, dass die Begleitung von Menschen mit und ohne Migrationsgeschichte in weiten Teilen ähnlich abläuft, da die Grundbedürfnisse eines jeden Menschen in der letzten Lebensphase ähnlich sein können. Die Bedürfnisse nach Schmerzlinderung, Familienbindung sowie bedürfnisorientierter Pflege stehen losgelöst von der eigenen Kultur und Religionszugehörigkeit bei vielen Menschen im Vordergrund. Wichtig ist zu betonen, dass vor allem spirituelle Bedürfnisse auch innerhalb einer Glaubensgemeinschaft unterschiedlich ausfallen können. Ehrenamtliche sollten daher keine Mutmaßungen anstellen, stattdessen die betroffene Person selbst fragen, welche Art von spiritueller Begleitung gewünscht ist.

7.3.6 Übung – nonverbale Kommunikation

In dieser Übung sollen die Teilnehmenden in Rollenspielen versuchen, die Wünsche einer schwerkranken, sterbenden Person nonverbal wahrzunehmen. Diese Übung ist gleichermaßen wichtig, um die Ehrenamtlichen auf die Begleitung von Menschen vorzubereiten, die aufgrund einer Erkrankung ihre Sprachfähigkeit verloren haben, wie auch für Menschen mit Migrationsgeschichte, die zum Lebensende zu ihrer Herkunftssprache zurückgekehrt sind und nicht mehr in der Sprache des Einwanderungslandes kommunizieren können beziehungsweise möchten. In Kleingruppen (drei Personen pro Gruppe) spielen die Teilnehmenden jeweils die Rolle der:des Erkrankten, der:des Ehrenamtlichen und der:des Beobachters:in. Die ehrenamtliche Person soll anhand von Gesten und Mimik der erkrankten Person erkennen, welches Bedürfnis er:sie hat. Dabei darf nicht gesprochen werden. Die Ehrenamtlichen sollen Strategien entwickeln, wie eine Kommunikation auch ohne Sprache stattfinden kann. Sie sollen erspüren, welche Handlungsweisen zum Ziel führen und welche nicht kommunikationsfördernd sind. Der:die Beobachter:in analysiert die Situation und achtet darauf, dass die Regeln (nicht Sprechen)

eingehalten werden. Die Kursleitung verteilt die Arbeitsanweisungen (Anhang 4). Die Kleingruppen tauschen die Rollen dreimal, sodass jede Person jede Rolle einnehmen kann. Im Anschluss teilen die Gruppen ihre Erfahrungen im Plenum. Die Teilnehmenden sprechen darüber, wie sie die Übung empfunden haben, welche Strategien hilfreich und welche weniger hilfreich waren. Sie teilen ihr gewonnenes Wissen mit der Gruppe. Zum Abschluss erhalten die Teilnehmenden noch eine Übersicht über weitere mögliche Strategien zur Kommunikation mit Menschen mit Migrationsgeschichte, deren Herkunftssprache nicht Deutsch ist (Anhang 5). Des Weiteren kann die Kursleitung weiteres Anschauungsmaterial wie Kommunikationskarten und weiterführende Literatur bereitstellen.

7.3.7 Abschluss

Die Teilnehmenden können in der Abschlussrunde ein Feedback zum Workshop geben oder weitere Gedanken mitteilen. Auch offene Fragen können an dieser Stelle noch beantwortet werden.

8. Diskussion der Ergebnisse

Aus den in den vorausgegangenen Kapiteln erarbeiteten Herausforderungen für die Zugänge zur Hospizarbeit für Menschen mit Migrations- und Fluchtgeschichte sowie den erarbeiteten Handlungsempfehlungen soll in diesem Kapitel eine Diskussion über mögliche Handlungsperspektiven erfolgen und ein Ausblick gewagt werden, in welchen Bereichen der modernen Hospizbewegung eine perspektivische Veränderung stattfinden sollte.

Die Hospizbewegung will offen für alle Menschen sein, unabhängig ihres sozialen Status, ihrer Religion oder ihrer kulturellen Prägung. Die Praxis zeigt jedoch, dass Menschen mit Migrationsgeschichte die vielfältigen Angebote der stationären und ambulanten Hospiz- und Palliativversorger:innen seltener als Menschen ohne Migrationsgeschichte annehmen. Durch multiple Zugangsbarrieren wie mangelnde Sprachkenntnisse, geringe Kenntnisse über die Versorgungsangebote sowie kulturell-religiöse Unterschiede finden Menschen mit Migrationsgeschichte seltener Zugang zu hospizlich-palliativen Angeboten.

In der medizinischen Versorgung werden Patient:innen mit Migrationsgeschichte oftmals aufgrund der „fremden“ Kultur als herausfordernd empfunden und Versorger:innen beschreiben Unsicherheiten im Umgang mit ihnen. Es besteht häufig die Sorge, durch fehlendes Wissen und das Fehlen einer gemeinsamen Sprache kulturelle Missverständnisse hervorzurufen (Jansyk et al. 2017; 51). Durch mangelnde Sprachkenntnisse auf

Seiten der Migrant:innen und fehlendes Wissen über kulturelle, religiöse und spirituelle Aspekte in der Lebenswelt der Patient:innen auf Seiten der Mediziner:innen und des Pflegepersonals, wird die Betreuung und Behandlung von Menschen mit Migrationsgeschichte in der medizinischen Versorgung als besonders herausfordernd und zeitintensiv angesehen, für die im hektischen Berufsalltag die Kapazitäten fehlen. Migrant:innen erleben daher häufig Diskriminierung, Rassismus und Ungleichbehandlung in der medizinischen Behandlung. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Wünsche an das Pflegepersonal sich bei migrantischen Menschen kaum von der restlichen Bevölkerung abhebt (vgl. Kapitel 5.3.3).

Durch die demografischen Entwicklungen hin zu einer immer älter werdenden Gesellschaft, in der die Zahl der Menschen mit Migrationsgeschichte immer weiter steigen wird, steht auch die moderne Hospizbewegung vor einer großen Herausforderung. Denn auch in Zukunft wird der Versorgungsbedarf von Menschen mit Migrationsgeschichte am Lebensende immer weiter ansteigen und die Versorger:innen müssen auf diese Entwicklung reagieren (vgl. Kapitel 5.2 und 5.3).

Daraus ergibt sich die Frage, wie sich Hospiz- und Palliativversorger:innen aufstellen können, um niedrigschwellige Zugangswege zur Versorgung am Lebensende für alle Menschen zu leisten, und welche Kompetenzen Ehrenamtliche benötigen, um ihre Unsicherheiten bezüglich kultureller und religiöser Unterschiede abzubauen und eine individuelle patient:innenorientierte Begleitung am Lebensende gemäß der Charta Schwerstkranker und Sterbender gewährleisten zu können.

Wie in Kapitel 5.6 beschrieben, sind verschiedene Barrieren bekannt, die einen Zugang für Menschen mit Migrationsgeschichte zurzeit noch verhindern. Eines der größten Hindernisse stellen dabei fehlende Sprachkenntnisse dar. Schwerstkranke und sterbende Menschen mit Migrationsgeschichte können unter Umständen ihre Bedürfnisse und Wünsche aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse oder kognitiver Beeinträchtigungen sowie durch demenziellen Veränderungen nicht äußern. Somit sind sie nicht in der Lage, von ihrem Selbstbestimmungsrecht Gebrauch zu machen und aktive Therapieentscheidungen zu treffen. Eine bedürfnisorientierte Begleitung und Pflege am Lebensende kann somit von den Versorger:innen nicht gewährleistet werden. Fraglich ist, ob aufgrund fehlender Sprachkenntnisse und Kommunikationsschwierigkeiten die Autonomie des:der Patient:in, die das höchste Gut darstellt, noch gewährleistet werden kann. Können ethische Entscheidungen am Lebensende nach Wohl und Wille des:der Patient:in getroffen werden, wenn aufgrund fehlender Sprachkenntnisse die Aussagen zur Lebenserwartung, dem Therapieverlauf oder wichtigen medizinischen Entscheidungen nicht verstanden und die eigenen Bedürfnisse nicht verbalisiert werden können? Inwieweit können

An- und Zugehörige die Übersetzung übernehmen und im Sinne der Patient:innen entscheiden? Zudem beeinflussen kulturelle und religiöse Aspekte medizinische Entscheidungen am Lebensende. Sei es die fehlende Akzeptanz bezüglich der Schwere der Erkrankung oder von Mediziner:innen empfohlene Therapiezieländerungen sowie die Forderung nach einer Maximaltherapie um jeden Preis (Jansky et al. 2017; 48/ van Oorschot/Ritterbusch 2017; 337).

Des Weiteren haben viele Migrant:innen aufgrund von Diskriminierungserfahrungen und Rassismus im medizinischen Kontext schlechte Erfahrungen mit der hiesigen Gesundheitsversorgung gemacht (Gökçeoglu 2024; 23). Der Wunsch, zu Hause von den Angehörigen gepflegt zu werden, wird häufig ausgesprochen. Jedoch ist der Wunsch in der eigenen Häuslichkeit gepflegt zu werden und dort zu versterben kein Alleinstellungsmerkmal migrantischer Communitys (Horn et al., 2020; 457). Ein Großteil der in Deutschland lebenden Bevölkerung teilt diesen Wunsch, Menschen ohne Migrationsgeschichte ebenso wie Migrant:innen. Dennoch gehen viele Versorger:innen davon aus, dass per se kein Bedarf an hospizlich-palliativer Versorgung und Pflege am Lebensende gewünscht wird, da in migrantischen Familien Angehörige die Pflege des:der schwerkranken und sterbenden Person übernehmen (Jansky et al. 2017; 48). Die Annahme, dass Menschen mit Migrationsgeschichte einen engeren Familienzusammenhalt haben und in der eigenen Häuslichkeit gepflegt werden wollen, ist jedoch nicht gleichzusetzen mit dem fehlenden Bedarf an hospizlich-palliativer Versorgung. Denn aufgrund von Veränderungen in intergenerationalen Beziehungen, kann nicht mehr davon ausgegangen werden, dass ältere, kranke und sterbende Migrant:innen von nahestehenden Familienangehörigen gepflegt werden. Denn auch in dieser Bevölkerungsgruppe verändert sich das System Familie und häusliche Pflege durch Angehörige wird in Zukunft immer öfter an ambulante und stationäre Pflegedienste und Pflegeheime übergeben (Bartig 2022; 16). Kinder sind immer seltener bereit ihre Eltern zu pflegen, da sie selbst erwerbstätig sind, ihre eigenen Kinder versorgen oder aufgrund des Berufes in eine andere Stadt gezogen sind (Schenk/Habermann 2020; 17). Die Pflege von Menschen mit einer lebensverkürzenden Erkrankung erfordert eine Professionalisierung, die von Angehörigen ohne medizinisch-pflegerische Unterstützung bis zum Lebensende nicht geleistet werden kann (Jansky/Nauck 2019: 10). Deshalb ist eine unterstützende Struktur in der häuslichen Pflege notwendig, die auch die Teilhabe von Menschen mit Migrationsgeschichte ermöglicht.

Eine weitere Zugangsbarriere ist die mittelschichtorientierte Ansprache der Versorger:innen hospizlich-palliativer Angebote, die durch Sprachbarrieren gefördert werden kann (Owusu-Boakye et al. 2020; 139/ Schwenzer 2021; 6). Informationsangebote wie Flyer

und Broschüren werden oft nicht in einfacher Sprache gestaltet, sodass Inhalte nicht verstanden werden. Zwar bieten die Dachverbände DGP und DHPV mehrsprachige Materialien auf ihren Internetseiten an und auch der Online-Wegweiser der DGP zur Hospiz- und Palliativversorgung bietet mehrsprachige Optionen, kleinere Hospiz- und Palliativdienste, die womöglich als erste Anlaufstelle von Betroffenen dienen, jedoch nicht. Des Weiteren wird die Hospizbewegung, als Bürger:innenbewegung, noch immer überwiegend von der gesellschaftlichen Mitte getragen. Die gutbürgerliche, weibliche Mittelschicht engagiert sich gleichermaßen in der Hospizbewegung und nimmt am Lebensende überwiegend hospizlich-palliative Versorgung in Anspruch (Begemann/Seidel 2015; 21/ Klie et al. 2019; 102). Menschen, die sich in prekären sozialen Lagen befinden, kommen im hospizlich-palliativen Versorgungsalltag kaum vor (Grießl/Schneider 2024; 15).

Für Menschen mit Migrationsgeschichte ergibt sich folgendes Dilemma: Migrant:innen können nicht in notwendige hospizlich-palliative Versorgung eingegliedert werden oder erhalten aufgrund fehlender Sprachkenntnisse, kultureller sowie religiöser/spiritueller Unterschiede kaum Zugang zu einer bedürfnisorientierten Versorgung am Lebensende, während die Hospizbewegung ihre Haltung der bedingungslosen Offenheit und Versorgung für alle Menschen einbüßt und sich vor der Herausforderung, Menschen mit Migrationsgeschichte adäquat zu versorgen, verschließt.

9. Handlungsperspektiven

Die Angebote der Hospiz- und Palliativversorger:innen müssen so weit geöffnet werden, dass auch die Bedürfnisse und Wünsche von Menschen mit Migrationsgeschichte am Lebensende Berücksichtigung finden. Eine Öffnung der Hospiz- und Palliativversorgung kann nur durch das Zusammenspiel mehrerer Faktoren gelingen. Diese werden im Folgenden definiert.

Hospiz- und Palliativ-Versorger:innen brauchen mehr Vielfalt im multiprofessionellen Team.

Für die transkulturelle Öffnung der ambulanten und stationären Hospiz- und Palliativdienste ist es für die Zukunft unabdingbar, dass mehr Haupt- und Ehrenamtliche mit eigener Migrationsgeschichte in diesem Arbeitsfeld tätig werden. Denn je vielfältiger sich die Hospizbewegung aufstellt, desto diverser werden die Menschen sein, die hospizlich-palliative Angebote in Anspruch nehmen. Dies schließt nicht nur Menschen mit Migrationsgeschichte ein, sondern auch LSBTIQ+ Personen sowie Menschen, die sich in prekären sozialen Lebenslagen befinden, wie Obdach- und Wohnungslose. Die hospizliche

Haltung der grenzenlosen Hilfe für alle Menschen sollte nicht nur auf dem Papier bestehen, sondern auch aktiv umgesetzt werden. Dafür braucht es eine Reihe von Maßnahmen.

In Bezug auf Menschen mit Migrationsgeschichte ist die Gewinnung von mehrsprachigen Personen mit eigener Migrationserfahrung für die Haupt- und Ehrenamtliche Arbeit essentiell. Der naheliegendste Vorteil ist der Abbau von Sprachbarrieren. Haben schwer- und sterbende Personen die Möglichkeit, sich in ihrer Herkunftssprache auszudrücken, wird eine der größten Hürden in Bezug auf eine bedürfnisorientierte und autonome Versorgung am Lebensende abgebaut. Die Kommunikation mit den Patient:innen sowie den An- und Zugehörigen wird vereinfacht und es werden keine externen Dolmetscher:innen mehr benötigt. Haupt- und Ehrenamtliche mit eigener Migrationsgeschichte haben Wissen über kulturelle und religiöse Werte und Normen und kennen sich mit den jeweiligen kulturellen Ritualen in Bezug auf Tod, Sterben und Trauer aus. Sie können als Brückenbauer:innen agieren und Hemmschwellen vor einer hospizlich-palliativen Versorgung aufgrund von Sprachkenntnissen und kulturellem Wissen abbauen. Zudem können sie ihr Wissen über die Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung in migrantische Communitys tragen. Sie haben andere Zugänge zu religiösen Gemeinschaften und Kulturvereinen und können die Betroffenen und ihre An- und Zugehörigen im besten Fall sogar in ihrer Herkunftssprache informieren.

Dennoch müssen auch Haupt- und Ehrenamtliche mit eigener Migrationsgeschichte ihre transkulturellen Kompetenzen erweitern und ihr Handeln stets selbstreflexiv überprüfen. Denn eine eigene Flucht- oder Migrationsgeschichte führt nicht dazu, dass transkulturelle Kompetenz bereits vorhanden ist. Eine kritische Reflexion des eigenen Tuns und Handelns sollte immer Voraussetzung sein.

Um fehlende Sprachkenntnisse zu kompensieren, braucht es mehrsprachiges Personal und kultursensible Dolmetscher:innen.

Um eine adäquate, bedürfnisorientierte Versorgung von Migrant:innen herstellen zu können, braucht es einen flächendeckenden Einsatz von kultursensiblen Dolmetscher:innen, denn nicht immer ist mehrsprachiges Personal zugegen. Dazu bedarf es einer rechtlichen Regelung, dass Krankenhäuser, Pflegeheime und Ärzt:innen Dolmetscher:innen zur Verfügung stellen müssen. Das Menschen mit geringen Sprachkenntnissen im medizinischen Bereich noch immer selbst für die Organisation einer dolmetschenden Person verantwortlich sind, stellt für viele eine Belastung dar. Durch fehlende Kenntnisse und monetäre Mittel greifen Migrant:innen oftmals auf Angehörige zurück, die sie bei medizinischen Terminen begleiten und übersetzen müssen. Dabei handelt es sich oft um minderjährige Kinder. Aus unterschiedlichen Gründen ist eine Übersetzung von An- und Zugehörigen nicht zumutbar. Zum einen erfolgt eine Parentifizierung der

Kinder, da sie die Rolle eines erwachsenen Elternteils annehmen und mit Thematiken konfrontiert werden, die nicht kindgerecht sind. Zum anderen haben nahestehende Übersetzer:innen stets eine Machtposition inne, da sie sowohl die Herkunftssprache als auch die Sprache des Einwanderungslandes beherrschen und damit, auch ungewollt, ungleiche Machtverhältnisse schaffen. Überdies kann es zu fehlerhaften Übersetzungen kommen, da medizinisches Fachvokabular fehlt. Die oftmals gewählte Notlösung, dass externe Personen für Übersetzungen zu Rate gezogen werden, die für diesen Bereich nicht ausgebildet sind, fördert Scham und Tabuisierung. Übersetzenden An- und Zugehörigen, bleibt kaum Raum für die eigene Informations- und Trauerverarbeitung. Daher braucht es einen verpflichtenden Einsatz von kultursensiblen, ausgebildeten Dolmetscher:innen, die Migrant:innen im medizinischen Bereich kostenlos zur Verfügung gestellt werden sollten. Damit würde das Risiko einer fehlerhaften Misskommunikation vermieden und die Patient:innen-Autonomie gefördert werden.

Informationen über hospizlich-palliative Angebote müssen verstärkt in migrantische Communitys getragen werden.

Sind Haupt- und Ehrenamtliche mit eigener Migrationsgeschichte in migrantischen Netzwerken aktiv, können Informationen leichter tradiert werden. Die Niedrigschwelligkeit, sich über hospizlich-palliative Angebote zu informieren, muss dabei gegeben sein. Informationsmaterial sollte in einfacher Sprache formuliert werden. Dies ist nicht nur für Menschen mit geringen Sprachkenntnissen vorteilhaft, sondern auch für Menschen, die eine kognitive Beeinträchtigung haben. Zusätzlich könnten Materialien wie Flyer und Informationsbroschüren in den Sprachen der gängigsten Herkunftsländer übersetzt werden. In Deutschland wären aufgrund der Zuwanderungszahlen Übersetzungen in türkischer, arabischer, persischer, russischer, ukrainischer, französischer und englischer Sprache sinnvoll. Da nicht alle Informationsmaterialien in viele Sprachen und Dialekte übersetzt werden können, ist die Nutzung von einfacher Sprache die beste Lösung. Zudem sollte bei der Gestaltung und Platzierung der Materialien darauf geachtet werden, dass diese an möglichst vielen Orten zu finden sind, an denen sich migrantische Menschen aufhalten. Orte können beispielsweise Moscheen, Kirchen, Kulturzentren, Arztpraxen, Beratungsstellen, etc. sein.

Überdies könnten Ehrenamtliche mit eigener Migrationsgeschichte als Vorbilder fungieren und in migrantischen Communitys über ihre eigenen Erfahrungen als Sterbebegleiter:in sprechen und auf die Angebote aufmerksam machen. Dies kann in persönlichen Gesprächen und/oder in Vorträgen und Infoständen umgesetzt werden.

Bildungsangebote für Haupt- und Ehrenamtliche sollten geschaffen werden, um transkulturelle Kompetenz zu entwickeln.

Überdies sollte ein verpflichtendes Fortbildungsangebot für Mediziner:innen, Pflegefachkräfte sowie alle weiteren Teammitglieder:innen des multiprofessionellen Teams in der Hospiz- und Palliativversorgung zur Bildung transkultureller Kompetenz eingeführt werden. Der Umgang mit kulturellen und religiösen Gemeinsamkeiten und Unterschieden sollte nicht per se zu Missverständnissen, Diskriminierung und schlechter (medizinischer) Versorgung führen.

Um eine gute Versorgung am Lebensende zu gestalten, braucht es empathisches Personal, welches sich auf den Menschen einlässt, ohne ihn zu kategorisieren, stereotypisieren oder zu diskriminieren. Haupt- und Ehrenamtliche müssen eine transkulturelle Kompetenz entwickeln, um ein gutes Sterben zu ermöglichen. Haupt- und Ehrenamtliche sollten anhand selbstreflexiver Prozesse ihre eigene Lebenswelt wahrnehmen, damit die individuellen Lebenswelten migrantischer Personen wertneutral anzunehmen sind. Durch Hintergrundwissen zu unterschiedlichen Kulturen und religiösen Riten können Unsicherheiten abgebaut werden. Dabei ist jedoch zu beachten, dass eine Ritualkompetenz durchaus hilfreich ist, jedoch eine offene, zugewandte und fragende Haltung stets die Grundlage hospizlicher Arbeit sein sollte. Die Entwicklung transkultureller Kompetenz kann dazu beitragen, nicht nur die Unterschiede im Handeln des Gegenübers in den Vordergrund zu rücken, sondern das eigene Handeln kritisch zu hinterfragen und Gemeinsamkeiten als verbindendes Element festzustellen.

Auch das nicht bindende Konzept des DHPV zur Qualifizierung Ehrenamtlicher in Bezug auf Transkulturalität gilt es zu prüfen. Zwar ist das Ziel der Kultursensibilität in der Rahmenempfehlung verankert und auch in der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland fordert die Versorger:innen auf, ihre Haupt- und Ehrenamtlichen für interkulturelle Begleitungen zu sensibilisieren, jedoch ist die Gestaltung der Ehrenamtlichen Qualifizierungen den Trägerinnen selbst überlassen. Daher braucht es eine stärkere Verbindlichkeit, das Thema Transkulturalität und transkulturelle Kompetenzen in den Qualifizierungen auch umzusetzen. Dabei sollten den Akteur:innen genügend Offenheit in der Gestaltung und Umsetzung eingeräumt werden, Hilfestellungen anhand beispielhafter Unterrichtseinheiten sowie Methodensammlungen können jedoch eine Unterstützung darstellen. Das Ziel, selbstreflexive, kultursensible Ehrenamtliche zu qualifizieren, sollte dabei stets die Grundlage der Unterrichtsgestaltung sein. Denn nur mit Ehrenamtlichen, die ihr Handeln selbstkritisch hinterfragen, die sich ihrer eigenen Vorurteile und Stereotype bewusst sind und die eine Ritualkompetenz in Bezug auf unterschiedliche Kulturen und Religionen entwickelt haben, können auf die Bedürfnisse und Wünsche Sterbender mit Migrationsgeschichte eingehen.

Ein Rollenverständnis der Sozialarbeiter:innen im multiprofessionellen Team ist Voraussetzung um gemäß ihrer Handlungskompetenzen agieren zu können.

Sozialarbeitende in der Hospiz- und Palliativversorgung sind eine tragende Säule im multiprofessionellen Team. Durch ihr Fachwissen, die professionelle Neugier und ihre offene Haltung sowie den ganzheitlichen Blick auf den Menschen können Sozialarbeiter:innen Sterbenden eine bedürfnisorientierte Versorgung am Lebensende bieten. Da die Soziale Arbeit eine Menschenrechtsprofession ist sollte das Ziel, die Förderung eines gerechten Zusammenlebens aller Mitglieder der Gesellschaft angestrebt werden. Dies geschieht unter der Berücksichtigung der sozialen Systeme von Individuen und der Bedürfnisbefriedigung auf der Grundlage der Menschenrechte. Sozialarbeitende sollten sich somit für die gerechte Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte am Lebensende einsetzen. Durch lebensweltorientierte Zugänge zu migrantischen Communities sollte eine Wissensvermittlung und Aufklärung über hospizlich-palliative Angebote erfolgen. In der aktiven Begleitung sollten Sozialarbeiter:innen nach den Prinzipien der Sozialen Arbeit agieren und die Autonomie des sterbenden Menschen fördern und sich für ein würdevolles Sterben nach den individuellen Wünschen des jeweiligen Menschen einsetzen. Durch die enge Zusammenarbeit mit anderen Professionen und einem umfangreichen Netzwerk kann es gelingen, Menschen mit Migrationsgeschichte ein würdevolles Leben bis zuletzt zu ermöglichen.

Sozialarbeiter:innen sollten daher ihre Kompetenzen gezielt einbringen und durch intensiven Austausch mit den Mitgliedern des multiprofessionellen Teams gemeinschaftlich ethisch fundierte Maßnahmen und Entscheidungen mit und für den sterbenden Menschen treffen.

Sterbebegleitung braucht gesellschaftliche Anerkennung, Finanzierung und professionelle Zusammenarbeit.

Überdies muss kritisch angemerkt werden, dass das Sterben trotz der Bemühungen der Hospizbewegung noch immer einen zu geringen Stellenwert im gesellschaftlichen und politischen Kontext hat. Ehrenamtliche müssen mehr Resonanz erhalten und die Wichtigkeit ihrer Arbeit sollte anerkannt werden, denn das Ehrenamt wird zwingend gebraucht, um die menschliche und zugewandte Seite der Begleitung am Lebensende zu sichern. Gleichzeitig reicht ehrenamtliches Engagement allein nicht aus. Es braucht hauptamtliche Strukturen, qualifizierte Fachkräfte aus der Pflege und Sozialarbeit sowie eine verlässliche Finanzierung, um eine tragfähige und ganzheitliche Versorgung zu gewährleisten. Damit dies gelingt, muss die Hospizbewegung politisch, strukturell, finanziell und gesellschaftlich stärker anerkannt und gefördert werden. Nur so kann ein würdiges Sterben für alle Menschen ermöglicht werden.

10. Fazit

Die Hospizbewegung will allen Menschen unabhängig von ihrem sozialen Status ein würdiges Sterben ermöglichen. Leider finden Menschen mit Migrationsgeschichte seltener Zugang zu Hospiz- und Palliativangeboten, obwohl diese eine entlastende Möglichkeit sowohl für die schwerkranke, sterbende Person, als auch für die An- und Zugehörigen bietet. Die Zugangsbarrieren sind zu hoch, als dass diese selbstständig von den Betroffenen überwunden werden können.

Die in dieser Abschlussarbeit erarbeiteten Handlungsperspektiven können langfristig dazu beitragen, die Zugangsbarrieren zur hospizlich-palliativen Versorgung für Menschen mit Migrationsgeschichte abzubauen und ein würdevolles und autonomes Sterben ermöglichen. Hierbei sind insbesondere die Versorger:innen gefordert, Ehrenamtliche in der Qualifizierung transkultureller Kompetenzen zu vermitteln. Transkulturelle Kompetenzen, eine kultursensible Haltung, Ritualwissen sowie selbstreflexives Handeln sind dabei Voraussetzungen für eine gelungene Begleitung von Menschen mit Migrationsgeschichte und sollten von Verbänden daher als Baustein in der Qualifizierung fest verankert sein.

Des Weiteren müssen Maßnahmen geschaffen werden, um Ehrenamtliche mit eigener Migrationsgeschichte zu gewinnen. Doch nicht nur die Verbände sollten aktiv handeln, sondern auch auf politischer Ebene muss es signifikante Veränderungen geben. Wie bereits beschrieben, braucht es langfristig einen flächendeckenden Einsatz von kultursensiblen Dolmetscher:innen, um Migrant:innen in der Kommunikation mit Mediziner:innen und Pflegepersonal zu unterstützen sowie auf Versorger:innenseite eine Verbesserung und Erleichterung des Pflegealltags zu gewährleisten.

Zudem ist es notwendig, migrantische Perspektiven stärker in die Konzeption und Weiterentwicklung hospizlich-palliativer Versorgungsangebote einzubeziehen, um Teilhabe zu ermöglichen. Die Hospizkultur kann sich nur dann gelingend öffnen und weiterentwickeln, wenn transkulturelle Aspekte genügend Beachtung finden. Dabei sollte nicht über Menschen mit Migrationsgeschichte entschieden werden, sondern durch aktive Teilhabe gemeinschaftlich gestaltet werden.

Langfristig sollte das Verständnis der hospizlichen Grundidee und Haltung so weiterentwickelt werden, dass es den vielfältigen Lebensrealitäten einer pluralen Gesellschaft gerecht wird. Die hier vorgestellten Perspektiven und Empfehlungen bilden dafür einen ersten Schritt. Es liegt nun an Politik, Fachpraxis und Bildungseinrichtungen, diese Impulse aufzugreifen und in nachhaltige Konzepte zu überführen.

Auch die Soziale Arbeit ist in der Verantwortung, zur interkulturellen Öffnung der hospizlichen und palliativen Versorgung beizutragen. Sie muss sich verstärkt als Brückenbauerin zwischen Institutionen der Hospiz- und Palliativversorger:innen sowie Menschen mit

Migrationsgeschichte verstehen. Sozialarbeitende sind gefordert, kultursensible Zugänge zu gestalten, Informations- und Aufklärungsarbeit zu leisten sowie migrationsbedingte Lebensrealitäten aktiv in ihre Unterstützungsarbeit zu integrieren.

Soziale Arbeit muss noch stärker darauf hinwirken, dass die Prinzipien von Gerechtigkeit, Teilhabe und Inklusion auch in der letzten Lebensphase für alle Menschen, unabhängig von Herkunft, Sprache oder Aufenthaltsstatus, gelten.

11. Literatur- und Quellenverzeichnis

Abdullah, Muhammed Salim (2004): Sterbebegleitung, Bestattungsriten und Friedhofskultur im Islam. In: Lilie, Ulrich/ Zwielerlein, Eduard (Hrsg.): *Handbuch integrierte Sterbebegleitung*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus. S.181-189.

Arias-Casais, Natalia/ **Garralda**, Eduardo/ **Rhee**, John Y./ **de Lima**, Liliana/ **Pons**, Juan José/ **Clark**, David/ **Hasselaar**, Jeroen/ **Ling**, Julie/ **Mosoiu**, Daniela/ **Centeno**, Carlos (2019): EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019. URL: <https://dadun.unav.edu/entities/publication/fd930b27-6d48-4a86-84a8-ffec101a61ef> [letzter Zugriff: 28.05.2025]

Banaz-Yasar, Ferya/**Kaiser**, Mara (2024): Post-/migrantische Vielfalt und hospizliche Begleitung. In: Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (Hrsg.): Die Hospiz Zeitschrift- Palliative Care. Schwerpunkt: *Hospiz und Menschen mit Migrationshintergrund*. 4/2024. Nr. 105, 26 Jg. S. 6-11.

Banse, Christian/ **Owusu-Boakye**, Sonja/ **Schade**, Franziska/ **Jansky**, Maximiliane/ **Marx**, Gabriella/ **Nauck**, Friedemann (2020): Der Migrationshintergrund als Grenze der Palliativversorgung am Lebensende? Stuttgart: Georg Thieme Verlag. URL: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/a-1263-3437.pdf> [Zugriff: 26.04.2025]

Banse, Christian/ **Behzadi**, Asita/ **Bohnhoff**, Firouz/ **Günay**, Yasemin/ **Hopp**, Stephanie/ **Jansky**, Maximiliane/ **Lenk-Neumann**, Britta/ **Migala**, Silke/ **Pakaki**, Nicole/ **Schmidt-Pabst**, Elizabeth (2022): Positionspapier der DGP- AG Palliativversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund: Sicherstellung der qualifizierten und professionellen Sprachmittlung als Voraussetzung für Chancengleichheit beim Zugang zu Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. URL: <https://www.dgpalliativmedizin.de/arbeitsgruppen/ag-palliativversorgung-und-menschen-mit-migrationsgeschichte.html> [letzter Zugriff: 30.04.2025]

Bartig, Susanne (2022): Alter(n) und Migration in Deutschland. Ein Überblick zum Forschungsstand zur Lebenssituation älterer Menschen mit Migrationsgeschichte in Deutschland. DeZIM Research Notes. Berlin: DeZIM Institut. URL: <https://www.dezim-institut.de/publikationen/publikation-detail/alter-n-und-migration-in-deutschland/> [letzter Zugriff: 03.05.2025]

Baykara-Krumme, Helen (2012): Die Bedeutung der Migrationserfahrung für die soziale Einbindung im Alter. Konzeptionelle Überlegungen und empirische Befunde. In: Baykara-Krumme, Helen/ Motel-Klingebiel, Andreas/ Schimany, Peter (Hrsg.): *Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland*. Wiesbaden: Springer VS. S. 255-288.

Begemann, Verena (2006): Hospiz. Lehr- und Lernort des Lebens. Stuttgart: Kohlhammer.

Begemann, Verena/ **Seidel**, Sabine (2015): Nachhaltige Qualifizierung des Ehrenamtes in der ambulanten Hospizarbeit und Palliativversorgung in Niedersachsen. Ludwigsburg: der hospiz Verlag.

Begemann, Verena/ **Fuchs**, Mareike (2020): Soziale Arbeit in Hospiz und Palliativversorgung. In: Aner, Kirsten/ Karl, Ute (Hrsg.): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Springer VS. S. 197-206.

Begemann, Verena/ Goral, Anja (2024): Denn sie wissen, was sie tun. Sozialarbeitende in der Hospizarbeit und Palliativversorgung. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Behzadi, Asita/ Blietz, Claudia (2024): Wenn eine gemeinsame Sprache fehlt. Hospiz- und Palliativversorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte. In: pflegen:palliativ. Nr. 62. 2. Quartal 2024. S. 38-40

Boeger, Annette/ Lüdmann, Mike (2023): Psychologie für Erziehungswissenschaften und Soziale Arbeit. Wiesbaden: Springer.

Borasio, Gian Domenico (2013): Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen. Ungekürzte Ausgabe 2013. München: dtv.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2017): Abschlussbericht: Studie zur Wirkung des Pflege Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I). Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des BMG von Infratest Sozialforschung München. Berlin: BMG. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Evaluation_PNG_PSG_I.pdf [letzter Zugriff: 13.04.2025]

Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (2024): Sozialbericht 2024. Ein Datenreport für Deutschland. Bonn: bpb. URL: https://www.bpb.de/system/files/dokument_pdf/Sozialbericht_2024_bf_k2.pdf [letzter Zugriff: 28.04.2025]

Bükki, Johannes (2019): »Wäre ich in der Heimat geblieben, würde ich schon nicht mehr leben« – Bedürfnisse von Migrantinnen am Lebensende. In: Wasner, Maria/ Raischl, Josef (Hrsg.): *Kultursensibilität am Lebensende. Identität – Kommunikation – Begleitung*. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. URL: https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/die-charta_leitsaetze.html [letzter Zugriff: 25.04.2025]

Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH) (2014): Berufsethik des DBSH. Ethik und Werte. Forum Sozial 4/2014.

Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH) (2016): Deutschsprachige Definition Sozialer Arbeit des Fachbereichstag Soziale Arbeit und DBSH. URL: https://www.dbsh.de/media/dbsh-bund/Profession/2016-11_14_DBSH_Deutsche_Definition_Soziale_Arbeit_FBTS_DBSH.pdf [letzter Zugriff: 16.04.2025]

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin – Sektion Soziale Arbeit (DGP) (2012): Profil Soziale Arbeit in Palliative Care. URL: <https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Profil%20Soz.%20Arb.%20in%20Palliative%20Care.pdf> [letzter Zugriff: 16.04.2015]

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (o.J.): Definitionen zur Hospiz- und Palliativversorgung: URL: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_GLOSSAR.pdf [letzter Zugriff: 26.04.2025]

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (DHPV) (2018): Qualifizierte Vorbereitung Ehrenamtlicher in der Sterbebegleitung. Rahmenempfehlung für Kursleitungen. Eine Handreichung des DHPV. URL: https://www.dhvp.de/files/public/broschueren/2021_Broschu%CC%88re_RzQVEA.pdf [letzter Zugriff: 26.04.2025]

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (DHPV) (2018): Ergebnispräsentation Ehrenamtlichkeit und bürgerschaftliches Engagement in der Hospizarbeit (EbEH) - Merkmale, Entwicklungen und Zukunftsperspektiven. URL: https://www.dhpv.de/themen_ehrenamt_studien-und-literatur.html [letzter Zugriff: 15.04.2025]

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (2015): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. URL: https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/2020_Charta%20Broschuere_Stand_Jan2020.pdf [letzter Zugriff: 15.04.2025]

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (DHPV) (2007): Leitsätze. URL: <https://www.dhpv.de/files/public/ueber-uns/Leits%C3%A4tze.pdf> [letzter Zugriff: 29.04.2025]

Domenig, Dagmar (2007): Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In: Domenig, Dagmar (Hrsg.): *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Hans Huber Verlag. S. 165-189.

Deutsches Rotes Kreuz (DRK)-Landesverband Westfalen-Lippe e.V. (2013): Empfehlungen zur Hospiz- und Palliativbetreuung von Menschen mit Migrationshintergrund - eine Handreichung. URL: https://www.drk-westfalen.de/fileadmin/Eigene_Bilder_und_Videos/Downloads/Migration/01_Handreichung_webversion.pdf [letzter Zugriff: 30.04.2025]

El-Mafaalani, Aladin (2020): Diskriminierung von Menschen mit Migrationshintergrund und Migrantisierten. In: Scherr, Albert / El-Mafaalani, Aladin/ Reinhardt, Anna Cornelia (Hrsg.): *Handbuch Diskriminierung*. Wiesbaden: Springer VS. S. 483-499.

Fink, Michaela/ **Schultz**, Oliver (2021): *Das Ehrenamt in der Sterbebegleitung. Gegenwärtige Herausforderungen und künftige Chancen*. Bielefeld: transcript Verlag.

Fleckinger, Susanne (2013): *Ehrenamtlichkeit in Palliative Care. Zwischen hospizlich-palliativer Sorgeskultur und institutionalisierter Dienstleistung*. Wiesbaden: Springer VS.

Friedrich-Ebert-Stiftung (2017): Auswirkungen des demografischen Wandels im Einwanderungsland Deutschland. Studie im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Gesprächskreis Migration und Integration. URL: <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/11612.pdf> [letzter Zugriff: 28.04.2025]

Friese, Paul (2019): *Kultur- und migrationssensible Beratung*. Beltz-Juventa: Weinheim, Basel.

Geiter, Heinke (2022): *Ehrenamtliche Sterbebegleitung lehren. Ein Curriculum in 12 Schritten*. Esslingen: der hospiz verlag.

GKV-Spitzenverband (2022): Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit für Erwachsene vom 03.09.2002, i. d. F. vom 21.11.2022. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/20221121_Rahmenvereinbarung_Erw_39a_Abs.2_Satz_8_SGB_V.pdf [letzter Zugriff: 29.04.2025]

Gökçeoglu, Zeynep (2024): Diskriminierung und Rassismus im deutschen Gesundheitswesen. In: Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (Hrsg.): Die Hospiz Zeitschrift- Palliative Care. Schwerpunkt: *Hospiz und Menschen mit Migrationshintergrund*. 4/2024. Nr. 105, 26 Jg. S. 23-26.

Graf, Gerda (2011): Geschichtliches und Geschichten. In: Bödiker, Marie Luise/ Graf, Gerda/ Schmidbauer, Horst (Hrsg.): *Hospiz ist Haltung. Kurshandbuch Ehrenamt*. Ludwigsburg: der hospiz verlag. S.10-21.

Grammatico, Daniela (2018): Hospiz- und Palliativarbeit für Menschen mit Migrationshintergrund. Interkulturelle Öffnung in der Hospiz- und Palliativversorgung. 3. Auflage. Münster: Alpha-Westfalen.

Greißl, Kristina/ **Schneider**, Werner (2024): Hospizarbeit gestern, heute und morgen – Zur gesellschaftlichen Reichweite von Hospiz als Bürger*innenbewegung“. In: Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (2024): Die Hospiz Zeitschrift-Palliative Care. Schwerpunkt: Ehrenamt und Polarisation der Gesellschaft. 2/2024. Nr. 103, 26. Jg. S. 13-19.

Hegemann, Thomas/ **Oestereich**, Cornelia (2018): Einführung in die interkulturelle systemische Beratung und Therapie. Carl-Auer-Verlag: Heidelberg.

Heller, Birgit (2007): Bedeutung religiös-kultureller Unterschiede in der Palliative Care. In: Knipping, Cornelia (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Bern: Huber Verlag. S. 432-437.

Heller, Birgit/ **Heller**, Andreas (2012): Sterben ist mehr als Organversagen. Spiritualität und Palliative Care. In: Heller, Birgit (Hrsg.): *Wie Religionen mit dem Tod umgehen. Grundlagen für die interkulturelle Sterbebegleitung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag. S. 243-255.

Heller, Birgit/**Gunaratnam**, Yasmin (2012): Kultur ist nicht alles. Multikulturalität und Palliative Care. In: Heller, Birgit (Hrsg.): *Wie Religionen mit dem Tod umgehen. Grundlagen für die interkulturelle Sterbebegleitung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag. S.256-282.

Heller, Andreas/ **Pleschberger**, Sabine/ **Fink**, Michaela/ **Gronemeyer**, Reimer (2013) : Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland. 2 überarbeitete Auflage. Ludwigsburg: der hospiz verlag.

Heller, Andreas/ **Pleschberg**, Sabine (2015): Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland. Hintergrundfolie für Forschung in Hospizarbeit und Palliative Care. In: Schnell, Martin W. et al. (2015): *Palliative Care und Hospiz. Eine Grounded Theory*. Wiesbaden: Springer VS. S. 61-74.

Heller, Birgit/ **Heller**, Andreas (2018): Spiritualität und Spiritual Care. Orientierung und Impulse. 2. ergänzte und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe.

Henke, Oliver/ **Thuss-Patience**, Peter/ **Mauter**, Daniel/ **Behzadi**, Asita (2018): Bedürfnisse von Patienten mit Migrationshintergrund am Lebensende. Ergebnisse einer Befragung von ostasiatischen Palliativ- und Hospizpatienten und ihren Angehörigen zu transkultureller Pflegeerfahrung in Berlin. Wiesbaden: Springer.

Horn, Vincent/ Schröder, Wolfgang/ Schweppe, Cornelia (2020): Alte Menschen mit Migrationshintergrund und Fluchterfahrungen. In: Aner, Kirsten/ Karl, Ute (Hrsg.): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*. 2. überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Springer VS. S. 455-463.

Ilklic, Ilhan (2008): Kulturelle Aspekte bei ethischen Entscheidungen am Lebensende und interkulturelle Kompetenz. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz. Leitthema: Ethik in der Medizin. Ausgabe 8/2008. S. 857-864.

Jansky, Maximiliane/ Nauck, Friedemann (2019): Palliativ- und Hospizversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Aktueller Stand und Handlungsempfehlungen für Hospiz- und Palliativversorger. Göttingen: Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen.

Jansky, Maximiliane/ Owusu-Boakye, Sonja/ Nauck, Friedemann (2017): Palliative Versorgung von Menschen mit türkischem oder arabischem Migrationshintergrund in Niedersachsen Eine Befragung spezialisierter Palliativversorger. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.

Jansky, Maximiliane/ Owusu-Boakye, Sonja/ Nauck, Friedemann (2019): "An odyssey without receiving proper care" - experts' views on palliative care provision for patients with migration background in Germany. URL: <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0392-y> [letzter Zugriff: 16.05.2025]

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020): Palliativversorgung. Möglichkeiten der ambulanten Versorgung, Praxisbeispiele und rechtliche Hinweise. URL: https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Palliativversorgung.pdf [Zugriff: 11.04.2025]

Klie, Thomas/ Schneider, Werner/ Moeller-Bruker, Christine/ Greißl, Kristina (2019): Ehrenamtliche Hospizarbeit in der Mitte der Gesellschaft? Empirische Befunde zum zivilgesellschaftlichen Engagement in der Begleitung Sterbender. Esslingen: der hospiz verlag.

Klinger, Corinna et al. (2020): Handreichung „Covid-19: Gesundheitsrelevante Ungleichheiten unter dem Brennglas“. AG „Kulturelle Diversität im Gesundheitswesen“ der Akademie fOr Ethik in der Medizin.

Kunze, Norbert (2018): Kultur- und gesellschaftssensible Beratung von Migrantinnen und Migranten. Konzepte für die psychologische und psychosoziale Praxis. Psychosozial Verlag: Gießen.

Lydtin, Helmut (1984): Möglichkeiten und Grenzen der Maximaltherapie in der Inneren Medizin. In: Deutsches Ärzteblatt. Ausgabe A, 81. Jahrgang, Heft 23. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/pdf/c10e6838-90d1-44bb-88d4-de84c92060b9> [Zugriff: 26.05.2025]

Melching, Heiner (2021): Das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) und die Bedeutung für die Soziale Arbeit. In: Wasner, Maria/ Pankofer, Sabine (Hrsg.): *Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis*. 2. erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer. S. 71-78.

Mühlum, Albert (2014): Hospiz – Palliative Care - Soziale Arbeit. Das Lebensende als finale Herausforderung. In: *Ethik Journal* 2. Jg. 2/2014. URL: https://www.ethikjournal.de/fileadmin/user_upload/ethikjournal/Texte_Ausgabe_2014_2/Muehlum_Das_Lebensende_als_finale_Herausforderung_EthikJournal2_2014_2.pdf [letzter Zugriff: 08.05.2025]

Müller, Monika/ **Heinemann**, Wolfgang (2014): Ehrenamtliche Sterbebegleitung. Handbuch mit Übungsmodellen für Auszubildende. Vandenhoeck&Ruprecht: Göttingen.

Müller, Monika (2017): «Total Pain». In: Steffen-Brügi, Barbara et al. (Hrsg.) (2017): *Lehrbuch Palliative Care*. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe. S. 406-414.

Müller-Busch, H. Christof (2021): Die Anfänge - Cicely Saunders. In: Wasner, Maria/ Pankofer, Sabine (Hrsg.): *Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis*. 2. erweiterte und aktualisierte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer. S. 47-52.

Mührel, Eric (2018): Verstehen der Lebensweise - zur Ethik als Haltung in sozialen Professionen. In: Begemann, Verena/ Heckmann, Friedrich/ Weber, Dieter (Hrsg.): *Soziale Arbeit als angewandte Ethik. Positionen und Perspektiven für die Praxis*. Stuttgart: W. Kohlhammer. S. 33-45.

Neuberger, Julia (2009): Sterbende unterschiedlicher Glaubensrichtungen pflegen. 2., vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Hogrefe.

Owusu-Boakye, Sonja/ **Banse**, Christian/ **Jansky**, Maximiliane/ **Nauck**, Friedemann (2020): Hospiz- und Palliativversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. In: **Schenk**, Liane/ **Habermann**, Monika (Hrsg.): *Migration und Alter*. Praxiswissen Gerontologie und Geriatrie Kompakt. Berlin: De Gruyter. S. 133-143.

Paal, Priet/ **Grünwald**, Gabriele/ **Rizzi**, E. Katharina (2019): Kultursensible Hospiz- und Palliativarbeit. Konzepte und Kompetenzen. Stuttgart: Kohlhammer.

Paal, Piret (2021): Interkulturelle Begleitung. In: Wasner, Maria/Pankofer, Sabine (Hrsg.): *Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis*. 2. erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer. S. 260-266.

Pankofer, Sabine (2021): Soziale Arbeit - ein unverzichtbarer Bestandteil von Palliative Care? In: Wasner, Maria/ Pankofer, Sabine (Hrsg.): *Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis*. 2. erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer. S. 33-44.

Radice von Wogau, Janine/ **Eimmermacher**, Hanna/ **Lanfranchi**, Andrea (Hrsg.): (2015): Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln. Beltz Verlag: Weinheim, Basel.

Peterßen, Wilhelm H. (2003): Lehreraufgabe Unterrichtsplanung. Das Weingartener Planungsmodell. München: Oldenbourg.

Riedl, Alfred (2004): Grundlagen der Didaktik. Wiesbaden: Franz Steiner Verlag.

Saal, Britta (2007): Kultur in Bewegung. Zur Begrifflichkeit von Transkulturalität. In Mae,

Michiko/ Saal, Britta (Hrsg.): *Transkulturelle Genderforschung. Ein Studienbuch zum Verhältnis von Kultur und Geschlecht*. Wiesbaden: VS Verlag.

Schenk, Liane/ Habermann, Monika (2020) Migration und Alter. Praxiswissen Gerontologie und Geriatrie Kompakt. Berlin: De Gruyter.

Schenk, Liane/ Peppler, Lisa (2020): Erklärungsansätze zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit. In: Schenk, Liane/ Habermann, Monika: *Migration und Alter. Praxiswissen Gerontologie und Geriatrie Kompakt*. Berlin: De Gruyter. S. 21-32.

Scherr, Albert (2016): Diskriminierung. Wie Unterschiede und Benachteiligungen gesellschaftlich hergestellt werden. 2., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Springer VS.

Schuchter, Patrick/ Fink, Michaela/ Gronemeyer, Reimer/ Heller, Andreas (2018): Die Kunst der Begleitung. Was die Gesellschaft von der ehrenamtlichen Hospizarbeit wissen sollte. Esslingen: der hospiz verlag.

Schütte-Bäumner, Christian/ Neupert, I./ Kiepke-Ziemes, S./ Lehmann, D. (2022): Curriculum Palliative Care für Soziale Arbeit. Bonn: Pallia Med Verlag.

Statistisches Bundesamt (2025): Migration und Integration – Migrationshintergrund. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Glossar/migrationshintergrund.html> [letzter Zugriff: 04.04.2025]

Steffen-Bürgi, Barbara (2017): Reflexionen zu ausgewählten Definitionen von Palliative Care. In: Steffen-Brügi, Barbara et al. (Hrsg.) (2017): *Lehrbuch Palliative Care*. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe. S. 40-49.

Student, Johann-Christoph/ Mühlum, Albert/ Student, Ute (2020): Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. 4. aktualisierte Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Urban, Elke (2019): Transkulturelle Pflege am Lebensende. Umgang mit Sterbenden und Verstorbenen unterschiedlicher Religionen und Kulturen. 3., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer.

van Oorscot, Birgitt/ Ritterbusch, Ulrike (2017): Umgang mit Sterben und Tod. Spielt die Kultur eine Rolle? Forum 2017. Springer Medizin Verlag.

von Schlippe, Arist/ El Hachimi, Mohammed/ Jürgens, Gesa (2013): Multikulturelle Systemische Praxis. Ein Reiseführer für Beratung, Therapie und Supervision. Carl-Auer-Verlag: Heidelberg.

Wagner, Ulrike (2021): Zielgruppen. In: Wasner, Maria/ Pankofer, Sabine (Hrsg.): *Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis*. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer. S. 81-102.

Welsch, Wolfgang (2020): Transkulturalität: Realität und Aufgaben. In: Giessen, Hans W./ Rink, Christian (Hrsg.): *Migration, Diversität und kulturelle Identitäten. Sozial- und kulturwissenschaftliche Perspektiven*. Berlin: J.B. Metzler. S. 3-18:

World Health Organization (WHO) (2002): WHO Definition of Palliative Care 2002. URL: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf [letzter Zugriff: 26.04.2025]

Zielke-Nadkarni, Andrea (2012): Forschungsbericht zu den „Empfehlungen zur Hospiz- und Palliativbetreuung von Menschen mit Migrationshintergrund“. URL: https://www.akademie-johannes-hospiz.de/cms/upload/pdf/02_Forschungsbericht.pdf [letzter Zugriff: 16.05.2025]

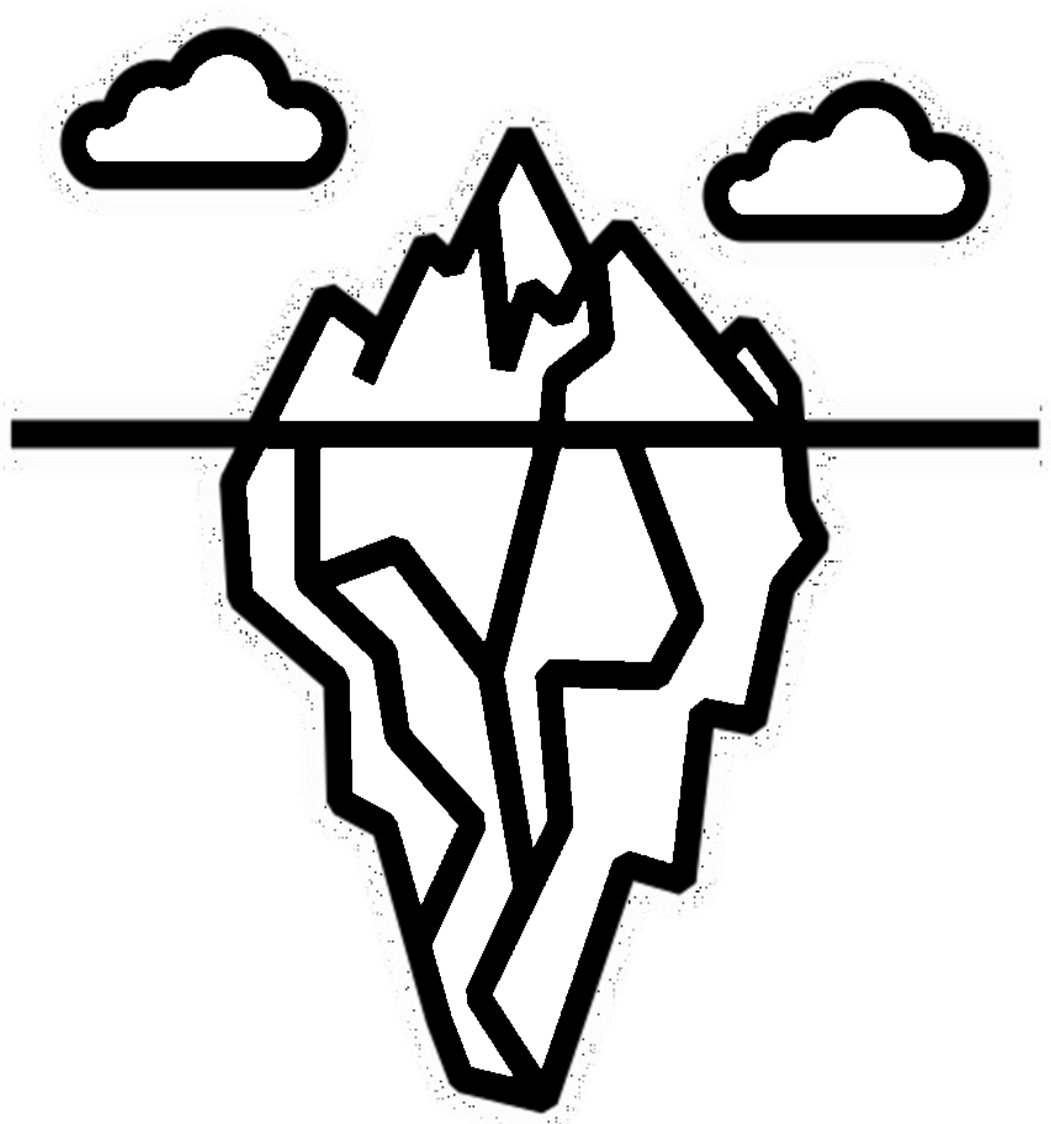
12. Anhang

Anhang 1.....	78
Zu 7.3.3 Übung - Was ist Kultur?	78
Anhang 2.....	79
Zu 7.3.4 Wissensvermittlung - Sterbebegleitung und Bestattungsriten im Islam	80
Anhang 3.....	81
Zu 7.3.5 Übung – Perspektivwechsel	82
Anhang 4.....	83
Zu 7.3.6 Übung - nonverbale Kommunikation.....	84
Anhang 5.....	85
Zu 7.3.6 Förderung der (nonverbalen) Kommunikation.....	86

Zu 7.3.3 Übung - Was ist Kultur?

Bitte diskutieren Sie in Ihren Kleingruppen folgende Fragen:

- I. Was gehört für Sie persönlich zum Kulturbegriff? Schreiben Sie die Antworten bitte auf das Arbeitsblatt.
- II. Welche Aspekte von Kultur sind sichtbar und welche unsichtbar?
- III. Warum ist Kultursensibilität für Ihre Arbeit als Ehrenamtliche in der Sterbebegleitung wichtig?



Anhang 2

Zu 7.3.4 Wissensvermittlung - Sterbebegleitung und Bestattungsriten im Islam

Allgemeines

- Rund 1,5 Milliarden Menschen bekennen sich rund um den Globus zum Islam.
- In Deutschland leben etwa 5,5 Millionen Muslime davon sind 75% sunnitisch. Die Anzahl der Schiiten ist in Deutschland mit 4% vergleichsweise gering. 45% der in Deutschland lebenden Muslime stammen aus der Türkei. Mit ca. 8% ist der Anteil des türkisch geprägten Alevitentums recht groß⁵.

Einstellungen zu Leben und Tod

- Menschen, die dem muslimischen Glauben angehören, sind dazu angehalten den Tod nicht aus dem Leben zu verdrängen, sondern ihn als ein Teil davon anzunehmen. Der Tod eines geliebten Menschen wird als vorübergehende Trennung betrachtet.
- Viele Muslime sehen dem Tod gelassen entgegen, da er nicht als das Ende sondern als Anfang einer neuen spirituellen Existenz betrachtet wird.
- Die Vorstellung vom Jenseits als Paradies sei denjenigen vorbehalten, die zu Lebzeiten als Diener:in Gottes gehandelt haben.
- Die Forderung nach einer Maximaltherapie ist eng mit dem Glauben verbunden, da der Mensch den Körper, den Allah geschaffen hat, bis zum Ende pflegen und umsorgen soll.
- Aktive Sterbehilfe ist im Islam verboten.
- Ein Großteil der Muslime trauert sichtbar und laut. Streng gläubige Muslime vermeiden es jedoch Gefühle der Trauer zu zeigen, da offenes Weinen als Unzufriedenheit mit dem Willen Gottes gedeutet werden könnte.

Am Sterbebett

- Sterbende sollen in den Stunden des herannahenden Todes nicht allein gelassen werden. Am Sterbebett sollen sich Gläubige einfinden, die durch Gebete und Anrufungen zu einem guten, hoffungsvollen Tod verhelfen.
- Krankenbesuche gelten als Glaubens Pflicht und ehren den Kranken. Daher sind oftmals viele An- und Zugehörige am Kranken- oder Sterbebett anzutreffen.
- Die Anwesenheit eines Imams ist in der Sterbephase nicht zwingend nötig, aber vielfach erwünscht. Angehörige vollziehen Riten und Zeremonien oftmals selbst.

⁵ https://www.deutsche-islam-konferenz.de/DE/DatenFakten/daten-fakten_node.html

- Durch das Aussprechen des islamischen Glaubensbekenntnisses (Shahada) „*Es gibt keine Gottheit außer den einen Gott und Muhammad ist sein Gesandter*“ soll der:die Sterbende angeregt werden, es als letzte Worte vor dem Tod auszusprechen. Ist der sterbende Mensch nicht mehr in der Lage das Bekenntnis selbst zu sprechen, soll eine anwesende Person muslimischen Glaubens dies übernehmen.

Nach dem Tod/Bestattungsriten

- Nach dem Ableben wird der Körper der:des Verstorbenen einer rituellen Waschung unterzogen. Diese wird meist von den Angehörigen des gleichen Geschlechts durchgeführt. Sind keine Angehörigen zugegen, kann dies auch von einer anderen Person des muslimischen Glaubens durchgeführt werden. Der Leichnam sollte nach dem Ableben nicht ungefragt berührt werden.
- Gemäß des muslimischen Glaubens sollen Muslime in einem weißen Leinentuch beerdigt werden, mit dem Gesicht zur Ka'ba in Mekka ausgerichtet. Ist der:die Verstorbene zu Lebzeiten zu einer Pilgerreise nach Mekka aufgebrochen, wurde unter Umständen ein weißes Leinentuch von der Reise mitgebracht.
- In manchen muslimischen Ländern ist die Totenklage am Grab durch sogenannte Klageweiber üblich. Sie sollen am Grab laut wehklagen und die Tugenden und Verdienste des verstorbenen Menschen ausrufen.
- Die Bestattung soll möglichst innerhalb von 24 Stunden erfolgen. Sollte eine Rückführung in das Heimatland erfolgen, wird diese Regel ausgesetzt.

Nach dem Begräbnis

- Die Trauerzeit dauert etwa einen Monat. Verwandte und Freunde besuchen die Hinterbliebenen in dieser Zeit, spenden Trost und bringen Essen mit.
- Vierzig Tage lang wird das Grab an jedem Freitag besucht und Almosen an Arme verteilt.

Verwendete Literatur:

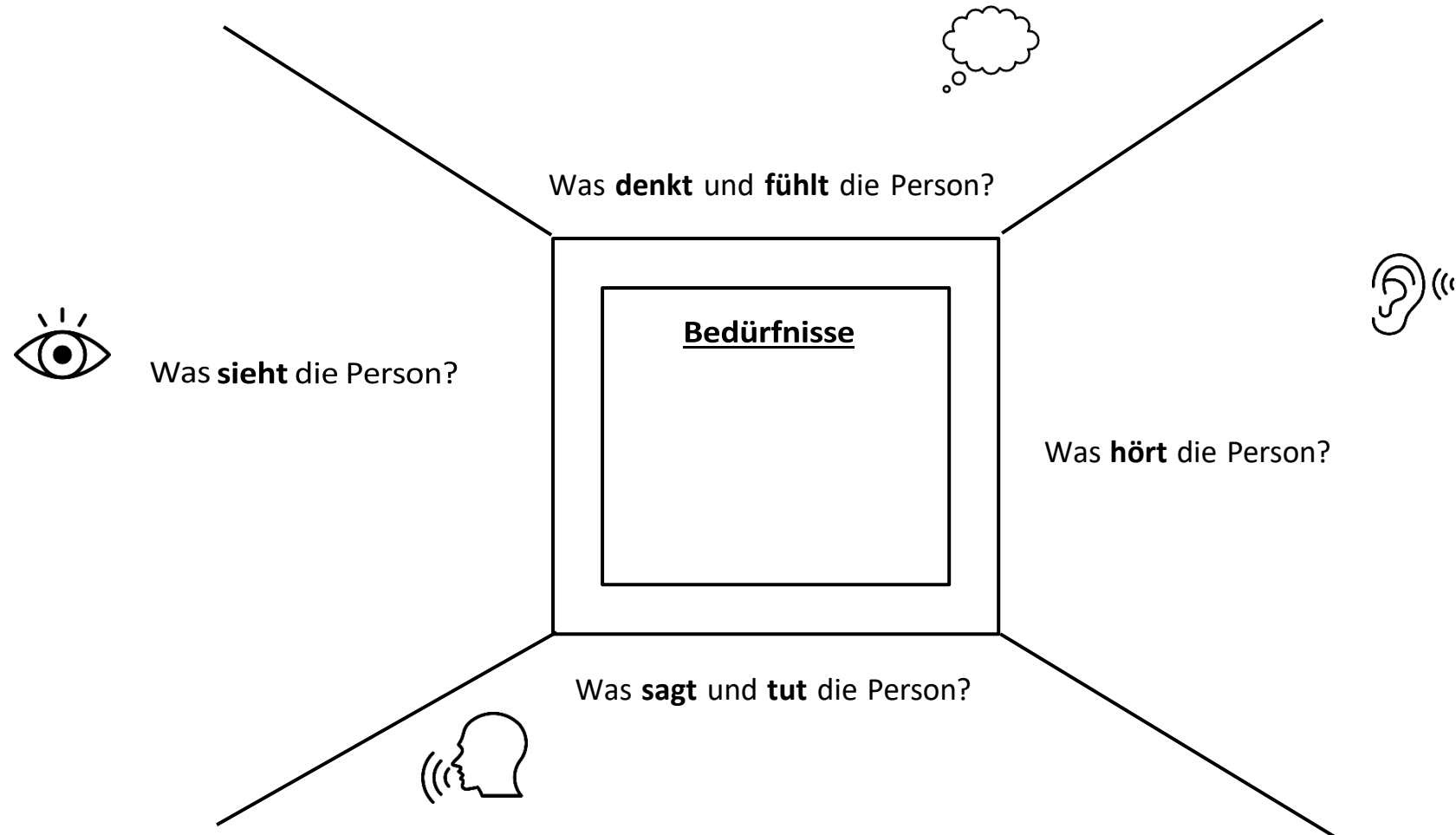
Abdullah, Muhammed Salim (2004): Sterbebegleitung, Bestattungsriten und Friedhofskultur im Islam. In: Lilie, Ulrich/ Zwierlein, Eduard (Hrsg.): *Handbuch integrierte Sterbebegleitung*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus. S.181-189.

Neuberger, Julia (2009): *Sterbende unterschiedlicher Glaubensrichtungen pflegen*. 2., vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Hogrefe.

Urban, Elke (2019): *Transkulturelle Pflege am Lebensende. Umgang mit Sterbenden und Verstorbenen unterschiedlicher Religionen und Kulturen*. 3., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Anhang 3

Zu 7.3.5 Übung - Perspektivwechsel



Fiktives Fallbeispiel

<p>Name: Melek Yilmaz</p> <p>Alter: 73 Jahre</p> <p>Herkunftsland: Türkei, lebt seit vielen Jahren in Deutschland</p> <p>Wohnort: Eine deutsche Großstadt</p> <p>Familienstand: Verwitwet, lebt mit Tochter und Sohn sowie deren Familien in einem Mehrgenerationenhaushalt</p> <p>Glaube: gläubige Muslima</p> <p>Sprachkenntnisse: spricht wenig Deutsch</p> <p>Erkrankung: Krebserkrankung (nicht heilbar)</p> <p>Pflege: bisher Zuhause durch ihre Tochter (Leila, 54) und Schwiegertochter (Özlem, 46)</p>	<p>Frau Yilmaz leidet seit mehreren Jahren an einer fortgeschrittenen, nicht heilbaren Krebserkrankung. Ihr Gesundheitszustand hat sich in letzter Zeit drastisch verschlechtert. Bisher wurde sie von ihren Angehörigen zu Hause gepflegt. Nach einem Aufenthalt im Krankenhaus, aufgrund von akuten Beschwerden und starken Schmerzen, raten ihr die Ärzt:innen zu einer palliativen Versorgung. Da Frau Yilmaz ihr Zuhause nicht verlassen will, schlägt das Team eine Palliative Versorgung zu Hause vor, damit sie Schmerzlinderung erfährt und ihre Angehörigen entlastet werden. Des Weiteren soll ein ambulanter Hospizdienst mit einer ehrenamtlichen Person Frau Yilmaz und ihre Familie unterstützen. Frau Yilmaz Kinder sind mit den Vorschlägen einverstanden und sprechen mit ihrer Mutter über das weitere Vorgehen.</p>
---	---

Aufgabenstellung:

Nehmen Sie bitte die Perspektive von Frau Yilmaz ein. Was **denkt/fühlt, sieht, sagt/tut** und **hört** sie? Welche Bedürfnisse lassen Perspektivwechsel ableiten? Bringen Sie, falls vorhanden, Ihre eigenen Erfahrungen als Haupt- und Ehrenamtliche Sterbebegleiter:innen mit ein. Achten Sie jedoch bitte darauf, keine Stereotype zu reproduzieren! Die Ergebnisse Ihrer Diskussion notieren Sie bitte auf dem Arbeitsblatt.

Anhang 4

Zu 7.3.6 Übung - nonverbale Kommunikation

Bitte finden Sie sich in Dreiergruppen zusammen. Eine Person ist der:die Ehrenamtliche, eine Person ist der:die Sterbende und eine Person Beobachter:in. Der:die Ehrenamtliche versucht anhand der nonverbalen Gesten und der Mimik der sterbenden Person das Bedürfnis herauszufinden. Dabei darf weder gesprochen, noch auf Gegenstände gezeigt werden. Finden Sie heraus, welche Strategien Sie nutzen können um eine Kommunikation ohne Sprache gelingend zu gestalten.

1. Bitte öffnen Sie das Fenster.

2. Ich möchte alleine sein.

3. Ich habe Durst.

4. Mir ist kalt.

5. Ich möchte etwas essen.

6. Ich muss zur Toilette.

Nach einer Idee von: Geiter, Heinke (2022): Ehrenamtliche Sterbebegleitung lehren. Ein Curriculum in 12 Schritten. Esslingen: der hospiz verlag.

Anhang 5

Zu 7.3.6 Förderung der (nonverbalen) Kommunikation

Praktische Hilfsmittel zur Förderung der Kommunikation für Begleitungen bei Menschen mit geringen Sprachkenntnissen:

- Namen korrekt aussprechen und nachfragen wenn Aussprache unklar ist.
- Klare, einfache Sprache verwenden.
- Stigmatisierende Sprache unbedingt vermeiden (duzen, Verben im Infinitiv, ...).
- Beispiele aus dem Lebensumfeld der begleitenden Person nutzen.
- Gestik und Mimik verstärkt einsetzen wenn Sprachlosigkeit eintritt.
- Witze, Floskeln und Ironie vermeiden, da die Verwendung zu kulturellen Missverständnissen führen kann.
- Vorhandene Sprachkenntnisse würdigen und zum Sprechen animieren. Wertschätzende Anerkennung erhöht das Vertrauen in die eigenen Kompetenzen.
- Eine gemeinsame Fremdsprache nutzen falls vorhanden.
- Nachfragen, falls etwas nicht verstanden wird oder unklar ist.
- Offene Fragen stellen und zum Nachfragen animieren.
- Methoden zur nonverbalen Kommunikation nutzen z.B. mit Bildern und Kommunikationstafeln arbeiten.
- Übersetzungsapps auf dem Handy nutzen.

Verwendete Literatur:

Friese, Paul (2019): Kultur- und migrationssensible Beratung. Beltz-Juventa: Weinheim, Basel.

Kunze, Norbert (2018): Kultur- und gesellschaftssensible Beratung von Migrantinnen und Migranten. Konzepte für die psychologische und psychosoziale Praxis. Psychosozial Verlag: Gießen.

Radice von Wogau, Janine/ Eimmermacher, Hanna/ Lanfranchi, Andrea (Hrsg.): (2015): Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln. Beltz Verlag: Weinheim, Basel.

13. Eigenständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, Mariam Kashani Moghadam an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit „*Transkulturelle Kompetenz in der Hospizarbeit. Herausforderungen und Handlungsempfehlungen für die Begleitung von Menschen mit Migrationsgeschichte am Lebensende*“ im Studienfach Soziale Arbeit bei den Prüferinnen Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Verena Begemann und Anja Goral selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die dem Wortlaut oder dem Sinn nach anderen Werken (auch Internetquellen) entnommen sind, wurden unter Angaben der Quellen kenntlich gemacht. Die eingereichte schriftliche Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Fassung. Ich habe die Arbeit nicht in einem anderen Prüfungsverfahren eingereicht.

Ich versichere auch, dass ich auf generativer künstlicher Intelligenz (KI) basierende text- oder sonstige inhaltsgenerierende Hilfsmittel (z. B. ChatGPT) nicht oder nur durch die Prüferinnen explizit gestattete Weise verwendet habe. Ich bin darauf vorbereitet, meine etwaige Nutzung von KI-basierten text- oder inhaltsgenerierenden Hilfsmittel mit entsprechenden dokumentierenden Unterlagen (z. B. Chatprotokolle) darzulegen, sollte es Klärungsbedarf geben:

Die Nutzung von KI-basierten text- oder inhaltsgenerierenden Hilfsmitteln wurde von den Prüferinnen gestattet und eine Liste der gestatteten und praktizierten Verwendungsweisen ist in der Arbeit angeführt bzw. darin aufgeführt (siehe Anlage zur Eigenständigkeitserklärung: Dokumentation der Verwendung generativer KI-Systeme).

Es ist keine Nutzung von KI-basierten text- oder inhaltsgenerierenden Hilfsmitteln erfolgt.

Hannover, den 29.05.2025

Mariam Kashani Moghadam