

Bundesverwaltungsamt  
ZMV I 1 – Frau Hildegard Bongartz  
50728 Köln

VDI/VDE Innovation + Technik GmbH  
Herrn Dr. Tobias Hainz  
Steinplatz 1  
10623 Berlin

**FB Erziehungswissenschaft und  
Psychologie, AB Qualitative So-  
zial- und Bildungsforschung**

Prof. Dr. Uwe Flick und Silke Migala

31.10.2020

## Endbericht

### 1 Titel und Verantwortliche

„Interkulturalität der Versorgung am Lebensende - Anspruch und Wirklichkeit aus einer organisationsethischen Perspektive“

**Förderkennzeichen:** ZMV I 2516 FSB 003

**Leitung:** Prof. Dr. Uwe Flick

**Mitarbeiterin:** Silke Migala, M.Sc.

#### **Kontaktdaten:**

Freie Universität Berlin, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie, Wissenschaftsbereich Erziehungswissenschaft und Grundschulpädagogik, Arbeitsbereich Qualitative Sozial- und Bildungsforschung

Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin

Prof. Dr. Uwe Flick

Raum: KL 23/212

Email: [uwe.flick@fu-berlin.de](mailto:uwe.flick@fu-berlin.de)

Tel.: 030 838 62985

Silke Migala, M.Sc.

Raum KL 23/215

Email: [silke.migala@fu-berlin.de](mailto:silke.migala@fu-berlin.de)

Tel.: 030 838 62935

**Laufzeit:** 01.03.2017 bis 31.12.2019

**Fördersumme:** 182.707,34 €

---

## 2 Inhaltsverzeichnis

1	Titel und Verantwortliche.....	1
3	Zusammenfassung.....	5
4	Einleitung .....	6
4.1	Ausgangslage des Projekts .....	6
4.2	Ziele des Projekts .....	8
4.3	Projektstruktur (Projektaufbau, Strukturen, Verantwortlichkeiten) .....	9
5	Erhebungs- und Auswertungsmethodik .....	10
5.1	Ziele und Teilziele des Projekts .....	10
5.2	Datenerhebung und Datenauswertung .....	11
5.2.1	Sekundäranalyse .....	12
5.2.2	Diskursanalyse .....	14
5.2.3	Expert*inneninterviews .....	15
5.2.4	Durchführung und Auswertung des Fachgesprächs.....	18
5.3	Triangulation der Methoden und Perspektiven .....	20
6	Durchführung, Arbeits-, Zeit- und Finanzierungsplan.....	21
6.1	Arbeits- und Zeitplan.....	21
6.2	Abweichungen vom Finanzierungsplan .....	23
6.3	Wichtigste Positionen zum zahlenmäßigen Verwendungsnachweis .....	23
6.4	Notwendigkeit und Angemessenheit der geleisteten Arbeit.....	24
7	Ergebnisse .....	24
7.1	Stand der Forschung und theoretischer Rahmen .....	24
7.2	Theoretische Überlegungen.....	29
7.2.1	Diskurs und Intersektionalität.....	30
7.2.2	Ansätze und Begriffe der Ethik .....	32
7.2.3	Zum Verständnis einer empirisch informierten Ethik .....	33
7.2.4	Ansätze und Prinzipien der Ethik zur Bewertung.....	35
7.2.5	Autonomie und Selbstbestimmung .....	36
7.2.6	Gerechtigkeit.....	39
7.2.7	Fürsorge .....	40

---

7.2.8	Organisationsethik und Verantwortung.....	40
7.3	Zwischenfazit und Schlussfolgerungen für die Untersuchung .....	42
7.4	Ergebnisse der Sekundäranalyse .....	43
7.4.1	Beschreibung des Samples .....	43
7.4.2	Auswahl und Begründung der Themen für die Sekundäranalyse.....	44
7.5	Fazit der Sekundäranalyse und ethische Diskussion.....	64
7.6	Ergebnisse der Diskursanalyse.....	71
7.6.1	Durchführung der Analyse .....	71
7.6.2	Ergebnisse der Diskursanalyse der Stellungnahmen und Positionspapiere.....	71
7.6.3	Artikulationen von Gerechtigkeit und Dimensionen von Ungleichheit am Beispiel parteipolitischer Positionspapiere.....	81
7.6.4	Diskursanalyse der Leitbilder der Einrichtungen.....	84
7.7	Fazit der Diskursanalyse und ethische Diskussion .....	92
7.8	Ergebnisse der Expert*inneninterviews .....	93
7.8.1	Perspektive der Wissenschaftler*innen .....	93
7.8.2	Perspektive der Führungskräfte.....	98
7.8.3	Fazit und Schlussfolgerungen der Analyse der Expert*inneninterviews.....	105
7.9	Diskussionspapier.....	106
7.9.1	Sicherstellung einer gelingenden Kommunikation am Lebensende in transkulturellen Versorgungssituationen am Lebensende .....	107
7.9.2	Zwischenfazit.....	110
7.9.3	Gewährleistung diversitäts- und kultursensibler sowie organisationsethischer Strukturen in Einrichtungen der Versorgung am Lebensende .....	111
7.9.4	Zwischenfazit.....	112
7.9.5	Stärkung des Diskurses zur Bedeutung einer würdewahrenden pflegerischen Versorgung am Lebensende vor dem Hintergrund der zunehmenden Diversität unserer alternden Gesellschaft .....	113
7.9.6	Zwischenfazit.....	114
7.10	Fazit des Diskussionspapiers .....	114
8	Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung .....	115
9	Gender Mainstreaming Aspekte.....	117

---

10	Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse.....	118
10.1	Publikationen .....	118
10.2	Beiträge auf Kongressen und Fachveranstaltungen (Vorträge, Poster, Arbeitspapiere) .....	119
10.3	Geplante Publikationen.....	120
10.4	Lehrveranstaltungen mit Projektbezug.....	121
10.5	Verfügbarkeit über Internet .....	122
11	Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotenzial).....	122
12	Publikationsverzeichnis .....	124
13	Literatur .....	126
Anhang	.....	134

### 3 Zusammenfassung

Angesichts der wachsenden und zunehmend alternden Bevölkerung gewinnen Fragen der sozialen Gerechtigkeit bei der Verteilung zur Verfügung stehender Ressourcen im Gesundheitswesen, des Respekts unterschiedlicher Wertvorstellungen und des Umgangs mit interkulturellen Konflikten aus ethischer Perspektive an Bedeutung. Vor dem Hintergrund fehlender Chancengleichheit in der pflegerischen und hospizlichen Versorgung am Lebensende u.a. für Menschen mit Migrationshintergrund und dabei oft unzureichenden Strukturen zur Bewältigung der damit verbundenen Herausforderungen stellt sich die Frage nach möglichen Ursachen und geeigneten Lösungsansätzen. Daher wurde danach gefragt, welchen Beitrag Interkulturalität als normatives Konzept für eine gute und gerechte Versorgung am Lebensende leisten kann. Weiterhin sollte in den Blick genommen werden, welchen Stellenwert kulturelle Diversität der alternden Gesellschaft in gesundheitspolitischen Diskursen einnimmt, welche normativen Vorstellungen Patienten und Angehörige von einer guten und gerechten Versorgung am Lebensende haben und wie Organisationen und die in ihnen handelnden Akteure ihre Verantwortlichkeit für die Umsetzung einer interkulturellen Versorgung am Lebensende wahrnehmen.

In dieser Studie, in der verschiedene Methoden qualitativer Sozialforschung trianguliert wurden, stellt die Auseinandersetzung mit ausgewählten zentralen Begriffen der Ethik einen wichtigen Ausgangspunkt dar. Neben einer Diskursanalyse gesundheits- und pflegepolitischer Diskurse wurde eine Sekundäranalyse von Daten aus episodischen Interviews mit Sterbenden und Angehörigen (n=46, mit/ohne Migrationshintergrund) und Expert\*inneninterviews mit Führungskräften (n=30) aus den Bereichen Pflege und Sozialer Arbeit sowie mit Wissenschaftler\*innen (n=10) mit Expertise zu Lehren des Islam geführt.

Für die Interpretation der Ergebnisse wurden der Ansatz der Intersektionalität sowie relevante ethische Ansätze aufgegriffen, um Impulse für den weiteren gesundheitspolitischen Diskurs und die Konzeption praxisorientierter Ansätze zu geben, die aus organisationsethischer Perspektive geeignet sind, zu einer gelingenden Versorgung am Lebensende in einer in kultureller Diversität alternden Gesellschaft beizutragen. Die Ergebnisse zeigen, dass eine kritische theoretisch fundierte Vorstellung von Differenz in relevante ethische Prinzipien der (pflegerischen) Versorgung am Lebensende aufzunehmen ist, die eine durchdachte Vorstellung von Interkulturalität einschließt. Dies kann dazu beitragen, Konzepte der interkulturellen Öffnung oder des Diversity Managements nicht nur als Legitimitätsstrategie zu gebrauchen bzw. als Label mit Außenwirkung aufzubauen. Für die ethische Bewertung von Versorgungssituationen und als Argumentationsgrundlage für die Gestaltung der Rahmenbedingungen sollten care-ethische Ansätze, die in den vergangenen Jahren weiterentwickelt wurden, in höherem Maße einbezogen werden.

## **4 Einleitung**

### **4.1 Ausgangslage des Projekts**

Eine der gegenwärtigen Herausforderungen des demografischen Wandels stellt die steigende Anzahl und zunehmende Diversität der Menschen dar, die in ihrer letzten Lebensphase auf einen bedarfsgerechten Zugang zu pflegerischer Versorgung angewiesen sind. In diesem Zusammenhang gewinnen Fragen sozialer Gerechtigkeit und des Verbots von Diskriminierung in der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung am Lebensende aus ethischer Perspektive zunehmend an Bedeutung [100]. Unter Gerechtigkeits- und Gleichheitsansprüchen, die die Würde und damit einen Anspruch auf ein Leben in Gesundheit aller Menschen unabhängig von ihrer Herkunft, ihrer Muttersprache, ihrer Religion oder Nationalität anerkennen, tritt die Relevanz für die Auseinandersetzung mit Ungleichheiten und möglichen Ungerechtigkeiten im Gesundheitswesen zutage, die sich unter anderem für vulnerable Gruppen, wie z.B. für Menschen mit Migrationshintergrund zeigen [103]. So stehen Barrieren wie eine mangelhafte sprachliche Verständigung, Informationsdefizite zu rechtlichen Ansprüchen an Versorgungsleistungen sowie Differenzen in Vorstellungen zum Prinzip der Selbstbestimmung (wie z.B. individuelle versus kollektive Entscheidungsprozesse) einer Chancengleichheit im Zugang zu Versorgungsleistungen am Lebensende entgegen [50], obwohl ein gleichberechtigter individueller Zugang zu Leistungen aus dem Gesundheitssystem aus verfassungsrechtlicher Perspektive einen hohen Stellenwert genießt.

Vor diesem Hintergrund stellte in dieser Untersuchung, in der verschiedene Methoden qualitativer Sozialforschung trianguliert wurden, die Auseinandersetzung mit ausgewählten ethischen Begriffen (u.a. Gerechtigkeit, Autonomie, Verantwortung) und Denkansätzen einen wichtigen Ausgangspunkt dar. Zum einen galt es zu explizieren, welche Überzeugungen oder Situationen aus einer ethischen Perspektive zu problematisieren sind, und zum anderen zielte dies darauf ab, Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation unter Abwägung relevanter ethischer Theorien und Prinzipien ableiten zu können.

Im Fokus dieses Projekts standen die Organisationen, in denen zwischen Nutzer\*innen und beruflichen Akteur\*innen individuelle und kollektiv geteilte Wertvorstellungen über eine „gute und gerechte“ Versorgung aufeinandertreffen, die in Aushandlungs- und Entscheidungsprozessen zu ethischen Konflikten oder möglicherweise ethischen Dilemmata führen können. Daher war von besonderem Interesse, inwieweit Interkulturalität und interkulturelle Kompetenz als normative Konzepte in den gesundheitspolitischen Diskursen über die Versorgung am Lebensende aufgegriffen werden und wie Organisationen ihre Verantwortung vor diesem Hintergrund wahrnehmen.

Um die verschiedenen Ebenen, in denen die Frage nach der Verantwortung für die Verbesserung der Versorgungssituation aus einer organisationsethischen Perspektive Relevanz entfaltet, in den Blick zu nehmen, sollten folgende Fragestellungen in der Studie untersucht werden:

**Hauptfragestellungen** waren: Kann Interkulturalität als normatives Konzept vor dem Hintergrund einer in Diversität alternden Gesellschaft und der damit einhergehenden Multiperspektivität in Bezug auf Ressourcen, Ansprüche, Erwartungen und Bedürfnisse einen Beitrag für eine gute und gerechte Versorgung am Lebensende leisten?

Wenn ja, welche Maßnahmen lassen sich für eine konzeptionelle Weiterentwicklung und Qualitätssicherung von Interkulturalität oder welche alternativen Lösungsansätze lassen sich für die gesundheitspolitischen Diskurse unter Berücksichtigung unterschiedlicher ethischer Denkansätze ableiten?

**Teil-Fragestellungen** waren: 1) Inwieweit ist kulturelle Diversität als Herausforderung für die Gestaltung der Versorgung am Lebensende bedeutsamer Teil des aktuellen gesundheitspolitischen Diskurses zum demografischen Wandel?

2) Welche Bedeutung wird relevanten ethischen Prinzipien wie z.B. sozialer Gerechtigkeit, gesundheitlicher Chancengleichheit und Vermeidung von Diskriminierung für vulnerable Gruppen hinsichtlich gesetzlicher Regelungen, zur Finanzierung und bei der organisatorischen Gestaltung von entsprechenden Versorgungsstrukturen beigemessen? Welche Wirkmächtigkeit zeigt sich mit Blick auf die rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen?

3) Welche normativen Vorstellungen haben Patienten und Angehörige von einer guten und gerechten Versorgung am Lebensende? Welche Erwartungen verknüpfen sie damit und welche (positiven und negativen) Erfahrungen verdeutlichen sie?

4) Wie nehmen Organisationen des Gesundheitssystems und die in ihnen handelnden Akteure ihre Verantwortlichkeit für die Umsetzung einer interkulturellen Versorgung am Lebensende wahr? Welche Vorstellungen zur hospizlichen und pflegerischen Versorgung erweisen sich als hierfür relevant? Welche Erwartungen haben sie an die Nutzer ihrer Organisationen?

5) Welche Chancen und Grenzen zeigen sich bei den Bemühungen zur Herstellung einer gelingenden Interkulturalität in der Versorgungspraxis am Lebensende und wie gehen die verantwortlichen Akteure mit den daraus entstehenden Herausforderungen (wie z.B. Wertkonflikten) um?

6) Welche Hinweise zeigen sich hinsichtlich der Ursachen für die (noch) fehlende Verstetigung einer interkulturellen Versorgung? Welche Grenzen lassen sich auf konfligierende Werte zurückführen? Welche Konsequenzen lassen sich daraus ableiten?

## 4.2 Ziele des Projekts

(1) Ziel dieser Untersuchung war die **Deskription und Rekonstruktion** vorhandener ethischer Normen und Überzeugungen, die sich insbesondere in Bezug auf Fragen des Umgangs mit kultureller Diversität und ihrer Bedeutung für die Gestaltung der Versorgung am Lebensende in den gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Diskursen, in den individuellen und kollektiven Sichtweisen von verantwortlichen Akteuren in Organisationen der Gesundheitsversorgung sowie den individuellen Sichtweisen der Nutzer zeigen. Es sollte aufgezeigt werden, welche ethischen Prinzipien und Werte adressiert und ggf. abgewogen werden, welche Kriterien und Argumentationen zur Begründung einer individuellen oder kollektiven Wertorientierung und Positionierung herangezogen werden, inwiefern Wertkonflikte wahrgenommen und wie sie bewertet werden. Ebenso sollte herausgearbeitet werden, welche Relevanz die Konzepte Interkulturalität und interkulturelle Kompetenz in den Diskursen und Aushandlungsprozessen in der Versorgungspraxis haben. Die sich innerhalb der Perspektiven sowie im Vergleich zeigenden Gemeinsamkeiten, Differenzen und Diskrepanzen sollten gleichermaßen dargestellt und unter Berücksichtigung ihres historischen, sozialen, kulturellen und ökonomischen Kontexts kontrastierend analysiert werden. Die bislang fehlende Wahrnehmung der Perspektiven von den in der Praxis miteinander interagierenden Personen (hier Patienten und Angehörige, verantwortliche Akteure) im pflege- bzw. gesundheitspolitischen Diskurs sollte ermöglicht und zu einer stärkeren Orientierung an deren Bedürfnissen führen.

Die Beschreibung der Situation diene zudem als Ausgangspunkt für die weitere Interpretation und ethische Bewertung der sich zeigenden Wertorientierungen und Wertkonflikte. Ziel war es, unterschiedliche ethische Theorien heranzuziehen, um unterschiedliche Argumentationslogiken mit ihren jeweiligen Konsequenzen aufzuzeigen. Dabei sollten differente Moraltheorien oder -lehren aus anderen Kulturkreisen berücksichtigt werden.

(2) Im Weiteren ging es um die **Entwicklung eines Diskussionspapiers**, in dem auf der Grundlage des Forschungsstands, von Konzepten der Interkulturalität, zur interkulturellen Kompetenz und Ethik in Organisationen sowie den eigenen empirischen Ergebnissen Empfehlungen für Maßnahmen erarbeitet wurden, die geeignet sind, Ungleichheiten und Benachteiligungen in der Versorgung am Lebensende insbesondere für vulnerable Gruppen zu reduzieren. In Anlehnung an das methodische Vorgehen für die Bewertung von Public Health Maßnahmen von Marckmann und Strech [61], die hierfür durch ethische Prinzipien begründete spezifische Kriterien heranziehen, sollte die Konzeption der Maßnahmen eine genaue Beschreibung der Zielsetzung enthalten. Damit sollten alternative Argumentationen bei der Abwägung möglicherweise konfligierender Prinzipien aufgezeigt und verdeutlicht werden, zu welchem Ergebnis unterschiedliche Gewichtungen der Bewertungskriterien führen. Dabei lag ein besonderer Fokus auf der Auseinandersetzung mit der Frage, wie mit Wertkonflikten und

ethischen Dilemmata aufgrund der Werteordnung des Grundgesetzes eventuell entgegenstehende Ethiken umgegangen werden kann. Die transparente Darstellung unterschiedlicher ethischer Sichtweisen auf möglicherweise problematische Aspekte und Widersprüche hinsichtlich der entwickelten Maßnahme sollte eine Hintergrundfolie bieten und Impulse für den gesellschaftlichen Diskurs und gesundheitspolitische Entscheidungen setzen, die ethisch vertretbare und mit dem Wertesystem des Grundgesetzes vereinbare Rahmenbedingungen für eine gelingende Interkulturalität der Versorgung oder alternativer Lösungsansätze anstreben.

(3) Die gewonnenen Erkenntnisse sollten darüber hinaus in die **(Weiter)Entwicklung von Lehrkonzeptionen** einfließen, die innovative praxisorientierte Ansätze zur Befähigung verantwortlicher Akteure zur Umsetzung interkultureller Kompetenz und interkultureller Organisationsstrukturen in den Fokus stellen und einen Beitrag zu berufs- und organisationsethischen Konzepten der Pflege und der Hospizarbeit leisten.

(4) In der Studie sollten die Wechselbeziehungen zwischen ethischen Konzepten, empirisch ethischen Fragestellungen der Gesundheitswissenschaften und qualitativen Forschungsmethoden reflektiert und dargestellt werden, um damit den Beitrag des Ansatzes der Triangulation von qualitativen Methoden und Perspektiven für die Bearbeitung von ethischen Fragestellungen in diesem Bereich zu verdeutlichen.

#### **4.3 Projektstruktur (Projektaufbau, Strukturen, Verantwortlichkeiten)**

Das Projekt wurde im Zeitraum von März 2017 bis Dezember 2019 unter der Leitung von Prof. Dr. Uwe Flick im Arbeitsbereich Qualitative Sozial- und Bildungsforschung am Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie der Freien Universität Berlin durchgeführt. Als wissenschaftliche Mitarbeiterin war Silke Migala an der Durchführung beteiligt. Zusätzlich wurde das Projekt von verschiedenen studentischen Mitarbeiter\*innen (z.B.: Durchführung des Fachgesprächs, Literaturbeschaffung) und durch das Sekretariat des Arbeitsbereichs (z.B.: Abrechnung von Werkverträgen, Dienstreisen) unterstützt. Für die Methodenberatung und den Support für ATLAS.ti stand Dr. Agnes Mühlmeier-Menzel als Mitarbeiterin des Arbeitsbereichs zur Verfügung.

Für die Durchführung des Projekts standen zudem zahlreiche Kooperationspartner\*innen und unterstützende Organisationen aus den Bereichen Praxis und Wissenschaft zur Verfügung. Um den Zugang zu Interviewpartner\*innen aus dem Bereich Pflege und Soziale Arbeit in Versorgungskontexten am Lebensende sicherzustellen, wurden im Vorfeld der Studie und zu Beginn des Projekts kooperierende Einrichtungen für die weitere Zusammenarbeit gewonnen. Die Kooperationen dienten zudem der Verstetigung und weiteren Verwertung der Projektergebnisse. Für den wissenschaftlichen und insbesondere philosophischen Austausch wurden externe Wissenschaftler\*innen einbezogen.

## 5 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

### 5.1 Ziele und Teilziele des Projekts

Übergeordnete(s) Ziel(e):	Wie wird die Zielerreichung gemessen?
Sekundärdatenanalyse: episodische Interviews mit schwersterkrankten und sterbenden Patienten und/oder deren Angehörigen	Patienten und Angehörige mit (n=30) und ohne Migrationshintergrund (n=16)
Diskursanalyse: Interkulturalität der Versorgung am Lebensende vor dem Hintergrund des demografischen Wandels	Exploration des Untersuchungsfeldes und Auswahl relevanter Diskursebenen und -stränge
Experteninterviews: Befragung von Islamwissenschaftler*innen und Islamgelehrten sowie Befragung von verantwortlichen Akteur*innen in Organisationen der Versorgung am Lebensende	Etwa n=10 explorative Interviews und n=30 theoriegenerierende Interviews geführt
Durchführung von projektbegleitenden Fachgesprächen zur Auseinandersetzung mit argumentations- und denkgeschichtlichen Ansätzen der Ethik und Philosophie	Reflexion der eigenen Ausgangsposition; Aufzeigen von Pfaden unterschiedlicher disziplinärer Denkansätze und Aufzeigen multiperspektivischer Lösungswege
Aufbereitung der Ergebnisse unter Bezugnahme auf die Datenbasis, Diskussion und Interpretation der Ergebnisse hinsichtlich der formulierten Projektziele, aufzeigen von Limitationen, Implikationen für weitere Forschung	(1) Deskription und Rekonstruktion der sich zeigenden ethischen Normen und Vorstellungen (2) Diskussionspapier zu Empfehlungen von Maßnahmen als Grundlage für den weiteren gesellschaftlichen und politischen Diskurs (3) Vorschläge zu Inhalten und didaktischen Konzepten für Ausbildung, Weiterbildung und Lehre (4) Reflexion qualitativer Forschungsperspektiven und -methoden zur Untersuchung ethischer Fragestellungen in der Gesundheitswissenschaft
<b>Teilziele:</b>	
Systematische Literaturrecherche	Literaturdatenbanken (Auswahl): Online-Katalog der FU Berlin, ScienceDirect, PubMed, Scopus, JSTOR Suchbegriffe: z.B. Migration, Interkulturalität, gerechte Gesundheit, (Theorien) sozialer Gerechtigkeit, Solidarität, Organisationsethik, (praktische) Ethik, (Sozial)Philosophie, Eigenverantwortung, Zuteilung, Diskurstheorie ... Dokumentation der Recherchestrategie; Darstellung des Forschungsstandes und des theoretischen Rahmens
Durchführung von projektbegleitenden Fachgesprächen	Systematische Informationssammlung zu relevanten Ethiken, auch aus anderen Kulturkreisen; Erstellen und Auswerten der Ergebnisprotokolle,

	Reflexion der eigenen Perspektive, transparente Darstellung der Aufnahme wichtiger Erkenntnisse in den Forschungsprozess und Diskussion der Ergebnisse
Durchführung der Diskursanalyse	Korpuserstellung - Konkretisierung des Materials, Formulierung heuristischer Fragestellungen, Feinanalyse, Kontextualisierung der Ergebnisse, fachwissenschaftliche Systematisierung ethischer Fragen/Aspekte, die mit dem Diskurs zur Interkulturalität in der Versorgung verbunden sind
Durchführung der Sekundäranalyse	Entwicklung von Deutungsmustern/einer Typologie zu den sozialen Repräsentationen der normativen Vorstellungen und Erwartungen
Systematisierende und theoriegenerierende Auswertung der Experteninterviews	Entwicklung einer Typologie der Vorstellungen zur Verantwortung von Organisationen und der sozialen Repräsentationen von Verantwortlichkeit für eine interkulturelle Versorgung
Triangulation der Ergebnisse	Aufzeigen von Gemeinsamkeiten, Unterschieden und Diskrepanzen zwischen den einbezogenen Perspektiven; Reflexion des methodischen Vorgehens
Wissenschaftliche Publikationen	Kongresse (ca. 3), Beiträge in Fachzeitschriften (ca. 3)
Formulierung von Empfehlungen von Maßnahme(n) für BMG	Erstellung eines Diskussionspapiers: Aufzeigen von Alternativen mit jeweiligen Argumentationslogiken und Bewertung ethischer Prinzipien anhand von transparenten Kriterien; Erstellen eines Leitfadens für Lehrkonzepte
Dissemination der Ergebnisse in Politik, (Fach-)Öffentlichkeit und Lehre	Weiterleiten des Diskussionspapiers an: BMG, Deutscher Ethikrat, Sachverständigenrat für Gesundheit, IQWiQ etc.; Durchführung von Vorträgen/Workshops bei Fachveranstaltungen, Fortbildungen in Organisationen, Einbindung der Ergebnisse in Lehrveranstaltungen etc.

## 5.2 Datenerhebung und Datenauswertung

Für die Untersuchung wurde eine interdisziplinäre Forschungsperspektive eingenommen, in der Methoden qualitativer Sozialforschung trianguliert und in ihrer Begründung und Anwendung im Sinne einer empirisch informierten Ethik systematisch reflektiert wurden. Neben einer Sekundäranalyse von Daten aus episodischen Interviews mit Sterbenden und Angehörigen (n=46, mit/ohne Migrationshintergrund) und einer Diskursanalyse gesundheits- und pflegepolitischer Stellungnahmen wurden Expert\*inneninterviews mit Führungskräften (n=30) aus den Bereichen der Pflege und Sozialen Arbeit sowie mit Wissenschaftler\*innen mit Expertise zu

Lehren des Islam (n=5) geführt. Ein Gruppeninterview ermöglichte den Einbezug der Expertise mit weiteren fünf Expert\*innen.

Ergänzend wurde in der Anfangsphase des Projekts ein philosophisches Fachgespräch geführt, um eine systematische Informationssammlung zu relevanten Ethiken (auch aus anderen Kulturkreisen) sicherzustellen und eine Reflexion der eigenen Perspektive zu gewährleisten. Ziel war eine transparente Darstellung der Aufnahme wichtiger Erkenntnisse in den Forschungsprozess und Diskussion der Ergebnisse.

Der Auswertungsprozess erfolgte unter einem kontinuierlichen Austausch der Interpretationen innerhalb des Forscherteams.

Zur Unterstützung eines systematischen und nachvollziehbaren Analyseprozesses wurde für alle Auswertungsverfahren die qualitative Datenanalysesoftware ATLAS.ti eingesetzt, die der Idee eines iterativ geleiteten Forschungsprozesses entgegenkommt [25].

Zunächst werden die Vorgehensweisen der Datenerhebung und -auswertung für die unterschiedlichen Methoden der Untersuchung dargelegt, bevor im Weiteren auf die Triangulation der Methoden und Perspektiven eingegangen wird.

### **5.2.1 Sekundäranalyse**

Für die Sekundäranalyse der Studie wurden Daten aus dem Projekt PALQUALSUM (n=46 leitfadengestützte episodische Interviews) herangezogen. So konnte eine erneute Befragung von Personen in einer Situation am Lebensende vermieden werden, bei denen es sich insbesondere in Bezug auf Menschen mit Migrationshintergrund um eine sogenannte hard to reach Gruppe bzw. um eine ohnehin besonders vulnerable Gruppe handelt [14, 63].

Die vorhandenen Interviews bezogen sich auf die Versorgungssituation am Lebensende der Interviewpartner\*innen oder ihrer Angehörigen (darunter n=29 mit einem russischsprachigen Migrationshintergrund, eine ausführliche Beschreibung des Samples siehe 7.4) und zielten darauf ab, deren Alltagswissen (verstanden als semantisches und episodisches Wissen) zu formalen Abläufen und Bedingungen sowie ihre Erfahrungen zu bestimmten Episoden palliativen Versorgungsprozess zu erfassen. Im ersten Auswertungsprozess interessierten primär die Vorstellungen der Patient\*innen und Angehörigen zu Lebensqualität in einer palliativen Versorgungssituation, ihre subjektiven Bedürfnisse am Lebensende und Erfahrungen bei der Inanspruchnahme. Insgesamt verdeutlichen die subjektiven Vorstellungen und Sichtweisen eine situative Abhängigkeit der jeweiligen Versorgungserfahrungen sowie die Bedeutung des sozio-kulturellen Bezugsrahmens der Betroffenen. Die sich zeigenden Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Deutungsmuster bzw. Typen lassen sich jedoch nicht allein auf die Herkunft oder religiöse Zugehörigkeiten der Betroffenen zurückführen.

Die Ergebnisse zeigen u.a., dass beispielsweise Sprachprobleme oder Vorstellungen der interviewten Betroffenen von einer „guten“ Versorgung, die den Versorgungskonzepten der gegenwärtigen „Palliative Care“ in Deutschland teils entgegenstehen, ursächlich für eine Zugangsbarriere bzw. praktische Herausforderung im Verlauf der Versorgung interpretiert werden können. Aus einer versorgungsforschungsorientierten Perspektive verblieb die Analyse jedoch auf der Ebene der Identifikation problematischer Situationen in der Versorgungspraxis. Unklar war, ob es sich hierbei jeweils um ethisch relevante Probleme handelt.

Weiterhin wurden Aussagen der Interviewten, die sich nicht auf spezifische Angebote und Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung bezogen, zwar identifiziert, jedoch nicht intensiv ausgewertet. Dies war auf die projektspezifischen Zielsetzungen zurückzuführen und weniger auf die fehlende Bedeutsamkeit der Aussagen.

Die vorhandenen Daten waren insofern ergiebig genug für eine erneute Auswertung, die vor dem Hintergrund der neuen Fragestellung explizit in Bezug auf die normativen Vorstellungen und Erwartungen hinsichtlich der Versorgung am Lebensende und Identifikation ethischer Probleme oder Konflikten erfolgte und von einer ergänzenden theoretischen Perspektive geleitet wurde. Daraus ergaben sich für die Sekundäranalyse aus einer ethisch sensibilisierten Forschungsperspektive folgende Fragestellungen:

- Welche normativen Ansprüche und Erwartungen werden an die Gesellschaft, die gesundheitlichen Versorgungsstrukturen und innerhalb der sozialen und familiären Kontexte gestellt?
- In welcher Weise setzen sich die Angehörigen und Patienten mit „Eigenverantwortung“ und „Solidarität“ am Lebensende auseinander? Welche Vorstellungen und Erfahrungen haben sie?
- Welche Probleme, Ungerechtigkeiten, Diskriminierungserfahrungen werden aufgrund ihrer Erfahrungen verdeutlicht? Worauf werden diese bezogen? (Auf welche Ebenen werden sie bezogen?) In welche strukturellen Zusammenhänge sind ihre Sichtweisen eingebettet?
- Wie gehen sie damit um? Welche Folgen ergeben sich für sie in ihrem Alltag, für ihre gesundheitliche und soziale Situation?
- Inwieweit werden hier ethische Probleme, Konflikte oder Dilemmata sichtbar?
- Inwiefern zeigen sich Widersprüche zur „Werteorientierung von Konzepten zur Versorgung am Lebensende“ oder zur Werteorientierung des Grundgesetzes?

Auch die erneute Auswertung der episodischen Interviews, ihrer Aussagen und Erzählungen zu den interessierenden Themenbereichen, erfolgte im Sinne des thematischen Kodierens zunächst einzelfallbezogen und im Weiteren vergleichend hinsichtlich von Gemeinsamkeiten und Unterschieden. Entlang der herausgearbeiteten Dimensionen und Merkmalsausprägungen

wurden die Fälle gruppiert und anhand zugrundeliegender empirischer Regelmäßigkeiten verglichen. Die so entstehenden Typen wurden unter Bezugnahme auf die Fragestellung in ihren Sinnzusammenhängen analysiert und interpretiert [22].

## **5.2.2 Diskursanalyse**

Die Diskursanalyse orientierte sich in dieser Untersuchung am Forschungsprogramm der wissenssoziologischen Diskursanalyse [41]. Um für die Wirkmächtigkeit des Diskurses [36] und Aspekte von Ungleichheit sensibel zu sein, wurde eine intersektionale Perspektive eingenommen (siehe ausführlich unter Punkt 7.2), um „die Verwobenheit unterschiedlicher differenz-, hierarchie- sowie bedeutungsstiftender Kategorien in der Analyse diskursiver Praktiken adäquat zu erfassen.“ [38, S. 153] Insofern ermöglichte das Konzept der Intersektionalität eine begründet kritische Perspektive auf die Bedeutung der Analyse von Machtverhältnissen im Diskurs.

### **5.2.2.1 Durchführung der Diskursanalyse**

Das methodische Vorgehen erfolgte in Anlehnung an [36] und dessen Leitfragen zur Erschließung von Text und Kontext, die sich an Foucaults Methodologie orientieren, um zu rekonstruieren, welche diskursiven Praktiken dazu führen, dass einer interkulturellen bzw. diversitätssensiblen Versorgung als normativer Anspruch im Gesundheitswesen im gesundheits- und pflegepolitischen Kontext bislang nur wenig Beachtung entgegengebracht wird und welche Konsequenzen sich daraus ergeben.

Als diskursive Ereignisse wurden die gesetzlichen Neuregelungen einbezogen, die im Rahmen der Demografiestrategie „Jedes Alter zählt“ durch das BMG initiiert wurden: die Pflegestärkungsgesetze I-III, das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention, das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung und das Pflegeberufreformgesetz. Aus den jeweiligen Entscheidungsprozessen der gesetzlichen Neuregelungen wurden im Sinne eines „purposive samplings“ [22] öffentlich zugängliche Stellungnahmen und Positionspapiere der politischen Parteien sowie von unterschiedlichen Organisationen im Gesundheitswesen, wie z.B. der Wohlfahrts- und Berufsverbände oder der Spitzenverbände der Kranken- und Pflegeversicherungen, in einem Korpus zusammengestellt. Damit wurden relevante gesundheits- und pflegepolitische Dokumente berücksichtigt, die den Diskurs zur Bewältigung des demografischen Wandels repräsentieren. Insgesamt wurden über 100 Dokumente gesichtet, von denen insgesamt 90 Dokumente den hauptsächlichen Materialkorpus für die Feinanalyse darstellten.

Im Rahmen eines Lehrforschungsprojekts wurde zusätzlich ein zweiter Materialkorpus für eine Diskursanalyse zusammengestellt, der die Leitbilder der Einrichtungen und Trägerorganisationen umfasste, in denen die Expert\*inneninterviews mit den Führungskräften geführt wurden.

Insgesamt wurden 27 Leitbilder bzw. vergleichbare Textdokumente in die ergänzende Analyse einbezogen.

### **5.2.2.2 Auswertung des Diskursmaterials**

Ziel der Feinanalyse war es, entlang von heuristischen Fragen zu rekonstruieren [36], in welcher Weise Ungleichheit im Diskurs zur Versorgung am Lebensende thematisiert wird bzw. welche Differenzkategorien überhaupt bedeutsam oder sagbar sind und wie wechselseitige Bezüge explizit oder implizit kenntlich gemacht werden. Relevant waren weiterhin Fragen zur ethischen Normativität der Aussagen hinsichtlich einer (bedarfs)gerechten Versorgung sowie danach, welche Subjektpositionen den Pflegenden, Pflegebedürftigen sowie schwer kranken und sterbenden Patient\*innen zugewiesen werden. Anhand dieses Leitfadens wurde das Material in mehreren Analyseschritten [36] in Bezug auf den institutionellen Rahmen, die Textoberfläche, seine sprachlich-rhetorischen Mittel und inhaltlich ideologische Aussagen interpretiert.

### **5.2.3 Expert\*inneninterviews**

Es wurden Expert\*inneninterviews mit unterschiedlichen Adressaten und Zielsetzungen geführt, um ein umfassendes Verständnis der Wirkmächtigkeit der gesellschaftlichen/gesundheitspolitischen Diskurse und der sozialen Repräsentationen von verantwortlichen Akteuren zu erhalten, die mit der aktuellen diversitätssensiblen bzw. interkulturellen Gestaltung am Lebensende einer hospizlichen und pflegerischen Versorgung verbunden sind.

Expert\*inneninterviews mit Führungskräften

Um Rückschlüsse auf die allgemeine Struktur, Regelmäßigkeit und Ausformung von Diskurspraktiken zur Interkulturalität in Organisationen ziehen zu können, wurden leitfadengestützte Expert\*inneninterviews mit Führungskräften durchgeführt, in denen gleichermaßen ihr Prozess- und Deutungswissen erschlossen wurde. Prozesswissen wird als Form eines personen- und standortgebundenen Erfahrungswissens zu Handlungsabläufen, Interaktionen, Organisationsstrukturen oder Ereignissen verstanden. Die „subjektiven Relevanzen, Sichtweisen, Interpretationen, Deutungen, Sinnentwürfe und Erklärungsmuster der Expert\*innen“ werden als Deutungswissen bezeichnet, zu dem neben sachlichem Wissen auch Alltagswissen gehört [6, S. 18-19].

In dieser Studie wurden die Führungskräfte als Interviewpartner\*innen in einer Doppelfunktion wahrgenommen. Einerseits wurden sie aufgrund ihres Expert\*innenstatus als relevant für die Diskursproduktion angesehen, da sie konzeptionell an der Umsetzung rechtlicher Vorgaben in die Praxis von hospizlichen und pflegerischen Organisationsstrukturen beteiligt und maßgeblich in den gesundheitspolitischen oder gesellschaftlichen Diskurs involviert sind. In dieser Hinsicht ging es um ihre Vorstellungen von ethischer Verantwortung als Akteure, ihre Sicht auf

die Rolle von Organisationen bei der Gestaltung und zu ihrer Einschätzung einer guten interkulturellen bzw. diversitätssensiblen Versorgung. Dabei ging es auch darum, zu erkennen, welche eigenen moralischen und ethischen Orientierungen und Deutungen die Führungskräfte haben und inwiefern sich diese für ihre Einschätzungen und Handlungsorientierungen als relevant erweisen. Andererseits sollte berücksichtigt werden, dass sie selbst Adressat\*innen von Diskurs-Praktiken sind, zu deren Zuschreibungen und Subjektivierungen sie sich positionieren. Der Leitfaden, der im Rahmen des philosophischen Fachgesprächs reflektiert und anschließend überarbeitet wurde, enthielt Fragen, die sich u.a. auf folgende Themen bezogen:

- Strategische Ausrichtung und Aktivitäten der Einrichtung in Bezug auf Interkulturalität/Diversität und auf Konzepte der interkulturellen Öffnung oder des Diversity Managements
- Wertorientierung (Leitbilder und Ziele) der Organisation und Subjektivierungsweisen
- Bedeutungsbezüge für ihr Führungsverständnis, die Zielgruppen und Mitarbeiter\*innen der Einrichtungen
- Positionierungen und Zuschreibungen auf individueller und kollektiver Ebene hinsichtlich Verantwortung, Solidarität, Gerechtigkeit, Autonomie

Die zu den Leitfäden entwickelten Fragen wurden in den Interviews regelmäßig mit der Aufforderung an die Expert\*innen verknüpft, ihre Aussagen anhand von Beispielen aus ihrem beruflichen Alltag zu verdeutlichen.

### **Explorative Expert\*inneninterviews mit Wissenschaftler\*innen**

Die explorativen Expert\*inneninterviews mit Wissenschaftler\*innen unterschiedlicher Fachdisziplinen wurden geführt, um einen Einblick in unterschiedliche Interpretationen und Vorstellungen zur Bedeutung sich zeigender Wertkonflikte aufgrund differenter oder widersprüchlicher Normen in den wissenschaftlichen und politischen Diskursen mit Bezug zu Beispielen aus der Versorgungspraxis zu erlangen. Dabei interessierten besonders die Einschätzungen von Islamwissenschaftler\*innen und Islamgelehrten zu möglichen konfligierenden Normen unter Heranziehung differenter Lehren des Islams in Bezug zur Werteordnung des Grundgesetzes.

Um die sich zeigende Praxis im Kontext der Versorgung ebenfalls zu berücksichtigen, wurden neben Islamwissenschaftler\*innen auch Expert\*innen aus anderen Fachdisziplinen (z.B. Religionswissenschaft, Pflegewissenschaft, Soziologie) in das Sample aufgenommen, die sich im Rahmen ihrer wissenschaftlichen Arbeit intensiv mit Fragen des Islam als Bezugspunkt auseinandergesetzt haben. Damit wurde Empfehlungen des philosophischen Fachgesprächs Rechnung getragen.

Der Leitfaden wurde im Rahmen des philosophischen Fachgesprächs ebenfalls zur Diskussion gestellt und konstruktive Anmerkungen für seine Weiterentwicklung berücksichtigt. Der Leitfaden enthielt Fragen zu folgenden Themen:

- Interpretationsmöglichkeiten sich zeigender Wertkonflikte in der Versorgungspraxis aufgrund differenter oder widersprüchlicher Normen,
- Einschätzung möglicher konfligierender Normen in Bezug zur Werteordnung des Grundgesetzes unter Heranziehung differenter Lehren des Islams,
- Einschätzung und Bewertung des gesellschafts- und gesundheitspolitischen Diskurses für die Bewältigung des demografischen Wandels in Vielfalt und
- Vorstellungen von Interkulturalität/Diversität und ihre Bedeutung für die Versorgungsgestaltung.

### **5.2.3.1 Durchführung der Interviews**

Vor Beginn der Interviews gab es für alle Teilnehmer\*innen die Möglichkeit, letzte Fragen zu klären. Die Zusicherung des Datenschutzes und der Ablauf des Interviews wurden noch einmal mündlich beschrieben. Die ergänzenden Kurzfragebögen zur Erfassung der soziodemografischen Daten (u.a. Berufs- und Religionszugehörigkeit) und Funktion der Interviewpartner\*innen sowie die Art der Einrichtung wurde in der Regel vor Beginn des Interviews ausgefüllt.

Im Anschluss an die Interviews wurden Besonderheiten des jeweiligen Interviews, weitere Kontextinformationen oder ergänzende Hinweise der Interviewpartner\*innen protokolliert. Alle Interviews, auch das Gruppeninterview, wurden digital aufgezeichnet und wörtlich transkribiert.

#### **Durchführung der Interviews mit Führungskräften**

Die Akquise der Führungskräfte erwies sich im Wesentlichen als unproblematisch. Die Führungskräfte wurden über direkte Anfrage und per Schneeballverfahren für die Interviews gewonnen. Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung der Mitarbeiter\*innen mussten verabredete Termine teilweise verschoben werden. Die Interviews fanden in der Regel an ihrem Arbeitsplatz, in Ausnahmen in einem Café, statt. Die Interviews dauerten durchschnittlich 66 Minuten.

#### **Durchführung der Interviews mit Wissenschaftler\*innen**

Die Wissenschaftler\*innen mit ausgewiesener Expertise zu den Themen der pflegerischen Versorgung am Lebensende zu finden und für ein Interview zu gewinnen, erwies sich jedoch als problematischer. Die Wissenschaftler\*innen wurden über direkte Anfragen gewonnen. Dabei waren bestehende Kontakte der wissenschaftlichen Mitarbeiterin sowie Institute und Gremien der Freien Universität Berlin (Institut für Islamwissenschaft und der Berlin Graduate School Muslim Cultures and Societies) hilfreich. Um Verzögerungen bei der Datenerhebung zu vermeiden, wurden fünf der zehn Wissenschaftler\*innen im Rahmen eines Gruppeninterviews befragt. Die Einzelinterviews dauerten ebenfalls durchschnittlich 66 Minuten und das Gruppeninterview eine Stunde und 57 Minuten.

### **5.2.3.2 Auswertung der Expert\*inneninterviews**

Die Auswertung der transkribierten Interviews war geleitet vom Prinzip der Offenheit gegenüber dem Material, d.h. es wurden keine Vorab-Hypothesen entwickelt, die im Verlauf zu bestätigen oder zu widerlegen gewesen wären.

#### **Auswertung der Interviews mit Führungskräften**

Die Analyse der Interviews mit Führungskräften verfolgte das Ziel einer theoriegenerierenden Auswertung, um die impliziten Handlungsorientierungen und Normen der Akteure verdeutlichen und die sie bedingenden Strukturen rekonstruieren zu können [6]. Die Interviews wurden daher im Sinne des thematischen Kodierens (siehe Analyse der episodischen Interviews) fallvergleichend analysiert [23].

Ziel der Analyse war es daher, anhand des offenen Kodierens der Einzelfälle zu rekonstruieren, wie sich die Führungskräfte selbst wahrnehmen, wie sie sich gegenüber den Normen, Werten und Ideologien ihrer Organisationen gegenüber positionieren und in welcher Weise Bezüge zu den übergeordneten Strukturen der rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen verdeutlicht werden. Von Interesse waren u.a. die Regeln der Artikulation, nach denen der Gegenstand des Diskurses gebildet wird.

#### **Auswertung der Interviews mit Wissenschaftler\*innen**

Die Auswertung dieser Expert\*inneninterviews diente dem Zweck der Informationsgewinnung und erfolgte daher im Rahmen einer qualitativen Inhaltsanalyse [6]. Hierzu wurden die Interviews zunächst in Bezug auf die relevanten inhaltlichen Aspekte und Textstellen hinsichtlich der Fragestellungen der Studie durchgesehen. Im zweiten Schritt wurde ein Kategoriensystem entwickelt. Die Kategorien wurden zunächst aus dem Interviewleitfaden und der Fragestellung abgeleitet und im Weiteren induktiv aus dem Textmaterial heraus überarbeitet und ergänzt. Im Anschluss an die Zuordnung von Interviewpassagen zu den einzelnen Kategorien wurden inhaltlich zusammenhängende Informationen zusammengefasst und im Zuge des Fallvergleichs sowohl die Gemeinsamkeiten als auch die Varianzen zwischen den Fällen herausgearbeitet.

### **5.2.4 Durchführung und Auswertung des Fachgesprächs**

Das Fachgespräch in der Anfangsphase des Projekts diente einer systematischen Informationsgewinnung und dem interdisziplinären Austausch zu unterschiedlichen philosophischen Denkansätzen, anhand derer Fragen von Gerechtigkeit und Chancengleichheit im Spannungsfeld von Solidarität und Eigenverantwortung zu erörtern waren, die im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung am Lebensende ebenfalls aufgeworfen werden. Es sollte kritisch reflektiert werden, ob und in welcher Weise die verschiedenen spezifischen Bereichsethiken,

die sich mit der Versorgung am Lebensende thematisch auseinandersetzen sowie bei der Entwicklung und Entscheidung von gesetzlichen Rahmenbedingungen relevant sind, in unserer Untersuchung Bedeutung beigemessen werden sollte.

Das Fachgespräch fand im Oktober 2017 als fünfstündiger Workshop in den Räumlichkeiten der Freien Universität Berlin statt. Neben dem Projektleiter Prof. Dr. Uwe Flick, der Projektmitarbeiterin Silke Migala und der Protokollantin Anna Lena Schilling haben elf Philosoph\*innen unterschiedlicher Disziplinen (der Kultur- und Sozialphilosophie, der allgemeinen und angewandten Ethik, der praktischen und politischen Philosophie, der Moralphilosophie, Ethik und politischen Theorie, der philosophischen Anthropologie, der Argumentationstheorie) sowie Vertreterinnen der Islamwissenschaften teilgenommen.

Im Weiteren werden das Vorgehen und die wichtigsten Erkenntnisse aus diesem Fachgespräch zusammenfassend dargestellt.

Nachdem das Projektvorhaben präsentiert wurde, wurden in drei Diskussionsrunden folgende Themenkomplexe anhand vorab entwickelter Fragen erörtert: Entwicklung einer interdisziplinären Forschungsperspektive; Fokus Expert\*inneninterviews – Reflexion der Leitfäden und Erörterung von Fragen der Ethik/Philosophie an die Empirie; Möglichkeiten und Grenzen einer ethischen Analyse und Interpretation von Diskursen und subjektiven Sichtweisen. Für jede Diskussionsrunde wurde ein Handout zur Verfügung gestellt.

Die Diskussion zum **Verhältnis von Empirie und Ethik** hat z.B. zu einer Ergänzung der Forschungsperspektive durch Konzepte der normativen Ethik (verstanden als sensibilisierende Konzepte) und damit zum Verständnis einer empirisch informierten Ethik geführt. Diese geht nicht wie die empirische Ethik von Normativität aus (und damit nicht mehr empirisch ist), sondern beschäftigt sich damit, von welchen Tatsachen sie ausgeht.

Hinsichtlich einer **Verantwortung von Organisationen** wurde der Ansatz, Organisationen als moralische handelnde Akteure zu sehen, kritisch diskutiert. Konsensfähig war die Annahme, dass eine Organisation als ein Geflecht geteilter Verantwortung betrachtet werden kann, deren Strukturen einer ethischen Bewertung (Ermöglichung der Übernahme ethischer Verantwortung durch natürliche Personen) unterzogen werden können. In die Diskursanalyse sollten die Leitbilder als normativ gehaltvolle Texte einbezogen werden und danach gefragt werden, wie der einzelne Befragte zu den Zielen der Organisation steht.

Im **Verständnis der Ethik ist Diversität** dann interessant, wenn sie in Beziehung zu ethischen Prinzipien relevant wird, z.B. als ein gerechtigkeitserhebliches Problem. Grundsätzlich kann von einer Diversität ethischer Überzeugungen (individuell oder kollektiv) gesprochen werden. Angeregt wurde die Spezifikation des projektbezogenen Verständnisses der Begriffe ‚gut‘ und ‚gerecht‘, ‚Diversität‘ und ‚Interkulturalität‘. Dies hat zu einer Überarbeitung der Leitfäden für die Interviews geführt.

Hinsichtlich einer ethischen Analyse wurden, ausgehend von der Definition eines ethischen Konflikts, Problems oder moralischen Dilemmas, verschiedene Fragen als bedeutsam erörtert. Für die Diskursanalyse wurden aus einer philosophischen Perspektive Fragen nach dem Gegenstand des Ausschlusses, der Ausschlussmechanismen und der Ebenen des Ausschlusses als relevant betrachtet.

Hinsichtlich der **Bedeutung unterschiedlicher Lehren des Islam** sollte hier zunächst die Praxis der Lehre exploriert werden, bevor diese grundsätzlich in Bezug zu den jeweils relevanten ethischen Prinzipien gesetzt werden.

Die so gewonnenen Impulse und Rückmeldungen wurden in die weitere empirische Untersuchung und in die kontrastierende Diskussion der Ergebnisse einbezogen, sodass sie letztlich in den öffentlichen Diskurs einfließen.

### **5.3 Triangulation der Methoden und Perspektiven**

In der Studie wurden die Wechselbeziehungen zwischen ethischen Konzepten, empirisch ethischen Fragestellungen der Gesundheitswissenschaften und qualitativen Forschungsmethoden reflektiert und dargestellt, um damit den Beitrag des Ansatzes der Triangulation von qualitativen Methoden und Perspektiven für die Bearbeitung von ethischen Fragestellungen in diesem Bereich zu verdeutlichen.

Die Triangulation der Methoden auf der Ebene der Datensätze aus Interviews und Dokumenten sowie der Perspektiven [22,24] der Nutzer\*innen, der Führungskräfte und Wissenschaftler\*innen sowie der gesundheits- und pflegepolitischen Diskurse ermöglichte, eine umfassende Sicht auf die ethischen Aspekte insbesondere zu gerechtigkeitserheblichen Fragen einer diversitätssensiblen Gestaltung der Versorgung zu erhalten. Aufgezeigt werden konnten Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Diskrepanzen zwischen den einbezogenen Perspektiven. Zudem konnte untersucht werden, in welcher Weise sich die Diskurse in den Sichtweisen der Expert\*innen spiegeln bzw. ob und wie sie die Vorstellungen der Sterbenden und Angehörigen repräsentieren, um die wechselseitigen Bezüge zwischen dem Diskurs und den individuellen und kollektiven Sichtweisen der hier einbezogenen Perspektiven in Bezug auf eine diversitätssensible Versorgung am Lebensende zu rekonstruieren.

## **6 Durchführung, Arbeits-, Zeit- und Finanzierungsplan**

### **6.1 Arbeits- und Zeitplan**

Der Arbeits- und Zeitplan wurde aufgrund des verzögerten Projektbeginns überarbeitet und angepasst.

#### **Meilenstein 1**

Alle Arbeitsschritte des ersten Meilensteins wurden entsprechend des Arbeitsplans vollzogen: die Literaturrecherche wurde durchgeführt und dokumentiert; die erforderlichen Dokumente zur Durchführung der Expert\*inneninterviews (Leitfaden, Informationsanschreiben für TN, Formular zum „Informed Consent“) wurden erstellt; ein philosophisches Fachgespräch zur Reflexion der Ausgangssituation des Projekts wurde durchgeführt und dokumentiert.

#### **Meilenstein 2**

Die Auswahl des Materials für die Diskursanalyse wurde begründet und dokumentiert. Die Zusammenstellung der Dokumente wurde entsprechend des Analyseprozesses und im Sinne des theoretischen Samplings durchgeführt. Insgesamt wurden über 100 Dokumente gesichtet. Der hauptsächliche Materialkorpus für die Feinanalyse umfasst insgesamt 90 Dokumente. Es wurden von allen Institutionen und Organisationen Textdokumente entsprechend der theoretischen Vorüberlegungen in die Analyse einbezogen.

Im Rahmen eines Lehrforschungsprojekts wurde zusätzlich ein zweiter Materialkorpus für eine Diskursanalyse zusammengestellt, der die Leitbilder der Einrichtungen und Trägerorganisationen umfasst, in denen die Expert\*inneninterviews mit den Führungskräften geführt wurden. Insgesamt wurden 27 Leitbilder bzw. vergleichbare Textdokumente in die ergänzende Analyse einbezogen.

#### **Meilenstein 3**

Die Sekundärdatenanalyse wurde abgeschlossen. Im Anschluss an die Beschreibung der Datenentstehung, der Erhebungsmethode „Episodisches Interview“ und des Samples wurden die Daten entsprechend des gewählten Analyseverfahrens unter der neuen Fragestellung ausgewertet. Die maßgeblichen Ergebnisse wurden diskutiert und publiziert.

#### **Meilenstein 4**

Es konnten wie geplant 30 Interviews mit Expert\*innen (Akteur\*innen der Versorgung) entsprechend der vorab festgelegten Samplingkriterien durchgeführt werden.

In Bezug auf die Expert\*inneninterviews mit Wissenschaftler\*innen (n=10) kam es zu einer Verzögerung bei der Akquise der Interviewpartner\*innen, sodass die Datenerhebung erst im August 2018 abgeschlossen werden konnte. Infolgedessen kam es zu einem späteren Analysebeginn. Wie bereits unter Punkt 5 erörtert, wurden in das Sample der Expert\*inneninterviews

mit Wissenschaftler\*innen aufgrund der Empfehlungen des Fachgesprächs neben Islamwissenschaftler\*innen auch Expert\*innen aus anderen Fachdisziplinen (z.B. Religionswissenschaft, Pflegewissenschaft, Soziologie) aufgenommen, die sich im Rahmen ihrer wissenschaftlichen Arbeit intensiv mit Fragen des Islam als Bezugspunkt auseinandergesetzt haben. Damit wird die sich zeigende Praxis im Kontext der Versorgung ebenfalls berücksichtigt. Im weiteren Verlauf der Akquise erwies es sich zudem als problematisch, Islamwissenschaftler\*innen mit ausgewiesener Expertise zu den Themen der Versorgung am Lebensende zu finden bzw. für ein Interview zu gewinnen. Insofern stand der Bezug zu Fragen des Islam im Kontext der Sorge am Lebensende der wissenschaftlichen Arbeit als Auswahlkriterium im Vordergrund. Durch bestehende Kontakte und Gremien der Freien Universität Berlin ist es gelungen, weitere Wissenschaftler\*innen am Institut für Islamwissenschaft und der Berlin Graduate School Muslim Cultures and Societies für eine Teilnahme zu gewinnen. Um weitere Verzögerungen bei der Datenerhebung zu vermeiden, wurden die fünf Wissenschaftler\*innen der Freien Universität Berlin im Rahmen eines Gruppeninterviews im August 2018 befragt. Insgesamt wurden fünf Einzelinterviews geführt und fünf Wissenschaftler\*innen haben an dem Gruppeninterview teilgenommen.

#### **Meilenstein 5**

Die Diskursanalyse wurde durchgeführt und für einzelne Fragestellungen im Rahmen von Publikationen und im Zusammenhang mit der Triangulation der Perspektiven über das Projektende hinaus fortgeführt bzw. themenspezifisch ergänzt.

#### **Meilenstein 6**

Alle durchgeführten Expert\*inneninterviews wurden transkribiert, analysiert und für die Triangulation der Perspektiven aufbereitet. Die Darstellung und Diskussion der Ergebnisse erfolgten wie im Rahmen der Diskursanalyse im Weiteren vor dem Hintergrund unterschiedlicher ethischer Theorien und Denkansätze.

#### **Meilenstein 7**

Das zweite Fachgespräch konnte leider nicht wie geplant stattfinden: eine abschließende philosophische Reflexion der Ergebnisse war zunächst auf einen späteren Zeitpunkt verschoben worden, um auch die Ergebnisse der Triangulation einbeziehen zu können. Leider konnte der Analyseprozess erst mit dem Ende der Projektlaufzeit abgeschlossen werden bzw. musste über das Projektende hinaus verschoben werden, sodass ein zweites Fachgespräch nicht mehr durchgeführt werden konnte.

#### **Meilenstein 8**

Für die Triangulation der Ergebnisse aus den unterschiedlichen Untersuchungsansätzen und Perspektiven wurden die dokumentierten Erkenntnisse der unterschiedlichen Perspektiven auf den Forschungsgegenstand zusammengeführt bzw. gegenübergestellt.

## **Meilenstein 9**

Die Dissemination von Ergebnissen erfolgt seit 2018 (siehe hierzu auch Punkt 10). Für die Vorträge und Seminar- und Workshopveranstaltungen wurden PowerPoint-Präsentationen und Handouts für die Teilnehmer\*innen erstellt.

## **Meilenstein 10**

Empfehlungen für Maßnahmen und konzeptionelle Vorschläge für (Fach)Öffentlichkeit wie Versorgungseinrichtungen, Trägerorganisationen oder Interessengemeinschaften wurden im Rahmen der Dissemination ausgesprochen. Das Diskussionspapier (siehe Punkt 7.9) wird dem BMG und anderen interessierten Institutionen zur Verfügung gestellt.

### **6.2 Abweichungen vom Finanzierungsplan**

Geplant war eine durchgehende Finanzierung einer Stelle mit 80 % der regelmäßigen Arbeitszeit für die Beschäftigung der wissenschaftlichen Mitarbeiterin Silke Migala. Aufgrund der einmonatigen Verspätung der Einstellung zur Beschäftigung im Projekt wurde die wissenschaftliche Mitarbeiterin von April 2017 bis Dezember 2017 für eine Vollzeitstelle angestellt. Aufgrund von Tarifierhöhungen waren die Personalkosten für die Stelle der wissenschaftlichen Mitarbeiterin im Projektverlauf gestiegen. Daher wurde im Jahr 2018 der Stellenanteil von Januar bis August von 80 % auf 75 % reduziert. Für das Jahr 2019 konnte die Stelle mit einem Anteil von 80 % zunächst bis einschließlich August finanziert werden. Um die Stelle mit 80 % der regelmäßigen Arbeitszeit bis Ende 2019 finanzieren zu können, wurde nach Abschluss der Tarifverhandlungen für den neuen Tarifvertrag ein Antrag auf Erhöhung der Zuwendung gestellt, der für den Zeitraum von Oktober 2019 bis Dezember 2019 bewilligt wurde, sodass im September 2019 nur ein Stellenanteil von 70 % finanziert werden konnte.

Im Jahr 2018 wurde eine kostenneutrale Umwidmung von Sachausgaben beantragt. Die Umwidmung war notwendig geworden, da die Interviews im Rahmen der Datenerhebung länger als geplant dauerten. Infolgedessen haben sich die Transkriptionskosten für das Jahr 2018 um mehr als 20 % erhöht. Dem Antrag wurde zugestimmt.

### **6.3 Wichtigste Positionen zum zahlenmäßigen Verwendungsnachweis**

Der zahlenmäßige Verwendungsnachweis wurde fristgerecht von der Drittmittelverwaltung der Freien Universität Berlin dem Fördermittlegeber vorgelegt. Die größten Budgetkosten betrafen die Personalkosten für die wissenschaftliche Mitarbeiterin (siehe oben). Wesentliche Aufgabenbereiche waren die Planung (Literaturrecherche und -auswertung, Erstellen von Informationsmaterial. Datenschutzerklärungen und Instrumente zur Datenerhebung), Koordination, Durchführung und Auswertung der Datenerhebung sowie des philosophischen Fachgesprächs, die Aufbereitung der Ergebnisse für wissenschaftliche Vorträge und Publikationen,

die Organisation und Begleitung studentischer Lehrforschungsprojekte/-arbeiten sowie die Betreuung projektbezogener Abschlussarbeiten. Die Sachmittel wurden im Wesentlichen für Transkriptionsdienste zur Verschriftlichung der Audio-Dateien aus den Interviews und Reisen verwendet, die zur Durchführung von Interviews außerhalb von Berlin sowie zur Teilnahme an Kongressen, Tagungen oder anderen Fachveranstaltungen anfielen, die zur Dissemination von Projektergebnissen erforderlich waren. Die Vergabe der Sachmittel für die Transkriptionsdienste erfolgte nach Einholung von Kostenvoranschlägen und unter Berücksichtigung von Qualität, Expertise und Preis. Darüber hinaus wurde ein Teil der Sachmittel als Reisekosten für die Durchführung des philosophischen Fachgesprächs im Jahr 2017 aufgewendet, die für die An- und Abreise sowie Übernachtung der Teilnehmer\*innen, die von außerhalb von Berlin anreisten, anfielen.

#### **6.4 Notwendigkeit und Angemessenheit der geleisteten Arbeit**

Um die Projektziele zu erreichen, wurden die wesentlichen Teilziele umfassend erreicht und in der Ergebnisdarstellung ausführlich gewürdigt. Um der Komplexität des Untersuchungsgegenstands gerecht zu werden, wurde eine Studie geplant und wissenschaftlich begründet, in der verschiedene Perspektiven und Methoden der Datenerhebung und -auswertung trianguliert wurden. Die im Projekt verwendete Zeit für die sorgfältige Planung und Durchführung der Datenerhebung und -sammlung, der Aufbereitung der Daten für die Analyse war angemessen, um die Qualität des Forschungsprozesses und der Ergebnisse zu gewährleisten. Dabei konnten die Erkenntnisse aus dem philosophischen Fachgespräch für das Vorgehen im Forschungsprozess nachweislich konstruktiv genutzt werden. Die wesentlichen Ergebnisse wurden in Vorträgen, einer Posterpräsentation und Publikationen präsentiert.

Die Studie hat damit einen Beitrag zur Gewinnung von Erkenntnissen zur Bedeutung einer diversitätssensiblen Versorgung am Lebensende in unterschiedlichen Einrichtungen und Versorgungsbereichen aus verschiedenen Perspektiven geleistet, wie die folgende Darstellung der Ergebnisse verdeutlicht.

### **7 Ergebnisse**

Bevor auf die Ergebnisse der jeweiligen Untersuchungsansätze eingegangen wird, werden die wichtigsten Erkenntnisse der Literaturrecherche zum Stand der Forschung zusammenfassend dargestellt. Im Weiteren werden der theoretische Rahmen der Untersuchung bzw. die sensibilisierenden Konzepte, die den Forschungsprozess geleitet haben und für die Interpretation und Diskussion der Ergebnisse herangezogen wurden, vorgestellt.

#### **7.1 Stand der Forschung und theoretischer Rahmen**

Eine der gegenwärtigen Herausforderungen des demografischen Wandels stellt die steigende Anzahl und zunehmende Diversität der Menschen dar, die in ihrer letzten Lebensphase auf

einen bedarfsgerechten Zugang zu pflegerischer Versorgung im Allgemeinen und palliativer Versorgung im Besonderen angewiesen sind.

Aufgrund des demografischen Wandels wird die Zahl der jährlichen Sterbefälle von 925.000 im Jahr 2015 voraussichtlich bis Anfang der 2050er-Jahre auf über eine Million steigen. Zudem wird eine Zunahme an pflegebedürftigen Personen mit weiter steigendem Versorgungsbedarf prognostiziert [94] und auch die Häufigkeit onkologischer sowie anderer schwerwiegender Erkrankungen steigt mit zunehmendem Lebensalter. Unter den Betroffenen werden eine zunehmende Anzahl von Menschen mit Migrationshintergrund oder Menschen mit Behinderung sein [15, 50, 71]. Folglich ist mit einer wachsenden Zahl derer zu rechnen, die bei gleichzeitig unterschiedlichen Bedarfs- und Problemlagen neben grund- und behandlungspflegerischer auch eine allgemeine oder spezialisierte palliativpflegerische Versorgung am Lebensende benötigen [7, 77].

Allerdings können schon heute nicht alle Menschen entsprechend ihrer Bedürfnisse und ihres Bedarfs Angebote der pflegerischen Versorgung in Einrichtungen der Pflege oder der Hospiz- und Palliativversorgung (HPV) in Anspruch nehmen. Dies kann teilweise auf eine noch fehlende flächendeckende Versorgungsstruktur im Bereich der HPV, als einem spezifischen Bereich der Versorgung am Lebensende, zurückgeführt werden. Vor allem die spezialisierte ambulante Palliativversorgung weist noch regionale Lücken auf und auch die Implementation der allgemeinen Palliativversorgung steht in vielen Einrichtungen der Regelversorgung noch aus [64, 75].

Aufgrund weitgehend fehlender Forschung zu den Auswirkungen sozialer Ungleichheit sowie der heterogenen Datenlage zu den unterschiedlichen Versorgungsangeboten der HPV lassen sich kaum verlässliche Aussagen hinsichtlich ihrer Zugangs- und Bedarfsgerechtigkeit treffen [71]. Dies ist möglicherweise u.a. dem Umstand geschuldet, dass nach wie vor Personen, die entweder schwer erreichbar sind oder aufgrund spezifischer Merkmale, wie z.B. Sprachfähigkeit oder bestimmter Erkrankungen, aus Untersuchungen ausgeschlossen werden [57].

Jedoch verweisen qualitative Studien zur Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund darauf, dass der Zugang nicht nur zu Angeboten pflegerischer Versorgung bei Pflegebedürftigkeit [58, 95], sondern auch zu Angeboten der HPV u.a. durch Sprachprobleme, Informationsdefizite oder ihre Vorstellungen zu familiärer Sorge erschwert sein kann [37, 66]. Auch differente Wertvorstellungen zu selbstbestimmten Entscheidungen, die in der HPV wie selbstverständlich als Ausdruck von individueller Autonomie verstanden werden, können einer Inanspruchnahme entgegenstehen. Fehlende oder eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten erhöhen das Risiko, Patient\*innen aufgrund von Missverständnissen zu exkludieren, und gehen mit der Gefahr der sozialen Isolation einher. Dies führt zu Benachteiligungen, die für Personen ohne eine entsprechende Sprachproblematik nicht zu erwarten sind, und die daher gerechtigkeitserhebliche Fragen aufwerfen [68].

Eine intensive kontinuierliche Kommunikation gilt jedoch als ein unverzichtbarer Bestandteil von Palliative Care, deren Qualität maßgeblich Lebensqualität, Wohlergehen und Gesundheit beeinflusst [33]. Um die individuellen Bedürfnisse, die auf persönlichen Erfahrungen und einer Reflexion über eigene Präferenzen beruhen und sich prozessual verändern können, zu erfassen/wahrzunehmen, sind offene Gespräche unverzichtbar. Der kommunikative Prozess sollte zum Ziel haben, alle erhobenen „Befindensqualitäten“ angemessen in ein Handlungskonzept aufgrund einer partnerschaftlichen Entscheidung zu integrieren [74]. Auch wenn in Krisenzeiten die Kommunikation äußerst störanfällig ist, was sich gerade, wenn Fragen von Leben und Tod berührt sind, in einer Sprachlosigkeit zeigen kann, lassen sie sich im Wesentlichen kommunikativ bewältigen [39]. Aus einer sprachwissenschaftlichen Perspektive wird argumentiert, dass für jeden Menschen die Muttersprache einen besonderen Klang und eine spezifische Bedeutung hat und Teil seines Selbstverständnisses und Selbstwertgefühls ist [29].

Für den übrigen Bereich der pflegerischen Versorgung werden darüber hinaus soziale Ungleichheiten hinsichtlich der Chancen für eine bedürfnisorientierte Pflege für Menschen mit niedrigem sozialen Status [55] oder für lesbische, schwule, bisexuelle, Transgender-, Queer- und intersexuelle Personen (LSBTQI) [59] sowie Benachteiligungen für Menschen mit Migrationshintergrund aufgrund von diskriminierendem Verhalten durch Pflegekräfte [58] problematisiert. Zudem lassen sich deutliche Hinweise dafür finden, dass beispielsweise Pflegenden ihrer professionellen Verantwortung nicht gerecht werden [83].

Für eine gute Versorgung am Lebensende werden zudem Bemühungen von einzelnen Mitarbeiter\*innen aus Pflege, Therapie und Medizin des Gesundheitssystems und deren interkulturelle Kompetenz erwartet [28]. Inwieweit dies gerade hinsichtlich der Pflege (und Sorgearbeit) angesichts ihrer Ökonomisierung, die seit nunmehr zwei Jahrzehnten problematisiert wird [80], möglich ist, scheint fraglich. Kritisiert wird, dass die Ökonomisierung mit einer ungenügenden Personalbemessung, strikten Zeitvorgaben und zunehmenden Dokumentationsaufgaben einhergeht [53, 54]. Darin sieht Krenn [54] den Versuch der Objektivierung einer direkt personenbezogenen Dienstleistung, wodurch die Subjektivität der Pflegenden und zu Pflegenden ausgeblendet wird und entsprechende Umgangsweisen auf eine instrumentelle Handhabung reduziert werden. Zu dieser Entwicklung hat im Diskurs zur Professionalisierung der Pflege die Erwartung beigetragen, dass pflegerische Tätigkeiten durch ihre Standardisierung besser beschreibbar und messbar werden und damit auch die sogenannten weiblichen Anteile an der Pflegearbeit ersetzt werden können [52]. Für Sahmel [80] geht die Ökonomisierung zudem mit einem verengten Blick auf die Kosten von Pflegebedürftigkeit einher. Die Qualität der Pflege und angemessene Teilhabe werden im Diskurs dagegen ausgeblendet [52, 80]. Entsprechend besteht ein Bedarf an Instrumenten und Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die pflegefachliche Erfordernisse und Normen berücksichtigen und mit denen mögliche Risiken z.B. durch Rationalisierung oder Standardisierung für die Pflegequalität markiert werden können [91]. Als

Maßstab für die Bewertung von Pflege ist nach Sahmel [80] grundsätzlich die Würde des Menschen anzulegen und eine Abkehr von der Ökonomisierung als Steuerungsinstrument der Kosten / mit dem Ziel der Kostendämpfung erforderlich.

Insofern ist anzunehmen, dass es bislang an einer diversitätssensiblen Gestaltung der Versorgungsangebote in den unterschiedlichen Bereichen der pflegerischen Versorgung am Lebensende fehlt, die den vielfältigen individuellen Bedürfnissen der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen entspricht. Als Ansätze zur Verbesserung der Versorgungssituation werden beispielsweise Aus-, Fort-, und Weiterbildungserfordernisse für eine höhere transkulturelle Kompetenz der einzelnen Mitarbeiter\*innen genannt [95]. Weiterhin werden die Implementation von Konzepten der interkulturellen Öffnung oder des Diversity Managements [7], eine moralische Qualität von Organisationen und die Entwicklung ethischer Strukturen gefordert [100]. Derartige Forderungen können als Hinweis auf zunehmend fehlende Möglichkeiten einer verpflichtenden Identifikation gerade in Organisationen im Gesundheitswesen verstanden werden und werfen die Frage nach den Möglichkeiten auf, Verantwortung als Subjekt zu übernehmen, wenn sich die persönlichen Werte nicht mehr mit den mit den äußeren Rahmenbedingungen der sich verändernden Organisationen in Einklang bringen lassen [84]. Organisationen sind wiederum an gesetzliche Rahmenbedingungen gebunden, die in politischen Entscheidungsprozessen ausgehandelt werden und für die jeweils unterschiedliche ethische Normen oder Prinzipien anhand geeigneter Kriterien gegeneinander abgewogen werden müssen.

Zum einen scheint jedoch weitgehend offen, inwieweit ungleichheitsrelevante Dimensionen im politischen Diskurs als bedeutsam wahrgenommen werden und Anlass für eine Auseinandersetzung bieten, wenn es um Entscheidungen zu gesetzlichen Rahmenbedingungen für den hier fokussierten Versorgungsbereich geht.

Zum anderen stellt sich die Frage nach dem normativen Gehalt von Konzepten der Interkulturalität oder des Diversity Managements sowie der ethischen Bedeutung, die ihnen aus verschiedenen Perspektiven für eine gute und gerechte Versorgung in unterschiedlichen Settings zugeschrieben wird. Das Paradigma der Interkulturellen Öffnung stellt einen Ansatz dar, mit dem die lebensweltliche Integration und die Inklusion von Menschen mit Migrationshintergrund in die Teilsysteme einer funktional differenzierten Gesellschaft erreicht werden soll [86]. Der hier zugrunde liegende Kulturbegriff enthält ein dynamisches Verständnis von Kultur. Unter Rückgriff auf die weite Definition von Auernheimer: „Kultur ist das Orientierungssystem, das unser Wahrnehmen, Bewerten und Handeln steuert, das Repertoire an Kommunikations- und Repräsentationsmitteln, mit denen wir uns verständigen, uns darstellen, Vorstellungen bilden.“ [2, S. 28], lässt sich mit Interkulturalität sowohl das Verhältnis zwischen Menschen unterschiedlicher Herkunft als auch für das Verhältnis zwischen unterschiedlichen Lebensformen betrachten. Interkulturalität umfasst in diesem Sinne Unterschiede des Geschlechts, des Al-

ters, der Religion, der sexuellen Identität, der körperlichen Ausstattung und der sozioökonomischen Lage. Eine interkulturelle Orientierung, der dieses Verständnis zugrunde liegt, zielt auf die Anerkennung von unterschiedlichen Gruppen mit unterschiedlichen Interessen, die sich in ihren Kommunikations- und Repräsentationsmitteln unterscheiden, indem Personen bzw. Institutionen eine entsprechende sozialpolitische Haltung einnehmen. Unter interkultureller Öffnung wird ein bewusst gestalteter Prozess verstanden. Durch selbstreflexive Lern- und Veränderungsprozesse von und zwischen unterschiedlichen Menschen, Lebensweisen und Organisationsformen sollen Zugangsbarrieren und Abgrenzungsmechanismen in den zu öffnenden Organisationen abgebaut werden und Anerkennung ermöglicht werden [86]. Ein solches Verständnis von Interkulturalität schließt mithin alle Vielfaltsdimensionen ein. Allerdings zeigt sich in der Praxis der Politik, Verwaltung und gesellschaftlichen Organisationen eine kategoriale Verengung auf die Dimension der Herkunft. Auch wird auf die Gefahr der Kulturalisierung und Ethnisierung von sozialen oder ökonomischen Benachteiligungen sowie der Konstruktion und Festschreibung von Differenz hingewiesen. Um dem entgegenzuwirken, wird eine ergänzende Diversity-Orientierung, die eine zielgruppenübergreifenden Erweiterung der Vielfaltsperspektive ermöglicht, als zielführender betrachtet.

Das Konzept Diversity Management hat seinen historischen Ursprung in den USA der 1960er-Jahre, als die Bürgerrechts-, Frauen- und Schwarzenbewegung die Anerkennung und Gleichbehandlung einforderten. Aufgrund ihrer politischen Erfolge sowie neuer Orientierungen in der Wirtschaft, zu denen die Globalisierung, Internationalisierung, Fachkräftemangel oder der demografische Wandel gehören, der einen Rückgang des Anteils weißer Männer an den Beschäftigten in den USA prognostizierte, kam es zu einer quantitativen und qualitativen Berücksichtigung von Minderheiten und Benachteiligten in den Unternehmen. Letzteres wurde durch den Ansatz des Human-Ressource-Management befördert. Grundlegend ist hierbei die Annahme, dass durch personelle Vielfalt „spezifisches Gruppenwissen“ für die Optimierung des Marketings oder Produktentwicklungen genutzt werden kann und so den Profit von Unternehmen steigern kann. Insofern waren es vornehmlich ökonomische Gründe, die Vermeidung von Kosten aufgrund von Diskriminierungsklagen, die nach der Verabschiedung unterschiedlicher Antidiskriminierungsgesetze möglich wurden, und andererseits das Streben nach Wettbewerbsvorteilen, Effizienzsteigerungen und wirtschaftlichen Gewinn, die eine Auseinandersetzung mit Diversity notwendig machten. Das Konzept Diversity Management basiert folglich auf einer Verknüpfung von Antidiskriminierung und Profitorientierung [99].

Demzufolge ist es wichtig, die impliziten Logiken, die in den Diversity-Diskurs eingeschrieben sind, bei Adaptionen des Konzepts in andere Kontexte mitzudenken. Durch emanzipatorische Adaptionen, z.B. durch Betriebsräte oder Frauenbeauftragte, denen es stärker um die Integration gleichstellungsorientierter Politik geht, werden auch gerechtigkeitsorientierte Intentionen sichtbar. So wird Diversity Management auch als Möglichkeit gesehen, Vielfalt nicht nur als

gegeben hinzunehmen oder als Ursache für Probleme zu bearbeiten, sondern als Chance für individuelle Lernmöglichkeiten zu begreifen und zu fördern. Kritisch betrachtet wird, dass das Konzept Diversity Management die positiven Folgen von Diversität betont, die damit verknüpften Herausforderungen jedoch nicht zum Ausdruck kommen. Letztere bestehen z.B. in einer höheren Konflikanfälligkeit diverser Teams oder langsameren Entscheidungsprozessen.

Von sogenannten affirmativen Diversity Ansätzen werden machtsensible Diversity Ansätze unterschieden, die zudem die Fragen nach den sozialen Konstruktionsprozessen von Unterschieden und den dahinter liegenden Machtverhältnissen aufwerfen. So können die Wechselwirkung von individuellen Merkmalen und gesellschaftlichen Barrieren, die eine gleichberechtigte Teilhabe verhindern bzw. zu Ausgrenzung führen, identifiziert und verändert werden. Weiterhin wird nach Schröder zu wenig das dem Ansatz der Interkulturellen Öffnung zugrundeliegende Verständnis von Kultur bedacht, mit dem betont wird, dass „kulturelle Einbettungen Orientierung geben, Regeln vorgeben und Kommunikation ermöglichen“. Als Ergänzung zum Diversity-Ansatz ermöglicht der interkulturelle Ansatz wiederum, „im Prozess der Organisations- und Personalentwicklung die unterschiedlichen Orientierungen, Kommunikationsformen oder Symbolsysteme der beteiligten Individuen und Gruppen und die sich daraus ergebenden potenziellen Missverständnissen und Chancen zu berücksichtigen.“ [86, S. 35]

Insofern wird es als sinnvoll erachtet, beide Ansätze zusammenzuführen. Darüber hinaus sei es wichtig, den Diversity- und interkulturellen Ansatz um Intersektionalität zu ergänzen, um Benachteiligungen, Diskriminierungen und Exklusionsmechanismen analysieren zu können (siehe hierzu ausführlich unter Punkt 7.2.1) [86]. Insgesamt sind mit den Ansätzen des Diversity Management die organisationsbezogenen Aspekte zu würdigen, die Raum für Überlegungen hinsichtlich einer demokratischen oder ethisch-moralischen Weiterentwicklung bieten, wenn sie als Querschnittsaufgabe in Organisationen eingeführt werden und Diversität nicht nur als normal akzeptiert, sondern zu einer bewussten Gestaltungsaufgabe wird [99].

## **7.2 Theoretische Überlegungen**

Vor diesem Hintergrund waren für die Untersuchung zum einen verschiedene (erkenntnis)theoretische Perspektiven von Bedeutung, um die unterschiedlichen methodischen Zugänge (siehe Punkt 5.2) zu den interessierenden Daten zu begründen. Zum anderen wurden entsprechend der Zielsetzung sensibilisierende Konzepte für die Analyse und Interpretation der Daten herangezogen.

Zunächst soll es um das Verständnis und Verhältnis von Diskurs(analyse) und dem Konzept der Intersektionalität gehen und im Weiteren um die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen ethischen Denkansätzen, ausgewählten zentralen Begriffen der Ethik sowie deren Bedeutung und Bezug zu bestimmten angewandten Ethiken bzw. Bereichsethiken.

### 7.2.1 Diskurs und Intersektionalität

Im Bereich der Diskursforschung wird betont, dass es sich bei „der Diskursanalyse“ nicht um eine Methode, der ein einheitliches theoretisches Verständnis zugrunde liegt, oder um ein bestimmtes analytisches Verfahren handelt. Vielmehr wird sie als eine Weise betrachtet, in der Methoden, Theorien und Gegenstände in Beziehung gesetzt werden. Insofern stellt sie eine Methodologie dar, die eine Rahmung für die Verknüpfung unterschiedlicher Elemente im Forschungsprozess leistet [104]. Allerdings ist für die Diskursforschung kennzeichnend, dass es eine Vielzahl von Kombinationsmöglichkeiten von theoretischen Ansätzen und methodischen Vorgehensweisen und auf die jeweiligen Gegenstandsfelder bezogen auch Kombinationsnotwendigkeiten ergibt. Daher wird für jedes diskursanalytische Forschungsdesign die Anforderung formuliert: „Es muss durch eine methodologische Reflexion einen methodischen Holismus herstellen, insofern der Zusammenhang von Theorie, Methoden und konkreter praktischer Umsetzung begründungslogisch zu leisten ist und sich in seiner Geltung an Kriterien orientiert, die von den jeweiligen Referenztheorien bestimmt sind.“ [17, S.184]

Wie unter Punkt 5.2.2 erwähnt, orientierte sich diese Untersuchung am Forschungsprogramm der wissenssoziologischen Diskursanalyse. Im Anschluss daran werden Diskurse als zusammenhängende Aussagepraktiken und Prozessierungen kollektiver Wissensordnungen verstanden [41].

Einzelne Diskurse können zum einen als empirisch isolierbare und in ihrer Eigenschaft bestimmbare Objekte von übersituativer Reichweite begriffen und demnach als symbolische Ordnung analysiert und rekonstruiert werden. Zum anderen kann ein Diskurs als Methode lokaler Praktiken, also als Tätigkeit (performativ), verstanden werden. Analysiert wird aus dieser Perspektive nicht die übergreifende Ordnung des Diskurses, sondern die Funktionsweise von Diskursivität - die Produktion sozialer Ordnungen, kultureller Hegemonien und Macht-Wissenssysteme in konkreten, lokal situierten, diskursiven Praktiken. Wenngleich beide Zugänge zumeist als komplementäre Zugänge verstanden werden, die zueinander in Beziehung gesetzt werden [21].

In der Diskursforschung geht es zumeist und unter Rückgriff auf Foucaults Machttheorie/-analyse gleichermaßen darum, machtanalytische Fragestellungen zu formulieren, in denen es um die Wirkmächtigkeit diskursiver Konstruktionen der Wirklichkeit geht [41]. Um für die Wirkmächtigkeit von Diskursen [36] und Aspekte von Ungleichheit sensibel zu sein, kann eine intersektionale Perspektive dazu dienen, „die Verwobenheit unterschiedlicher differenz-, hierarchie- sowie bedeutungstiftende Kategorien in der Analyse diskursiver Praktiken adäquat zu erfassen.“ [38, S. 153]

Intersektionale Perspektiven entwickelten sich zunächst im US-amerikanischen Kontext, in dem insbesondere die Gleichzeitigkeit und Verschränktheit von Benachteiligungen aufgrund

von „gender“, „race“ und „class“ für schwarze Frauen thematisiert wurden [10]. Der intersektionale Ansatz hat seit Anfang der 2000er Jahre auch im deutschsprachigen Raum innerhalb der Frauen- und Geschlechterforschung Beachtung gefunden [60]. Gegenstand einer intersektionalen Forschungsperspektive sind immer Macht-, Herrschafts- und Normierungsverhältnisse, die die sozialen Kategorien erst hervorbringen [98].

Nach Walgenbach [99] wird unter Intersektionalität „verstanden, dass historisch gewordene Macht- und Herrschaftsverhältnisse, Subjektivierungsprozesse sowie soziale Ungleichheiten wie Geschlecht, Sexualität/Heteronormativität, Race/Ethnizität/Nation, Behinderung oder soziales Milieu nicht isoliert voneinander konzeptualisiert werden können, sondern in ihren ‚Verwobenheiten‘ oder ‚Überkreuzungen‘ (*intersections*) analysiert werden müssen.“ (S. 55) Insofern ist aus einer intersektionalen Forschungsperspektive die Frage nach der Verwobenheit und gegenseitigen Beeinflussung unterschiedlicher Ungleichheitsdimensionen zentral.

Mit dem Konzept der Intersektionalität rücken im Rahmen einer Diskursanalyse zudem die gesellschaftlichen Positionierungen der Diskursakteurinnen und -akteure stärker in den Fokus und berücksichtigen „wie Diskurse auf komplexe Weise Positionszuweisungen vornehmen“ [38, S. 154]. Dies ist bedeutsam, da Subjektpositionen mit unterschiedlichen Graden sozialer Wertschätzung einerseits bzw. mit stigmatisierenden Zuschreibungen und Abwertungen andererseits einhergehen [79]. Hierbei geht es um die Frage der Subjektivierung, unter der Mechanismen und Prozesse verstanden werden, in denen Individuen erst zu gesellschaftlich anerkannten und handlungsfähigen Subjekten werden [21]. Subjektivierung vollzieht sich aufgrund einer im Diskurs formierten Normativität oder durch sogenannten „Anrufungen“, die sich an die Adressat\*innen des Diskurses richten und diese auffordern, die der Ordnung des jeweiligen Diskurses entsprechende Position einzunehmen. Allerdings ist dieser Subjektivierungsprozess nicht als deterministisches Ableitungsverhältnis, sondern als ein komplexer Aneignungsprozess zu verstehen, in dem die zugewiesene Position angenommen, modifiziert oder in Frage gestellt wird [42]. Ein Zugang zu den Effekten von Subjektivierungen kann demnach über die Perspektive vom Standpunkt des Subjekts hergestellt werden [40].

Intersektionalität kann als heuristisches Konzept verstanden werden, mit dem strukturelle Benachteiligungen bzw. Privilegien sowie diskursive Abwertungen und Wertschätzung untersucht werden können. Hierzu sind für die Analyse die unterschiedlichen Ebenen zu berücksichtigen. Von Untersuchungen von Ungleichheiten auf der Makroebene gesellschaftlicher Strukturen sind die Ebene alltäglicher Praktiken und die Ebene, auf der die symbolisch-diskursive Dimension in den Blick genommen werden, zu unterscheiden [79].

Insofern kann dieses Vorgehen auch als intersektionale Diskursanalyse gefasst werden, die in Anlehnung an die Dispositivanalyse von Bührmann und Schneider [8] konzipiert wurde.

In dieser Studie wurde insgesamt eine intersektionale Forschungsperspektive, hier verstanden als sensibilisierendes Konzept, eingenommen. Zum einen wurde der intersektionale Zugang

für die Analyse ethischer Normen und das Verständnis von Diversität (hinsichtlich Alter(n), Ethnizität, Religion und Geschlecht) in gesundheitspolitischen Diskursen zur pflegerischen Versorgung am Lebensende konstruktiv genutzt. Für die Analyse der Interviews lenkte die intersektionale Perspektive den Blick auf die Verständnisweisen von Differenz bzw. Diversität und orientierte die weitere Analyse an den Fragen danach, wie sich die Subjektpositionen in den Diskursen verschränken, welche Wertungen mit den Verschränkungen einhergehen und welche spezifischen Aneignungsmuster sich auf der Seite der Subjekte zeigen. Dabei ging es besonders um die Frage, wie der Diskurs in den Organisationen durch die Akteur\*innen verhandelt und wirkmächtig wird.

In dieser Untersuchung ging es mithin vornehmlich um die Funktionsweise von Diskursivität. Die Studie interessierte sich für das Verhältnis zwischen gesundheits- und pflegepolitischem Diskurs und der Subjektconstitution Sterbender und Angehöriger in Versorgungssituationen am Lebensende sowie von Führungskräften in Organisationen und den sich zeigenden alltagsweltlichen Wissensordnungen. Zu rekonstruieren war, wie in einer lokalen Praxis – der Versorgung am Lebensende – Diskursivität in Bezug auf Interkulturalität bzw. Diversitätssensibilität und ethische Aspekte vollzogen wird.

Thematisch relevant waren dabei Fragen der ethischen Normativität der Aussagen (Aussagepraktiken) hinsichtlich des Verständnisses einer guten und gerechten Versorgung. Zum anderen war aufzuzeigen, wie in diskursiven Praktiken (hier von Akteuren in Organisationen) auf diese Formation als übergreifende Wissensordnung Bezug genommen wird bzw. in welcher Weise sie sich wechselseitig aufeinander beziehen. Schließlich interessierten die intendierten oder nicht-intendierten (Neben-)Folgen des Diskurses [8]. Dabei ging es auch darum, die „Machteffekte/-verhältnisse“ zwischen dem gesundheitspolitischen Diskurs, den sozialen Strukturen und Rahmenbedingungen für Organisationen sowie den individuellen und kollektiven Repräsentationen von Akteur\*innen aufzuzeigen.

### **7.2.2 Ansätze und Begriffe der Ethik**

Die Auseinandersetzung mit Ansätzen und Begriffen der Ethik aus einer sozialwissenschaftlichen Perspektive erfolgte vor dem Hintergrund der Zielsetzung des Projekts und im Sinne eines iterativen Forschungsprozesses. Insofern wurden im Verlauf der Untersuchung – in der kontinuierlichen Auseinandersetzung mit der Literatur, dem wissenschaftlichen Austausch und der Analyse der empirischen Daten – über die zunächst betrachteten Ansätze der Ethik in der Medizin, in Public-Health/Gesundheitswissenschaften und Pflege hinaus Ansätze der Care-Ethik betrachtet.

Im Weiteren werden zunächst Überlegungen hinsichtlich der interdisziplinären Verbindung von Ethik und Sozialwissenschaften dargelegt. Anschließend werden die Ansätze der Ethik erörtert, zu denen im Rahmen und der Möglichkeiten des Projekts eine Auseinandersetzung stattgefunden hat.

### **7.2.3 Zum Verständnis einer empirisch informierten Ethik**

Innerhalb der Philosophie gibt es einen recht kontrovers geführten Diskurs zum Verhältnis zwischen Ethik und Empirie [19], die sich auch in unserem philosophischen Fachgespräch widergespiegelt hat. Im Unterschied zum Verständnis einer angewandten Ethik, die auf empirische Befunde aus den Sozial- und Naturwissenschaften Bezug nimmt, plädieren einige Vertreter\*innen für das Verständnis einer empirisch informierten Ethik und in diesem Sinne selbst die Befunde zu erheben, auf die sie sich als wesentliche Elemente in ihrer ethischen Urteilsbildung beziehen oder die die Weiterentwicklung einer Ethik empirisch begründen [3]. Dies ermöglicht eine kritische Einschätzung der Plausibilität und Praktikabilität von Ansätzen der akademischen Ethik. In Bezug auf die theoretische Entwicklung bioethischer Ansätze sind z.B. kultur- und religionswissenschaftliche Perspektiven und Erkenntnisse einzubeziehen, um ein vertieftes Verständnis der Komplexität von sozio-kulturellen Zugehörigkeiten zu entwickeln und essentialistische Konzepte von Kultur, die sich beispielsweise in Leitlinien für die klinische Praxis und Ethikberatung oder in Algorithmen zur Ermittlung persönlicher Präferenzen hinsichtlich des Lebensendes finden, zu überwinden [90].

Vorgeschlagen wird u.a. die Weiterentwicklung einer empirisch begründeten Ethik der Achtsamkeit, Präsenz und Sorge, die ihrem epistemologischen Interesse gerecht wird, also danach fragt, wessen Stimme zählt, und der Verwirklichung ihrer transformatorischen Absicht zur gesellschaftlichen Veränderung Rechnung trägt [3].

Auch wenn Ansätze der Care-Ethik wie die Ethik der Achtsamkeit insbesondere in der deutschsprachigen Philosophie bislang kaum Eingang in den Diskurs gefunden hat [12], scheint sich eine größere Offenheit für interdisziplinäre Auseinandersetzungen innerhalb der Sozialwissenschaften zu entwickeln. Für die interdisziplinäre Verbindung von Care-Ethik und Sozialwissenschaften beziehen sich bisherige Versuche der Kodifikation auf die Anthropologie, Ontologie und Aufstellung von Prinzipien. Gemeinsame thematische Schwerpunkte sind: die relationale Annäherung an moralische Fragen; das Verständnis der Responsivität von Care (Care als Antwort auf ein Bedürfnis oder eine Not); Bedeutung des Kontexts (bis hin zum Partikularismus); Care findet (gut und gelingend) nur in einem politisch gedachten Rahmen statt: „das Persönliche ist politisch.“; Bedeutung von Emotionen; Betonung der Leiblichkeit des Handelns, Denkens und Fühlens. Wichtige Dimensionen in Bezug auf die Relationalität von Care-Interaktionen sind Verletzbarkeit (als Gegenstück zur Autonomie) und Abhängigkeit (als Qualifizierung der Relationalität). Kohlen [48] verweist z.B. darauf, dass „normative Ansprüche, ethische

Kategorien und Elemente einer Sorgeethik in die Sorgearbeitsdebatte Einzug gehalten“ haben. Bedeutung erlangt die Ethik der Achtsamkeit darüber hinaus im Kontext zivilgesellschaftlichen Engagements [13].

Im Anschluss daran wurde für diese Untersuchung eine interdisziplinäre Forschungsperspektive eingenommen, in der Methoden qualitativer Sozialforschung trianguliert und in ihrer Begründung und Anwendung im Sinne einer empirisch informierten Ethik systematisch reflektiert wurden. Geleitet wurde dieses Vorgehen von der Annahme, dass eine Ethik der Achtsamkeit möglicherweise anschlussfähiger als andere normative Ethiken für eine interdisziplinäre Forschungsperspektive in der qualitativen Sozialforschung ist.

Ziel der Analyse war es, im Sinne einer deskriptiven Ethik [20] zunächst die faktisch vorhandenen moralischen Normen und Überzeugungen (hier: in den politischen Diskursen, in den individuellen und kollektiven Repräsentationen von Akteur\*innen, von Patient\*innen und Angehörigen) zu beschreiben und ihre jeweils historischen, institutionellen, sozio-psychologischen und logischen Zusammenhänge zu klären. Dabei galt es, die Logik, Inkonsistenzen und Widersprüche der Zusammenhänge durch argumentationsanalytische Ansätze (zwischen den „Kategorien“ und zwischen den Ebenen) aufzudecken.

Im Rahmen der Sekundäranalyse ging es überdies darum, den subjektiven Perspektiven und Positionen von Sterbenden und ihren Angehörigen zur Artikulation zu verhelfen, die im wissenschaftlichen und politischen Diskurs unterrepräsentiert sind (siehe 7.1) und im Verständnis einer empirisch informierten Ethik für eine ethische Diskussion zugänglich gemacht werden können [18].

Im Weiteren galt es im Sinne einer normativen Ethik, zu explizieren, welche Normen, Überzeugungen oder Situationen aus einer ethischen Perspektive zu problematisieren sind. Aufgezeigt werden sollte, inwiefern die empirischen Erkenntnisse nicht nur praktische Herausforderungen darstellen, sondern Fragen des normativ Richtigen berühren und als ethische Probleme oder Dilemmata identifiziert werden können. Nach Salloch et al. [81] lassen sich zwei Typen ethischer Probleme unterscheiden. Zum einen kann eine Situation durch ein offensichtliches ethisches Defizit oder ethisches Fehlverhalten gekennzeichnet sein. Zum anderen kann es sich um eine Situation handeln, die durch Unsicherheit bezüglich der ethisch angemessenen Handlungsweise gekennzeichnet ist. Daran schließt die Frage nach der Bedeutung an, die den ethischen Problemen je nach begründungslogischer Grundlage und unter Rückgriff auf die philosophisch-ethische Systematik zukommt und wie sie anhand „präskriptiver Prämissen“ (Argumentationskonstellationen) zu bewerten sind.

Für die Care-Ethik wird diesbezüglich der intersektionale Ansatz (siehe oben) als wichtige Ressource betrachtet [30]. Daran anknüpfend wird bedacht, dass neben Gender auch Differenzkategorien wie Klasse oder Ethnizität Beziehungen, das Handeln und wichtige ethische Kategorien wie Verantwortung durchdringen [97]. Eine programmatische, iterative Betrachtung

der Verwobenheit von verschiedenen Dimensionen in einem Problem kann ferner zu einem vertieften Verständnis von guter Versorgung am Lebensende in einer sich verändernden vielfältigen Gesellschaft führen [30].

#### **7.2.4 Ansätze und Prinzipien der Ethik zur Bewertung**

Im Verlauf des Forschungsprozesses wurden unterschiedliche ethische Theorien und Prinzipien betrachtet und hinsichtlich ihrer Relevanz für den Bereich der pflegerischen und sozialen Versorgung am Lebensende in Einrichtungen des Gesundheitswesens mit einem besonderen Fokus auf den Kontext Palliative Care erörtert. Im Weiteren wurde anhand der ausgewählten Ansätze aufgezeigt, welche Bedeutung den empirischen Erkenntnissen je nach begründungslogischer Grundlage zukommt.

Für den Bereich der Gesundheitsversorgung können für die ethische Bewertung zum einen deontologische, konsequentialistische wie auch tugendethische Theorien Relevanz entfalten. Darüber hinaus wird auf den kohärentistischen Ansatz verwiesen, der vor allem die Konsequenzen von Maßnahmen kontextsensitiv in den Vordergrund stellt. Hierfür werden konsensfähige ethische Prinzipien rekonstruiert, die gültig sind, sofern sie nicht mit stärkeren oder gleichwertigen Prinzipien kollidieren. Im letzteren Fall bedarf es einer Abwägung [61].

Für eine ethische Analyse von Konflikten, Problemen und Herausforderungen im Gesundheitswesen wird zumeist der prinzipientheoretische Ansatz nach Beauchamp & Childress [4] zugrunde gelegt, der eine Abwägung mittels der Prinzipien „Autonomie“, „Fürsorge“ (i.S.v. Nicht-Schaden und Wohltun) und „Gerechtigkeit“ vornimmt. Er gilt im medizinethischen Fachdiskurs als theoretischer Ausgangspunkt und normativer Minimalkonsens weithin anerkannt. Auch im Bereich der Pflege und in der öffentlichen Gesundheitsversorgung wird er als anschlussfähig beschrieben [89]. In den Handlungsfeldern von Public Health sind nach Marckmann und Strech [61] die neben den vergleichbaren Prinzipien Nutzen- und Schadenspotenzial, Selbstbestimmung und Gerechtigkeit die Prinzipien Effizienz und Legitimität für eine Abwägung heranzuziehen. Die hiermit deduktiv getroffene Auswahl soll sicherstellen, dass die relevanten Kriterien bei der Analyse von Maßnahmen in der öffentlichen Gesundheitsversorgung berücksichtigt werden. Dies ermöglicht zudem, dass abgeglichen werden kann, welche der Kriterien für das spezielle Handlungsfeld bzw. aus der Perspektive der Patient\*innen und Angehörigen möglicherweise keine Rolle spielen. Darüber hinaus ist es aufgrund einer grundsätzlich offenen Herangehensweise möglich, „neue“ zusätzliche Kriterien zu entdecken, die eine Auseinandersetzung mit bislang unbekanntem ethischen Problemen erst ermöglichen.

Damit wird berücksichtigt, dass für staatliches Handeln stets ein legitimer Zweck, die Zuständigkeit und Verhältnismäßigkeit gegeben sein müssen. Letztlich muss geklärt werden, ob die geplante Maßnahme der Bevölkerungsgesundheit nutzt und mit den verfassungsgemäßen

Grundrechten im Einklang steht. Wobei die Diskussionen für eine Public-Health-Ethik als nicht abgeschlossen betrachtet werden können [100].

Im Weiteren werden Ansätze der Care-Ethik und dabei insbesondere die philosophische Ethik der Achtsamkeit von Conradi aufgegriffen [11], um diese hinsichtlich ihres (kritischen) Potenzials für eine gelingende(re) Versorgung am Lebensende und Anknüpfungspunkt für die weitere Diskussion zu beleuchten. Denn es scheint durchaus fraglich, warum sich die zwar junge Care-Ethik in den aktuellen Debatten im Gesundheitswesen kaum wiederfindet, obwohl der Bezug zu aktuellen Problemlagen aufgrund des demografischen Wandels dies eigentlich nahelegt. Dies erscheint zudem aufschlussreich, da sie für die Bereiche der Pflege und Sozialen Arbeit als ein konzeptioneller Rahmen für eine „Ethik der helfenden Berufe“ bzw. als Teil der jeweiligen Professionsethiken vorgeschlagen werden [12]. Care-ethische Ansätze verbinden die Individualethik dabei konzeptionell mit der politischen Theorie, indem sie Care-Interaktionen in einem gesellschaftlichen und politischen Kontext verorten [12]. Auf Tronto [96] geht zurück, dass Care in erster Linie als Reparatur- und Reproduktionsarbeit auf einer überindividuellen Ebene und jenseits der Geschlechterdifferenz zu verstehen ist. Denn anstatt wie in den 1970er Jahren den Begriff „Reproduktionsarbeit“ für die unbezahlten und unsichtbaren Tätigkeiten von Frauen in Familien als Pendant zur Lohnarbeit gegen soziale Abwertung weiter zu verteidigen, sollten die gesellschaftsverändernden Implikationen betont werden. Tronto [96] definiert Care nun als eine Aktivität, „die alles einschließt, was notwendig ist, um unsere Lebenswelt so zu erhalten und zu verbessern beziehungsweise zu reparieren, dass wir gut in ihr leben können.“ Die theoretischen Ansätze der Care-Ethik, denen ein Verständnis von Care als Praxis zugrunde liegt, setzten sich in ihrer weiteren Entwicklung im Besonderen mit Fragen der Beziehung, deren Güte und daraus erwachsenden Verantwortlichkeiten auseinander [11, 12]. Fokussiert werden außerdem die Bedeutung von Achtsamkeit, Leiblichkeit und Verletzlichkeit. Auch die Notwendigkeit von Selbstsorge wird thematisiert [48]. Auf diese Weise wird eine theoretische Auseinandersetzung mit Beziehungen, deren Güte und daraus erwachsende Verantwortlichkeiten auf verschiedenen Ebenen möglich.

Im Weiteren werden die wesentlichen Grenzziehungen zu den Prinzipien Autonomie, Gerechtigkeit und Fürsorge bzw. Kritikpunkte, die sich im Verhältnis zwischen dem Ansatz der Care-Ethik als Ethik der Achtsamkeit und der Pflichtenethik bzw. zu dem prinzipientheoretischen Ansatz von Beauchamp und Childress [4] zeigen, in aller Kürze bzw. in Ausschnitten dargestellt.

### **7.2.5 Autonomie und Selbstbestimmung**

Den modernen Ethik-Konzeptionen ist gemein, dass der eigentliche Standpunkt der Moral „als ein allgemeiner, überparteilicher und die kontingente Ebene von subjektiven Interessenan-

sprüchen überschreitender Gesichtspunkt“ definiert wird [73] S. 98. Dabei wird auf Kant (Vernunft-Universalismus), Rawls (Gedankenexperiment „Schleier des Nichtwissens“) und Habermas (Bild des „Runden Tisches“ für einen fairen Diskurs) rekurriert: „jedesmal gebietet die Moral, die Stimme des Gewissens, von uns selbst, der Situation, den Gefühlen und konkreten Beziehungen abzusehen und einen Standpunkt einzunehmen, der einer von niemandem und allen ist.“ [87, S. 37]. Hier ist die Idee der Autonomie, sich selbst ein allgemeines Gesetz geben zu können, der Kern der Moral. Autonomie wird sowohl als Fähigkeit als auch als allgemeines Recht verstanden. Diese Konzeption von Autonomie hat sich durch die Prinzipienethik von Beauchamp und Childress [4] theoretisch profiliert und insofern Eingang in die Konzeptionen der Medizin- und Bioethik, der Public Health Ethik und Pflegeethik gefunden. Der Respekt vor einer so verstandenen Autonomie der Patient\*innen stellt als Alternative zum paternalistischen Arzt-Patienten-Verhältnis – hergestellt durch die Einwilligung nach erfolgter Aufklärung und durch die Möglichkeit der Patientenverfügung – eines der zentralen Prinzipien der Medizin- und Bioethik dar.

Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten gelten insbesondere in der Versorgung am Lebensende als Instrumente zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts. Eine vorausschauende Planung und selbstbestimmte Entscheidungen am Lebensende werden oft wie selbstverständlich als Ausdruck individueller Autonomie betrachtet und eine offene Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben vorausgesetzt. So findet sich in der Programmatik der Hospiz- und Palliativversorgung bzw. im Leitbild des ‚guten‘ Sterbens die normative Vorgabe, dass der Sterbende im Idealfall „als individualisierter, selbstbestimmter Akteur - eingebunden in seine eigenen gemeinschaftlichen Bezüge und gesellschaftlich umsorgt - seinen eigenen Tod sterben [soll].“ [93, S. 56]

Die „Stärkung der Autonomie auch am Ende des Lebens“ und der „Schutz der Selbstbestimmung“ werden als wesentliche Elemente für eine Kultur der Würde am Lebensende auch im neuen Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG) durch den Bundestag hervorgehoben. Damit nimmt der Bundestag Bezug auf Artikel 1 des Grundgesetzes (GG) und knüpft zudem an eine „spezifische menschen- und verfassungsrechtlich geprägte Würdekonzeption“ an [102].

Hier zeigt sich, dass sich die Versorgung am Lebensende am Bild des Patienten bzw. Sterbenden als selbstbestimmten Akteur orientiert, der entscheiden und gestalten soll, wie er sterben möchte. Problematisiert wird, dass ihm damit „in gewisser Weise auch die Verantwortung für sein gelingendes oder misslingendes Sterben übertragen wird.“ [93, S. 65] Die damit verbundenen Fragen nach den individuellen Anspruchs- und Verwirklichungschancen sollten jedoch unter dem Aspekt sozialer Ungleichheit betrachtet werden, da die Übernahme einer so zugeschriebenen Rolle von den Ressourcen und Fähigkeiten des Einzelnen abhängt [93].

Auch empirische Befunde weisen darauf hin, dass dies nicht immer den Vorstellungen oder Fähigkeiten der Betroffenen entspricht [67]. Weiterhin verweist die Auseinandersetzung mit Fragen des Alter(n)s auf Grenzen eines ethischen Verständnisses von Autonomie, das allein auf die Sicherung individueller Selbstbestimmung im Rahmen wechselseitiger Ansprüche und Verpflichtungen ausgerichtet ist. Insofern wird die Reduktion des Autonomie-Begriffs auf die rationale Selbstbestimmung hinsichtlich der Anwendbarkeit auf Fragen des Lebensanfangs und Lebensendes kritisch hinterfragt.

Um der moralischen Bedeutung von Mitgefühl und Zuwendung angemessen Rechnung zu tragen, wird das Konzept der relationalen Autonomie in Anschlag gebracht [89]. Auch Welsh [102] fragt danach, welche Autonomie-Konzepte sich zur Umsetzung in der Praxis anbieten und welchen Beitrag die Menschenrechte auf konzeptioneller, inhaltlich-philosophischer ebenso wie auf politisch-rechtlicher Ebene leisten können. Es gelte, den Autonomie-Begriff für das Lebensende in neuer Weise „fruchtbar zu machen“. Wenn es um die Gestaltung des Lebensendes geht, würde dagegen meist der Begriff der Menschenwürde dem der Autonomie vorgezogen.

Fundamental unterscheidet sich diesbezüglich die Care-Ethik. Hier wird im Anschluss an die Arbeit von Gilligan (1982) [27] davon ausgegangen, dass moralische Urteile von situativen und relationalen Zusammenhängen abhängig sind und die Möglichkeit eines unparteilichen moralischen Standpunkts (als männliche Eigenschaft/Fähigkeit) zurückzuweisen ist [48]. Überdies wird hier der Mensch als fühlendes, relationales Wesen, das in affektiver Verbindung zu „konkreten Anderen“ und nicht bloß „verallgemeinerten Anderen“ steht, zum Vorbild [87, S. 37].

### *Achtsamkeit statt Achtung*

In einer Ethik der Achtsamkeit wird ebenjene für die Befriedigung von Bedürfnissen und eine gelingende Kommunikation und Interaktion bedeutsam. Dabei stellt die Annahme der grundlegenden Angewiesenheit von Menschen aufeinander einerseits eine universalisierbare Kategorie dar, mit der achtsame Zuwendung begründet werden kann. Andererseits enthält sie den moralischen Impetus zur achtsamen Zuwendung, der sich mit der „Formel »Zuwenden statt Wegsehen«“ erfassen lässt [12, S. 95].

Im Gegensatz zum Gebot der Achtung vor der Würde des Menschen, die sich in der Pflichtenethik aus den Postulaten der Autonomie, Gegenseitigkeit und Gleichheit ergibt, ist für das Konzept der Achtung in Form der Achtsamkeit eine Unterstellung von Autonomie nicht erforderlich. Achtsamkeit sollte nicht davon abhängen, wie autonom die Person ist, da sie sich dahingehend sowie in ihren Fähigkeiten und Kompetenzen in Care-Interaktionen ja gerade unterscheidet. Vielmehr sollte ein größeres Maß an Autonomie das Ergebnis einer achtsamen Zuwendung in Care-Interaktionen sein [11].

### 7.2.6 Gerechtigkeit

In Palliative Care findet das Prinzip der Gerechtigkeit seinen Ausdruck im Verständnis von einem Sterben in Würde für alle Menschen, unabhängig von ihren individuellen, soziokulturellen und religiösen Bedürfnissen und Zugehörigkeiten, was eine wichtige Zielsetzung in unserer zunehmend in Diversität alternden Gesellschaft markiert.

In der Perspektive des prinzipientheoretischen Ansatzes auf Gerechtigkeit wird Moralität durch einen Universalismus definiert, bei dem der Andere nur als ein „verallgemeinerter Anderer“ als evident betrachtet werden kann [5, S. 183], sodass Fragen der Gerechtigkeit im Kontext einer konkreten sozialen Praxis unsichtbar bleiben.

Dies zeigt sich beispielsweise in der gegenwärtigen Diskussion in Bezug auf Fragen des Alter(n)s und Gerechtigkeit, in der das Problem der gerechten Verteilung von Ressourcen und Kosten zwischen den Generationen und angesichts begrenzter Mittel im öffentlichen Gesundheitssystem die individuelle ethische Dimension des Alter(n)s überlagert [89]. Kaum beachtet werden z.B. gerechtigkeitserhebliche Fragen, die sich im Zusammenhang zwischen Status und Vulnerabilität von Patient\*innen und der Achtsamkeit ihnen gegenüber zeigen. Eine Untersuchung von Kohlen [45] zu Themen und Diskussionen in klinischen Ethikkomitees verweist darauf, dass ein höherer Sozialstatus von Patient\*innen und ihren Angehörigen zu einer höheren Achtsamkeit ihnen gegenüber und Teilhabe an Behandlungsabläufen führte.

Folgt man dem Ansatz des Nonegalitarismus als Perspektive auf Gerechtigkeit, der sich generell gegen Gleichheit als Verteilungskriterium wendet [62], ist es erforderlich, die Bedürfnisse von Migrant\*innen in der Praxis und Forschung wahrzunehmen, um Ungerechtigkeiten in der Versorgung zu identifizieren und zu vermeiden [103]. Da Migrant\*innen eine sehr heterogene Zielgruppe mit großen sozialen und gesundheitlichen Unterschieden sind, werden flexible Versorgungsansätze vielversprechender als migrant\*innenspezifische Ansätze eingeschätzt [103].

Um jedoch gerechtigkeitserhebliche Fragen sichtbar zu machen, die im Kontext einer konkreten sozialen Praxis aufgeworfen werden, werden care-ethische Ansätze als zielführender betrachtet, da sie die „Verletzlichkeit und Bedürftigkeit des Menschen, seine Abhängigkeit von sozialen Beziehungen sowie seine unterschiedlichen Fähigkeiten und Erfahrungen“ [46, S. 230] anerkennen. Sie ermöglichen ein relationales Verständnis von Gleichheit und betonen die Gleichwertigkeit des Differenten. Wird Sorge als ein fundamentales Gut betrachtet, geht es mithin um die gerechte Organisation und Verteilung von Sorgearbeit. Zudem wird den Unterschieden im Geben und Nehmen Rechnung getragen, indem das Schenken von Achtsamkeit nicht an Reziprozität gebunden wird. Reziprozität als Teilaspekt von Gerechtigkeit steht Conrads Verständnis von Care entgegen. Dies begründet Conradi u.a. damit, dass damit die Verpflichtungen ausgeschlossen werden, die über die Pflichten, die sich über eine Minimalethik begründen lassen, hinausgehen [11].

Kritik an care-ethischen Ansätzen bezieht sich wiederum vornehmlich darauf, dass die Frage nach der Anschlussfähigkeit an eine universalistische Gerechtigkeitsperspektive nicht geklärt sei [78]. Angesichts des fehlenden Konsenses über die Reichweite positiver Rechte auf individueller Ebene erscheine es unwahrscheinlich, diese durch die Ansätze der Care-Ethik zu begründen, da es dann „eine unendliche Flut von Verpflichtungen zur Unterstützung gäbe“ [19, S. 153].

### **7.2.7 Fürsorge**

In Bezug auf das Prinzip der Fürsorge, in dem die Prinzipien des Nicht-Schadens und des Wohltuns zusammengeführt wurden, wird kritisiert, dass das Prinzip der Fürsorge in der Pflichtenethik marginalisiert würde und eigentlich aus der Ethik ausgeschlossen wird. Die wesentliche Kritik bezieht sich darauf, dass es nicht gelingt, über die Überordnung von Diskurs als Vernunft über Fürsorge als Neigung hinauszukommen [11]. Geht es um die Aspekte des Angewiesenseins einerseits und der Selbstsorge andererseits bietet eine Ethik der Achtsamkeit eine umfassendere Perspektive [89]. Aus einer hermeneutischen Perspektive wird für wichtig erachtet, dass ein Verständnis von Care zugrunde gelegt wird, in dem die Sorge um andere mit der Sorge um sich als eine notwendige intrinsische Verquickung betrachtet wird, um eine Konnotation der Fürsorge oder die Sorge um andere als asymmetrische Interaktionsbeziehung zu vermeiden [87].

### **7.2.8 Organisationsethik und Verantwortung**

Aus einer organisationsethischen Perspektive werden die Rahmenbedingungen des pflegerischen und medizinischen Handelns mit einbezogen und Fragen nach der Verantwortung der Einrichtungen oder auch der Gesundheitspolitik gestellt.

Adressiert werden zum einen in diesem Zusammenhang die moralische Qualität von Organisationen sowie die Implementation von Ethik-Strukturen, die Raum für Dialoge zur Entscheidungsfindung ermöglichen [76, 101]. Darüber hinaus benennt Rabe [76] Qualitätsentwicklung, Kultur und Ökonomie als weitere Faktoren, an denen sich die Moralität einer Organisation festmachen lässt.

Ebenso geht es um die Frage der moralischen Qualität von Organisationen und damit um ethische Strukturen, die innerhalb von Organisationen der „diskursiven Unterstützung medizinischer und unternehmensbezogener Entscheidungen dienen“ [101]. Hierfür nimmt Wehkamp [101] Bezug auf die Prozessethik von Heintel [31], für den es in Organisationen darum geht, Widersprüche zu identifizieren, für die in geeigneter Weise akzeptierte Antworten und Lösungen gefunden werden. Allerdings gehe es nicht nur darum, vor dem Hintergrund einer klinisch-medizinischen Ethik in schwierigen Entscheidungssituationen, wenn also ein moralisches Dilemma vorliegt, eine Ethikberatung zu etablieren, sondern auch Alltagsfragen eines

guten Lebens und Sterbens bzw. existenzielle Grundfragen zuzulassen [88]. Damit würden „Menschen in eine neue ethische, d.h. aber auch immer zu organisierende Beziehung in und zwischen Organisationen“ gesetzt. Hierzu wird es als notwendig erachtet, ethische Fragen nicht an ein Ethikkomitee zu delegieren, sondern in bestehenden Kommunikationsstrukturen zu integrieren (ebd.).

Zudem wird auf die fehlende Stimme von Care in der Ethikberatung/in Ethikkomitees hingewiesen [45], wobei es in der pflegerischen Verantwortung liegt, „ethische Fallbesprechungen zu initiieren und der konkreten Beschreibung originär pflegerischer Dilemmata Raum zu geben“. Auf der gesellschaftspolitischen Ebene wird eine Beteiligung der Pflege an ethischen Stellungnahmen im Nationalen Ethikrat gefordert [47, S.136].

Zum anderen wächst die Präsenz der Frage nach der Verantwortung von Organisationen. Voraussetzung für die Annahme, Organisationen seien absichtsvoll tätige Institutionen, ist unter Bezugnahme auf die Diskurstheorie von Habermas, dass es innerhalb der Organisation Entscheidungsstrukturen gibt, die mit Normen für rechenschaftspflichtige Personen als Rollenträger verknüpft sind. Damit werden Organisationen selbst rechenschaftspflichtig und rechenschaftsfähig in Bezug auf ihre moralische Verantwortungsfähigkeit gegenüber Anspruchsträgern [43].

Hinsichtlich einer Verantwortung von Organisationen wurde der Ansatz, Organisationen als moralische handelnde Akteure zu sehen, auch im philosophischen Fachgespräch kritisch diskutiert. Konsensfähig war die Annahme, dass eine Organisation als ein Geflecht geteilter Verantwortung betrachtet werden kann, deren Strukturen einer ethischen Bewertung (Ermöglichung der Übernahme ethischer Verantwortung durch natürliche Personen) unterzogen werden können. In die Diskursanalyse sollten daher die Leitbilder als normativ gehaltvolle Texte einbezogen werden und danach gefragt werden, wie der einzelne Befragte zu den Zielen der Organisation steht.

Grundlegend ist eine Definition von Verantwortung als relational, d.h. jemand ist für etwas (oder für jemanden) gegenüber jemandem oder einer Instanz auf der Grundlage eines bestimmten begründeten Maßstabs verantwortlich. Daraus ergibt sich eine zu bejahende durch Regeln und Normen verpflichtende Ordnung. Zu den Dimensionen ethischer Verantwortung gehören eine rechtliche, politische und moralische Dimension, die praktisch miteinander verwoben sind [72].

Während sich rechtliche Verantwortung auf die Pflicht bezieht, sich an geltendes Recht zu halten, findet politische Verantwortung in Unternehmen regelmäßig ihren Ausdruck durch Lobbyarbeit (Interessenpolitik), die darauf abzielt, Gesetzesänderungen zu bewirken, „um den eigenen ökonomischen Interessen möglichst viele Vorteile zu verschaffen.“ [72, S. 284] Ausdruck der politischen Wahrnehmung von Verantwortung von Konsumenten reicht von dem Bestreben das bloße Eigeninteresse zu vertreten bis hin zur Interessenvertretung bestimmter

Gruppen, z.B. von Verbraucherverbänden (Patientenvertretung). Inwieweit politische Verantwortung an ethische Ziele gebunden sein soll und ob nur bestimmte Interessen als normativ legitim gelten, ist umstritten. Dagegen spricht, dass unklar bleibt, woher der Bewertungsmaßstab kommen soll, solange politische Legitimität nur deskriptiv verstanden wird.

Geht es um die Verantwortung, für eine gerechte und wertschätzende Versorgung einzutreten, wird die moralische Dimension deutlich, aus der sich die Verpflichtung für ein ethisch richtiges (kollektives) Handeln ergibt. Letztlich werde die moralische Verantwortung von Individuen und Unternehmen in der Übernahme rechtlicher und politischer Verantwortung erkennbar. Insofern gehe von moralischer Verantwortung der Impuls für Reformen aus [72].

Um zu verdeutlichen, dass Veränderungsprozesse nie allein einer rechtlichen oder politischen Verantwortung zuzuschreiben sind, sondern im Zusammenspiel mit moralischer Verantwortungsübernahme initiiert werden, werden sie zwar analytisch getrennt, stellen in der Praxis jedoch miteinander verschränkte Dimensionen normativer Verantwortung dar.

### **7.3 Zwischenfazit und Schlussfolgerungen für die Untersuchung**

Im Rahmen der Ethik der Achtsamkeit rückt die Realisierung einer Sorgepraxis in asymmetrischen Beziehungen verstärkt ins Blickfeld, die eine Reflexion von Machtdynamiken in kommunikativen und interaktiven Auseinandersetzungen notwendig macht, ohne dabei Fragen der Selbstsorge außer Acht zu lassen. Dabei stehen Fragen nach dem Gelingen von Interaktionen zwischen Individuen im Verlauf von Versorgungsprozessen im Vordergrund des Interesses. Weiterhin rücken organisatorisch-institutionelle, gesellschaftliche und politische Rahmenbedingungen in den Fokus, unter denen Hilfebedarf entsteht, Hilfe geleistet oder unterlassen wird. Es geht um die Bewertung und Veränderung von Hilfe-, Pflege- und Versorgungsprozessen. Hier lassen sich vielfältige Fragen, die der weiteren wissenschaftlichen Bearbeitung bedürfen, ableiten.

Ansätze der Care-Ethik thematisieren Fragen der Gerechtigkeit und der Qualität von Sorgearbeit, die menschlichen Bedürfnissen in einer Form gerecht werden soll, die humanitären Ansprüchen, wie z.B. dem Schutz der Würde oder der Entfaltung der Persönlichkeit, Rechnung tragen.

Die Care-Ethik findet zunehmend Eingang in die Debatte um die Organisation und Verteilung von Care-Arbeit (Sorgearbeit) in der Gesellschaft, die angesichts von wachsenden Versorgungslücken kontrovers geführt wird. Noch immer sind es mehrheitlich Frauen, die Care-Arbeit leisten, sei es im institutionellen, privaten/familiären oder ehrenamtlichen Bereich. Zunehmend stellt sich die Frage nach einer angemessenen Partizipation der Hilfe- und Pflegebedürftigen, wenn es um die Gestaltung guter Sorge geht, die ihren Wünschen/Bedürfnissen und Forderungen nach Selbstbestimmung entspricht. Ebenso stellen sich Fragen nach den Arbeitsbedingungen professionell Pflegender angesichts von Personalmangel und Ökonomisierung

sowie hinsichtlich der Arbeits- und Lebensverhältnisse von ausländischen Care-Arbeiter\*innen in Privathaushalten.

Die Potenziale der Care-Ethik sollten als kritische Perspektive für die Pflege und Gerontologie ausgeleuchtet werden, um Möglichkeiten für Veränderungen aufzudecken und Lösungsansätze (weiter) zu entwickeln. Weiterhin sollte der Frage nachgegangen werden, wie die Ansätze der Care-Ethik für die wissenschaftliche Bearbeitung der genannten Themen in der pflegewissenschaftlichen und gerontologischen Forschung nutzbar gemacht werden können.

Die Konzeption der Praxis Care kann als Ethos helfender Berufe verstanden werden, in dem sich ein wesentlicher Teil des professionellen Selbstverständnisses ausdrückt. Inwieweit die Ethik der Achtsamkeit in einer Ethik der Pflege oder Sozialen Arbeit aufgeht oder durch weitere Aspekte, wie z.B. der Frage nach einer Pflichtenkollision, ergänzt werden muss, sollte in einer disziplinübergreifenden Zusammenarbeit geklärt werden [12].

## **7.4 Ergebnisse der Sekundäranalyse**

Wie unter Punkt 5.2.1 dargelegt wurde, wurden vorliegende Daten aus Interviews mit Angehörigen und Patient\*innen (darunter n=29 mit einem russischsprachigen Migrationshintergrund) die zu ihren Erwartungen, Vorstellungen und Erfahrungen im Kontext der Hospiz- und Palliativversorgung befragt wurden, einer Sekundäranalyse unterzogen, für die eine ethisch sensibilisierte Perspektive eingenommen wurde.

### **7.4.1 Beschreibung des Samples**

Die 29 Interviewpartner\*innen mit Migrationshintergrund waren im Durchschnitt 45 Jahre alt. Unter den vier Patient\*innen waren drei und unter den 25 Angehörigen 22 weiblich.

Die Interviewpartner\*innen sind überwiegend als Spätaussiedler\*innen (n=13) oder im Rahmen der jüdischen Zuwanderung (n=14) nach dem Ende der Sowjetunion nach Deutschland migriert. Nur eine jüdische Interviewpartnerin gehört zur Gruppe der Bildungsmigrant\*innen und eine russisch-orthodoxe Teilnehmerin kam vor einigen Jahren zur Behandlung ihrer Tochter nach Deutschland.

Von den 15 jüdischen Interviewpartner\*innen (darunter 13 Frauen und zwei Männer) fühlen sich sechs nicht konfessionell an das Judentum gebunden und zwei bezeichnen sich als russisch-orthodox. Zehn Interviewpartner\*innen dieser Teilgruppe stammen aus Russland, vier aus der Ukraine und eine aus Usbekistan. Von den Spätaussiedler\*innen (darunter 12 Frauen und zwei Männer) sind sechs protestantisch, vier russisch-orthodox und drei konfessionslos. Ihre Herkunftsländer waren Russland (n=3), die Ukraine (n=5), Kasachstan (n=2) sowie Kirgistan, Moldawien und Turkmenistan.

Von den Angehörigen beziehen sich sieben in ihren Aussagen auf ihre aktuelle Lebenssituation und 18 Angehörige beziehen sich auf ihre Erfahrungen, die sie mit der Versorgung ihrer

bereits verstorbenen Verwandten gemacht haben. Die überwiegende Anzahl der Interviewpartner\*innen hat die Versorgung im Verlauf der Begleitung mit teils mehreren Angeboten in Hospizen (n=11), auf Palliativstationen (n=7), durch die Unterstützung eines Hospizdienstes (n=5) sowie durch spezielle ambulante pflegerische und ärztliche Versorgung in der Häuslichkeit (n=6) oder im Heim (n=3) erlebt. In einigen Fällen wurde eine Inanspruchnahme, die über eine palliativmedizinische Versorgung im Krankenhaus hinausging, aufgrund des Wunsches nach familiärer Pflege explizit abgelehnt, und teils ist nur aus Kontextinformationen bekannt, dass eine palliative Versorgung oder ein Hospiz in Anspruch genommen wurden. Letzteres lässt sich auf die Unsicherheit der Angehörigen über die korrekte Bezeichnung der Versorgung und im Fall einer Patientin auf ihre Unwissenheit, in einem Hospiz zu sein, zurückführen.

Weitere 17 Interviews wurden mit Patient\*innen (n=8, darunter fünf weiblich) und Angehörigen (n=9, darunter sechs weiblich) ohne Migrationshintergrund geführt. Unter den Patient\*innen waren sechs konfessionslos, eine römisch-katholisch und eine protestantisch. Von den Angehörigen bezeichneten sich fünf als protestantisch und drei als konfessionslos. Zum Zeitpunkt des Interviews waren fünf Patient\*innen in einem Hospiz und drei wurden in ihrer Häuslichkeit palliativ versorgt. Die Angehörigen bezogen sich auf Erfahrungen, die sie im Verlauf der Versorgung in Hospizen (n=6), auf einer Palliativstation (n=1), durch spezialisierte ambulante Palliativversorgung (n=2) und in einem Trauercafé (n=3) gemacht haben.

#### **7.4.2 Auswahl und Begründung der Themen für die Sekundäranalyse**

Angesichts der Annahme, dass in Folge des demografischen Wandels auch mit einer zunehmenden Zahl an Menschen mit Migrationshintergrund zu rechnen ist, die an ihrem Lebensende pflegerische oder palliative Versorgung benötigen, stellte sich in der Sekundäranalyse vor allem die Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen ihrer Versorgung, die den ethischen Maßstäben einer palliativen Versorgung gerecht werden.

Angesichts des demografischen Wandels und der zunehmenden Vielfalt der Gesellschaft hat die Frage nach dem Umgang mit kulturellen Differenzen bei Entscheidungen am Lebensende oder hinsichtlich der Spiritualität, die als ein zentrales Element der Versorgung am Lebensende betrachtet wird, im Kontext der Versorgung am Lebensende große Relevanz. Hier zeigen sich Herausforderungen, die beispielsweise den gerechten Umgang mit diversen Religionen und Kulturen oder Glaubensentwürfen betreffen. Es zeigt sich eine wachsende Sensibilität für kulturelle und religiöse Differenzen sowohl in der pflegerischen und medizinischen Versorgung als auch in den (bio)ethischen Debatten. Allerdings wird in vielen Beiträgen auf essentialistische Konzepte von Kultur Bezug genommen, die von Kultur als einer homogenen Gegebenheit mit gleichbleibenden Merkmalen ausgehen. Wenngleich die Annahme, dass die Nationalität oder eine religiöse Zugehörigkeit nicht automatisch mit einer bestimmten Einstel-

lung zu Entscheidungen am Lebensende einhergeht, in vergleichenden Studien kritisch beleuchtet wurde, nehmen Leitlinien für die klinische Praxis und Ethikberatung oder Instrumente zur Ermittlung persönlicher Präferenzen hinsichtlich des Lebensendes immer wieder darauf Bezug.

Einer kontinuierlichen Kommunikation in der Versorgung am Lebensende wird ein hoher Stellenwert beigemessen, um den individuellen Bedürfnissen der Sterbenden angemessen Rechnung tragen zu können (siehe oben Punkt 7.1).

Die identifizierten problematischen Situationen aufgrund von Zugangsbarrieren, wahrgenommener differenter Vorstellungen guter Sorge und Versorgung oder sprachlicher Probleme stellen zentrale Themen in den Interviews mit den Betroffenen dar, die für die weitere Auseinandersetzung aus einer ethisch informierten Perspektive aufschlussreich erschienen. Für die Gruppe der Betroffenen mit einem Migrationshintergrund werfen sie vor allem gerechtigkeitserhebliche Fragen in Bezug auf die Bedeutung identitätsstiftender Zugehörigkeiten und die Bedeutung der verbalen Kommunikation am Lebensende auf. Weiterhin berührten sie Fragen in Bezug auf das Verständnis von Selbstbestimmung (und Autonomie), von Fürsorge (und Selbstsorge) und Verantwortung.

Bevor die Ergebnisse dargestellt werden, wird zunächst kurz die jeweilige Auswahl der Interviews begründet. Im Anschluss werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund geltender ethischer Prinzipien und theoretischer Ansätze diskutiert. Die sich daraus ergebenden Implikationen für den fachlichen und politischen Diskurs aus einer organisationsethischen Perspektive sowie für die weitere theoretische Auseinandersetzung um ein ethisches Verständnis von Sorge werden im abschließenden Fazit erörtert.

#### **7.4.2.1 Bedeutung identitätsstiftender Zugehörigkeiten**

Vor diesem Hintergrund werden die identitätsstiftenden Zugehörigkeiten, wie z.B. Herkunft, Familie und Sprache, sowie die subjektiven Verständnisweisen von Sorge und Religion, die damit verbundenen sozialen, religiösen oder spirituellen Bedürfnisse der Betroffenen und deren Bedeutung für die Versorgung am Lebensende einer ethischen Reflexion zugänglich gemacht. Ziel ist es, ein vertieftes Verständnis der Komplexität identitätsstiftender Zugehörigkeiten und Verständnisweisen zu entwickeln. Daher werden die Erfahrungen und Ansichten derjenigen einbezogen, die selbst schon einmal Entscheidungen am Lebensende treffen mussten. Die Berücksichtigung individueller ethisch bedeutsamer Verständnisweisen soll eine kritische Auseinandersetzung mit theoretischen Ansätzen der Ethik und politischen Positionen ermöglichen.

## **Herkunft als Bezugsrahmen**

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass für die Betroffenen die Erfahrungen in der Vergangenheit ebenso wie aktuell existierende Beziehungen zu ihren Herkunftsländern in Bezug auf ihr Verständnis von Familie, von Religion oder Selbstbestimmung für Entscheidungen am Lebensende wichtige Bezugspunkte sind, um bestimmte Überzeugungen zu begründen oder zu reflektieren.

Dabei muss betont werden, dass sich der „herkunftsbezogene“ Bezugsrahmen unterschiedlich in den Vorstellungen widerspiegelt, die individuell im Verlauf eines dynamischen Prozesses in teils in „neue“ Repräsentationen zu einer guten Versorgung am Lebensende transformiert werden.

## **Qualität der gesundheitlichen Versorgung**

Vielfach werden die gesundheitlichen Versorgungsstrukturen zwischen ihren Herkunftsländern bzw. der damaligen Sowjetunion und Deutschland verglichen. Meist werden die Vorteile des deutschen Gesundheitssystems hinsichtlich der Versicherungsleistungen, der besseren Ausstattung oder des Zugangs zu Medikamenten und kurativen Behandlungen hervorgehoben. In einigen Fällen werden jedoch auch Einstellungen oder Eigenschaften des medizinischen Personals in der ehemaligen Sowjetunion im Vergleich zu ihren Erfahrungen mit Ärzten in Deutschland positiver erinnert:

## **(Für)Sorge versus Selbstbestimmung?**

### *Zwischen Lebensqualität, Wohlbefinden und Aufklärung*

Bereits die erste Analyse zeigte, dass in vielen Fällen die Herkunft eine wesentliche Rolle für die Erwartungen an die Arzt-Patienten-Kommunikation und insbesondere an die Form der Aufklärung über Diagnose und Prognose spielen.

Die überwiegende Anzahl der interviewten Angehörigen steht einer offenen Aufklärung über die Diagnose und Prognose ablehnend oder zumindest ambivalent gegenüber. Diese wird mit negativen Folgen für die Patient\*innen assoziiert. Angenommen wird beispielweise, dass „der Stress diese Prozesse beschleunigt.“ (Ang 11, Schwiegertochter) Dazu gehören außerdem psychische Belastungen, der subjektiv wahrgenommene Verlust von Lebensqualität, wenn die Hoffnung auf Heilung oder die Motivation für ein Kämpfen um mehr Lebenszeit genommen wird: „[...] als ich an diesem Tag zu ihm kam, sagte er, es wäre alles vorbei.“ (Ang 10, Ehefrau) Entsprechend sehen diese Angehörigen in einem Verschweigen der Diagnose oder auch von Informationen zur Prognose des Krankheitsverlaufs eine Strategie, um ihre sterbenden Angehörigen vor diesen Folgen zu schützen. So erachten sie es zumindest für wichtig, den Umfang der Aufklärung von den individuellen Situationen abhängig zu machen:

„[...] einen bringt dieses Wissen um und dem anderen gibt es mehr Kraft, das berücksichtigen sie [die Ärzte] aus irgendeinem Grund nicht.“ (Ang 24, Freundin)

Darüber hinaus wird zur Begründung an Erfahrungen aus den Herkunftsländern im Umgang mit der Aufklärung von Patient\*innen für ihre ablehnende Haltung gegenüber einem offenen Austausch angeknüpft und daran appelliert, den soziokulturellen Kontext insbesondere der älteren Generation zu berücksichtigen:

„Ich glaube früher hat man es richtig gemacht, dass man solche Diagnosen erst den Angehörigen sagte und sie bereiteten dann den Patienten erst darauf vor. Und hier sagen die Ärzte leider gleich alles dem Patienten, und für Menschen mit unserer Mentalität, besonders für Ältere ist es ein Todesschlag. Also, ich glaube, das Wichtigste ist, dass man unseren Landsleuten nicht gleich alles offen sagt.“ (Ang 10, Ehefrau)

Deutlich wird die Suche nach einem Kompromiss zwischen einer Rücksichtnahme auf die Einstellungen der Patient\*innen, den eigenen Einstellungen als Angehörige und den Anforderungen der institutionellen Versorgung sowie deren konzeptionellen Erwartungen. Weiter wird hier deutlich, dass die Angehörigen sich unzureichend wahrgenommen fühlen.

In diesem Zusammenhang bekommt zudem das Sorge-Verständnis vieler Angehöriger Bedeutung.

### **Sorgeverantwortung als Bestandteil familiärer Erfahrungen**

Die Erfahrung familiärer Verbundenheit, die von allen interviewten Betroffenen geteilt wird, führt zu einem Sorgeverständnis, das mit einer selbstverständlichen Übernahme von Verantwortung für sorgende bzw. pflegerische Aufgaben einhergeht.

„Natürlich ist es gut, wenn Familienangehörige für dich da sind, denn niemand kann die Familie ersetzen. Ein Fremder schafft es nie, selbst wenn er alles für dich macht, es ist nicht möglich, die Familienangehörigen zu ersetzen.“ (Ang 08, Tochter)

In welchem Ausmaß Sorge übernommen wurden, hing weniger von einem bestimmten Verwandtschaftsgrad als von der Qualität und Intensität der Beziehung zwischen den Zugehörigen ab. Eine Freundin (Ang 09) beschreibt die gemeinsame Unterstützung ihrer geschiedenen Freundin so: „Wir pflegten, Freunde. Kamen, pflegten [...] und der Sohn half bis zuletzt, wir alle. Wer was gekocht hatte, kam sie besuchen, der Sohn hatte in dieser Zeit auch das Kochen gelernt, wir brachten es ihm bei, damit ... wir bereiteten ihn quasi schon auf das erwachsene Leben vor.“

Eine andere Freundin berichtet über ihre Bereitschaft, sich den Fragen ihrer schwererkrankten Freundin zu stellen: „Und in diesem Fall, wir waren einander wirklich sehr nah und sie fragte nach meiner Meinung zum Hospiz [...].“ (Ang 03, Freundin)

Andere übernehmen als entfernte Bekannte die Organisation und Koordination von Unterstützung. „Und plötzlich fiel er mir vor die Füße und bat um Hilfe. Ich müsse ihn retten, denn er kannte meinen Vater, und ich dürfe ihn nicht allein lassen. [...] Und so kam es, dass

ich wieder mitten drin war, [...] wieder diejenige, die alle Fragen abklären und alles abstimmen musste.“ (Ang 25, Tochter und Bekannte)

Allerdings wurden eigene Bedürfnisse von den Angehörigen sehr selten explizit geäußert.

### **Sterben in Würde**

Sterben in einer Umgebung, die dem Sterbenden Respekt und angemessene Aufmerksamkeit zollt und den Wünschen des Sterbenden (zumindest weitgehend) gerecht wird, sind elementare Bedürfnisse und Erwartungen, um deren Erfüllung es allen an der Begleitung des Sterbenden Beteiligten aus der Sicht der Interviewpartner\*innen gehen sollte. Dabei zeigt sich in den meisten Interviews eine positive Haltung gegenüber professionellen Versorgungsangeboten am Lebensende, die daran einen wesentlichen Anteil haben können.

„Also, er war wirklich, ihm... ein Jahr, etwas mehr als ein Jahr lebte er in diesem Hospiz, das ihm einfach das Leben verlängert hat, um dieses Jahr. Er starb nicht in Qualen, er starb in Sauberkeit, in der Stille, bei der wunderbaren Pflege, mit der wunderbaren Verpflegung, bis...“ (Ang 13, Lebensgefährtin)

Wobei fast alle Interviewpartner\*innen die Inanspruchnahme dieser Versorgungsangebote ausdrücklich als zusätzliche Hilfeleistungen neben der familiären Sorge verstanden wissen wollten. Nur wenige Interviewpartner\*innen selbst oder ihre Angehörigen lehnen insbesondere Hospize als optionalen Sterbeort ab oder stehen ihnen ambivalent gegenüber.

„Er war bis zuletzt zu Hause [...]. Ja, das Hospiz kam da gar nicht in Frage, nicht mal annähernd.“ (Ang 20, Tochter)

Dies hängt jedoch vielmehr mit einem bestimmten Verständnis familiärer Verbundenheit zusammen, die bei ihnen und ihren „Landsleuten“ üblich ist, und eine Furcht vor gesellschaftlicher oder familiärer Ausgrenzung bei Verletzung der gegenseitigen Verpflichtung bedingt. Ebenso spielen negative Vorstellungen - „Da riecht man sogar den Tod.“ (Ang 08, Tochter) - und Erfahrungen eine stärkere Rolle als beispielsweise eine religiöse Zugehörigkeit.

### **Hoffnung auf Heilung und Kämpfen als gebotene Strategie**

Übergreifend werden von den Interviewpartner\*innen weitere Aspekte thematisiert, die in der Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit und im Umgang mit einer lebensbedrohlichen Krankheit für die Bewältigung aus ihrer Sicht wichtig sind. Dazu gehören beispielsweise „die Hoffnung auf Heilung bis zuletzt“ oder „Kämpfen gegen die Krankheit für mehr Lebenszeit“ verbunden mit dem „Glauben an körperliche Stärke“.

„Und das war so, das war eine Rebellion sofort. Und sie ist einfach nach Hause abgehauen. Und dann weitergekämpft und weiter Ärzte gesucht, die etwas Neues vorschlagen können. Na ja. Sie wollte sehr stark leben.“ (Ang 26, (Enkel)Tochter)

Diese Aspekte werden nicht explizit in einen religiösen oder spirituellen Zusammenhang gestellt, sondern eher an soziale und familiäre Einstellungen geknüpft oder als Bewältigungsstrategie verdeutlicht, die sie zum Teil als typisch „russische“ Mentalität beschreiben.

#### **7.4.2.2 Verständnis von Religion (und Spiritualität) und ihre Bedeutung am Lebensende**

Im Weiteren soll betrachtet werden, inwiefern religiöse Zugehörigkeiten hinsichtlich der Planung oder Entscheidungen am Lebensende bestimmte Wertvorstellungen begründen und als differente Haltungen bewertet werden können.

Die Ergebnisse beziehen sich auf die Betroffenen mit einem russischsprachigen Migrationshintergrund, von denen sich konfessionell sieben jüdisch, sieben russisch-orthodox und sechs protestantisch zugehörig beschreiben, neun bezeichnen sich als konfessionslos.

Zunächst werden übergreifende Deutungsmuster in Bezug auf die Bedeutung von Religion vorgestellt. Im Weiteren werden einzelne Muster am Beispiel der jüdischen Teilnehmer\*innen verdeutlicht, die sich selbst in ihren Positionen zwischen einer ethnischen und religiösen Zugehörigkeit zum Judentum unterscheiden und die Frage nach den identitätsstiftenden Zugehörigkeiten in den Fokus rückten. Die Ergebnisse verdeutlichen die Bandbreite von identitätsstiftenden Zugehörigkeiten und Heterogenität innerhalb dieser Untersuchungsgruppe.

#### **Religion als System von Regeln und Ritualen mit bestimmten Funktionen**

Gedeutet wurde Religion als eine Dimension, für die es praktische Erfahrung im Lebenslauf braucht oder ein Korpus von kulturellem bzw. theologischem Wissen. Ganz zentral wird Religion als System von Regeln und Ritualen verstanden, die mit den religiösen Institutionen sowie mit dem ethischen Kodex, welchem die Gläubigen unterliegen, eng verbunden sind. Teilweise wird Religion mit der Befürwortung des körperlichen Leidens assoziiert. Ein Angehöriger deutete Religion als eine Versorgungsleistung, die gegen Bezahlung in Anspruch genommen werden kann, was ein formal-rituelles Verständnis impliziert.

#### **Positive Wahrnehmung konfessioneller Einrichtungen für die Versorgung am Lebensende**

In den Augen der Interviewpartner\*innen haben Einrichtungen der jüdischen Gemeinde oder in christlicher Trägerschaft unabhängig von ihren eigenen religiösen Affiliationen ein positives Image. Von einigen werden sie bzw. ihre Mitarbeitenden als moralisch vertrauenswürdig(er) wahrgenommen, weil sich gläubige Menschen im Vergleich zu nicht-gläubigem Personal „unangemessenes“ diskriminierendes Verhalten nicht erlauben können oder keine dubiosen oder rein materielle Absichten zu befürchten sind.

„Und dann rief ich den Pflegedienst von der jüdischen Gemeinde an. [...] Denn die Ersten machten so einen Eindruck \* solche Schelme, ja. Deshalb dachte ich, dass

wenn dieser Pflegedienst schon von der jüdischen Gemeinde ist, dann müssten da anständige Menschen sein, und das wird schon mehr oder weniger kontrolliert, und das ist dann keine merkwürdige Organisation, die von dir erwartet, dass du bei irgendwelchen unsauberen Geschäften mitmachst.“ (Ang 03, Freundin)

### **Zuschreibung formaler Funktionen**

Von den meisten Interviewpartner\*innen werden Religion formale Funktionen zugeschrieben. Als Funktionen der Religion werden die Stiftung der Identität, die Sozialisierung und die Kommunikation innerhalb der religiösen Community, die Heilung und die Verhinderung des (endgültigen) Todes, das Coping und die Tröstung sowie die Absicherung und Garantie für das Jenseits gesehen. Dabei werden diese Funktionen vor allem anhand der sichtbaren, rituellen Aspekte der Praxis beschrieben, z.B. das Besuchen der Gemeinde, das Anzünden von Kerzen in der Kirche oder an anderen Orten, das Lesen in der Bibel. Die durch die Geschichte der Deutschen in Russland erklärable große Bedeutung der Lutherbibel für die religiöse Identität und für die Vorstellungen über die Religion ist für die im Sample vertretenen Spätaussiedler\*innen charakteristisch.

Mit der Garantie für das Jenseits werden vor allem die Bestattungsrituale assoziiert. Diese instrumentalisierende Wahrnehmung von Religion verläuft parallel zu einem Respekt vor nicht-traditionellen Heilungsmethoden, deren Wirkung zum Teil durch esoterische Vorstellungen über die Welt begründet wird. Möglicherweise wurde dies durch die Erfahrung der erzwungenen Säkularisierung in der ehemaligen Sowjetunion bedingt, durch die nur sichtbare Elemente erkämpft oder erhalten werden konnten. Rituale werden von den meisten im Kontext der Bestattung angesprochen und seltener im Kontext der Bewältigung der Erfahrung des Sterbens. Wenn es doch passiert, dann geht es mit der Hoffnung einher, dass bestimmte rituelle Praktiken den Tod verhindern und die Heilung bewirken können.

### **Suche nach Halt**

Eine zentrale Handlungsstrategie stellt die Suche nach Halt in der Religion dar, für die oft erst die Konfrontation mit der lebenslimitierenden Diagnose zum Anlass wurde. Dabei spielen gewisse Vorstellungen über das Jenseits - ewiges Leben bzw. Ewigkeit, Himmel bzw. Reich Gottes, etwas Unvorstellbares oder Nichts – eine wesentliche Rolle. Die Suche wird durch Gefühle von Ungerechtigkeit, Angst und Hilflosigkeit sowie Einsamkeit bestärkt. Bei denen, die religiöse Praxis in diesem oder jenem Sinne von klein auf in der Familie beobachteten, wird die Suche nach Halt in der Religion durch ihre Erinnerung, „dass es sich so gehört“, forciert.

Dabei kann die Art des erhofften Halts entsprechend den der Religion zugesprochenen Funktionen unterschiedlicher Natur sein. Zum einen geht es um die emotionale Unterstützung seitens der Community der Gläubigen. Diese erfolgt durch die Stiftung eigener Identität und das

Gefühl von Zugehörigkeit und Akzeptanz, die dadurch vermittelt wird. Die emotionale Unterstützung läuft mit der kommunikativen bzw. sozialen eng einher, da die Möglichkeit, eigene Erlebnisse und Sorgen ohne Hemmungen in der Muttersprache mitzuteilen, an sich schon eine beinahe therapeutische Wirkung haben mag. Da das Konzept der psychologischen Versorgung vor allem den älteren Russischsprachigen noch sehr befremdlich vorkommt, übernimmt die religiöse Community diese Funktion.

Auch Hilfe mit den praktischen, organisatorischen Fragen sucht und findet man oft in der religiösen Community. Dabei geht es vor allem den Angehörigen sterbender Patient\*innen um die Suche nach dem Pflegedienst oder nach einem russischsprachigen Bestattungsbüro, bei welcher die jüdische oder die baptistische Gemeinde hilft.

Von einigen wird darüber hinaus eine narrative Unterstützung und Halt in der religiösen Sprache erhofft. Gesucht wird nach einer Art moralischer Sinnstiftung eigener Entscheidungen, nach passender kultureller Geschichte über das Sein im Jenseits (was als spirituelle Suche gedeutet werden kann) bzw. nach der sozialen Bestätigung der bereits existierenden Konzeptualisierung des körperlichen Nicht-Seins. Nicht selten wird die Idee eines göttlichen Wunders angesprochen, welches z. B. das eigene Gebet oder das der anderen bewirken kann.

Insgesamt geht es weniger um eigenständige Varianten der spiritueller-religiösen Unterstützung, sondern letztlich stärken die gesuchten Hilfen das Gefühl von sozialer Zugehörigkeit der In-Group und die Vorstellung von Nicht-Allein-Sein. Eine gewisse Gegenüberstellung der Out-group erfolgt dadurch automatisch.

Die Suche nach Halt und die beschriebene Erwartung an religiöse oder spirituelle Unterstützung wird von den Betroffenen kaum artikuliert und an die Mitarbeiter\*innen nur selten vermittelt. Ein Grund scheint zu sein, dass die Mitarbeiter\*innen von den Angehörigen nicht als involviert in die spirituelle oder religiöse Versorgung am Lebensende wahrgenommen werden. Einige betroffene Angehörige haben sich religiös-spirituelle Unterstützung für sich selbst gesucht. In keinem der Interviews wurde von einer negativen Reaktion auf die Begegnung mit den Geistlichen berichtet. Allgemein lässt sich allerdings eine Art diffuses Bedauern feststellen. Bei vielen Interviewpartnern hinterlässt die Suche nach Halt in der Religion das Gefühl, nicht zufriedengestellt worden zu sein. Zwar fehlt eine eindeutige Erklärung dafür, was dieses Gefühl verursacht, allerdings könnten die Erfahrungen /Erklärungen „man wurde streng säkular sozialisiert“ oder „religiös nicht gebildet“ dabei eine Rolle spielen und zu einer gewissen Unfähigkeit führen, sich die möglicherweise nötige Betreuung der Expert\*innen der spiritueller-religiösen Versorgung zu holen und um die nötigen Fragen zu stellen.

Im Weiteren werden nun die Ergebnisse am Beispiel der Teilgruppe der jüdischen Teilnehmer\*innen näher beleuchtet.

## **Verständnisweisen postsowjetischer Jüdinnen und Juden**

Die jüdischen Teilnehmer\*innen (n=15, darunter dreizehn Frauen und zwei Männer), auf die sich die Ergebnisse in diesem Beitrag beziehen, sind alle nach dem Ende der Sowjetunion überwiegend als Kontingentflüchtlinge nach Deutschland migriert. Nur eine jüdische Teilnehmerin gehört zur Gruppe der Bildungsmigranten. Von den 15 jüdischen Teilnehmer\*innen fühlen sich sechs nicht-konfessionell an das Judentum gebunden und zwei bezeichnen sich als russisch-orthodox. Zehn Teilnehmer\*innen stammen aus Russland, vier aus der Ukraine und eine aus Usbekistan. Drei Angehörige und zwei Patient\*innen beziehen sich in ihren Aussagen auf ihre aktuelle Lebenssituation, zehn Angehörige beziehen sich auf ihre Erfahrungen, die sie in der Vergangenheit mit der Begleitung und palliativen Versorgung ihrer bereits verstorbenen Verwandten gemacht haben. In drei Fällen ist nicht explizit von einer Inanspruchnahme von hospizlichen oder palliativen Angeboten die Rede, was in zwei Fällen auf die Unsicherheit der Interviewpartner\*innen über die richtige Bezeichnung der genutzten Versorgungsangebote und im dritten Fall auf den Wunsch der Familie nach familiärer Versorgung mit Hilfe eines Pflegedienstes zurückzuführen ist. Die überwiegende Anzahl der anderen Interviewpartner\*innen haben die Versorgung im Verlauf der Begleitung (mit teils mehreren Angeboten) in Hospizen (n=8), auf Palliativstationen (n=2), aber auch durch die Unterstützung eines Hospizdienstes und spezieller ambulanter pflegerischer und ärztlicher Versorgung in der Häuslichkeit (n=3) oder im Heim (n=2) erlebt.

### **Jüdisches Selbstverständnis und Bedeutung von Religiosität**

In den Darstellungen der Erfahrungen der Teilnehmer\*innen mit einem jüdischen Hintergrund kam ihr Verständnis für ihre eigene Zugehörigkeit zum Judentum, ihr „Jüdisch sein“ in unterschiedlicher Weise hinsichtlich ihrer Vorstellungen von Religion und Religiosität am Lebensende zum Tragen. Eine wesentliche Rolle für ihr jüdisches Selbstverständnis spielt die eigene Wahrnehmung ihrer Person als Teil einer ethnischen Gruppe in Abgrenzung zu oder im Einklang mit einer religiösen Zugehörigkeit zum Judentum. Vor diesem Hintergrund wurden die jüdischen Interviewpartner\*innen zunächst jeweils einem dieser beiden „Typen“ zugeordnet und ihre „typischen“ Merkmale in Bezug auf ihre religiösen und spirituellen Sichtweisen herausgearbeitet. Im Anschluss wurden diesbezüglich typenübergreifende Phänomene aufgezeigt, die unabhängig von ihrer Verständnisweise des Jüdisch seins, erkennbar sind.

#### **(1) Jüdisch sein als ethnische Zugehörigkeit ohne jüdisch-religiöse Bindung**

Die Interviewpartner\*innen (n=8), für die ihr eigenes Jüdisch sein oder das ihrer Angehörigen eine ethnische Zugehörigkeit ohne eine religiöse-jüdische Bindung bedeutet, begründen diese Abgrenzung auf unterschiedliche Weise. Man ist Jude schlicht nach den „jüdischen Gesetzen“, fühlt sich der russisch-orthodoxen Religion zugehörig und/oder eine religiöse Bindung wider-

spricht ihrer bildungsorientierten und aufgeklärten Lebensweise. Mehrfach wird auf die sowjetische Herkunft und Sozialisation verwiesen, die dazu geführt hat, ohne religiöse Erfahrungen aufzuwachsen.

### ***Bedeutung von jüdischer Religiosität als Widerspruch zu anderen „Identitäten“***

Für diesen „Typus“ ergibt sich keine Verpflichtung, sich bestimmten vorgegebenen jüdischen Regeln entsprechend zu verhalten. Besonders deutlich wird dies in der Auseinandersetzung mit den Themen Sterbehilfe, Einnahme sedierender Opiate oder der Bestattung nach dem Tod. In diesen Fällen widersprechen die jeweiligen persönlichen Einstellungen und Wünsche ihrer Ansicht nach (nicht nur) jüdisch-religiösen Regeln. Was es heißt, religiös zu sein, wird hier eher darüber definiert bzw. eingegrenzt, indem beschrieben wird, was es heißt nicht-religiös zu sein: So interpretiert z.B. eine Interviewpartnerin den Wunsch ihrer Freundin nach Sterbehilfe und ihre eigene Haltung zu religiösen Leidensvorstellungen als Erklärung für ihre nicht-religiöse Lebensweise.

„Sie war natürlich keine religiöse Person, nein, ich meine nicht „natürlich“, sondern sie war einfach kein religiöser Mensch. [...] Deshalb, im Prinzip \* ich glaube, verzeihen Sie, aber ich glaube, es sind nicht-religiöse Menschen, die sich für die Sterbehilfe entscheiden [...]. Ich weiß nicht, wenn man rein philosophisch darüber nachdenkt, ich glaube nicht, dass dieses Leiden am Ende des Lebens unbedingt sein soll, dass es in irgendeiner Weise eine Erleuchtung oder neues Wissen den Menschen bringt [...].“  
(Ang 03, Freundin)

Hinsichtlich der Bestattung ist insbesondere ein Wunsch nach einer Kremation der erkrankten Angehörigen oder Verstorbenen bedeutsam, da entweder die Patient\*innen selbst oder aber ihre Angehörigen dies als möglichen Widerspruch zu dem, was von ihnen als Juden erwartet wird, identifiziert haben und sich daraus Klärungsbedarf mit der jüdischen Gemeinde ergab.

„[...] er sagte mir, er wolle nicht nach jüdischer Tradition bestattet werden, sagte mir, wie er bestattet werden möchte [...]. Ich organisierte das schon im Voraus, brachte einen Zeugen hierher, wir unterschrieben ein Dokument, damit wir nachher keinen Ärger mit der jüdischen Gemeinde bekommen, denn es gab schon solche Vorfälle. Ich wollte mich sozusagen absichern. [...] wir möchten, dass er kremiert und seine Asche dann im Wasser zerstreut wird.“ (Ang 08, Tochter)

Die jüdische Gemeinde wird hier tendenziell eher als Institution dargestellt, die aus praktischen Erwägungen etwa für die Nutzung der Bibliothek oder grundsätzlich für die Organisation einer den jüdischen Regeln entsprechenden Bestattung eine Rolle spielt.

Unter denen, für die andere (nicht-jüdische) religiöse Bedürfnisse am Lebensende zum Tragen kommen, weil „ein Mensch doch etwas glauben muss, irgendeine seelische Unterstützung braucht“ oder die Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit zumindest religiöse Fragen

aufwirft, entspricht es ihrem Selbstverständnis, dass diese auch durch andere Religionen befriedigt werden können.

„Deswegen wir können und dürfen uns da alles vorstellen, was uns (lacht) irgendwie, äh, ja, das (lacht) Leben erleichtert. [...] Ich bin da auch so ein bisschen neidisch auf gläubige Menschen, die wirklich fest daran glauben, 'ne bestimmte Vorstellung haben, wie so das Seelenleben nach dem körperlichen Tod weitergeht. [...] - Das ist für sie eine Hilfe, eine - ja, das ist so der Boden unter ihren Füßen, wenn sie in so eine Situation kommen, wo sie diesen Boden verlieren und wo sie dann nicht weiterwissen. Ich bin aber Gott sei Dank auch kein ausgeprägter Atheist im Sinne, dass ich da, mhm, also, ich hab' auch keinen festen Glauben daran, dass es (lacht) nichts gibt da auf der anderen Seite.“ (Pat 04, männlich)

Dieses Verständnis ihres Jüdisch seins entspricht jeweils ihrem persönlichen Selbstverständnis, welches sie für sich nicht in Frage stellen, auch wenn sich einige implizit oder explizit in der Pflicht sehen, sich zu erklären. Andere verdeutlichen dagegen eine gewisse Leichtigkeit im Umgang mit ihrer nicht-jüdisch-religiösen Haltung, die für sie nicht im Widerspruch zu ihrer ethnischen Zugehörigkeit oder formalen Mitgliedschaft in der jüdischen Gemeinde steht.

## **(2) Jüdisch sein als religiöse Zugehörigkeit zum Judentum**

Für sieben Teilnehmer\*innen, für die ihr Jüdisch sein sich nicht auf eine ethnische Zugehörigkeit beschränkt, spielen sowohl soziale als auch religiöse Aspekte in ihren Lebensläufen eine, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung, wesentliche Rolle für ihr jüdisches Selbstverständnis. Auch in diesen Fällen wird häufig die sowjetische Herkunft als bedeutsam für ihr Verständnis des Jüdisch seins thematisiert. Im Gegensatz zu den anderen war für sie die Migration jedoch Anlass für eine erstmalige bzw. intensivere Auseinandersetzung mit jüdischen Traditionen und religiösen Positionen.

### **Bedeutung von Religiosität als sozialer Halt**

Nur wenige können auf Erfahrungen mit jüdischen Traditionen vor ihrer Migration nach Deutschland zurückgreifen. Selbst hier wird betont, dass es sich um „verdeckte“ oder erst im Nachhinein erkannte Elemente jüdischer Lebensweisen handelt, die von ihren Eltern oder Großeltern gepflegt wurden.

„Meine Oma war zum Beispiel eine tiefgläubige Frau, zeigte es aber niemandem. [...], aber sie betete im Stillen und sie folgte gewissen Traditionen. Erst viele Jahre später begriff meine Mutter, dass es sich so nach dem religiösen Gesetz gehörte.“ (Ang 25, Tochter und Freundin)

Für viele bot die jüdische Gemeinde, überwiegend wahrgenommen als eine sozialkulturelle Institution, Orientierung bei der Suche nach sozialer und gesellschaftlicher Anbindung nach

der Migration und stellt einen Ansprechpartner in der Aufnahmegesellschaft für soziale Fragen dar.

Doch wird die jüdische Gemeinde auch als religiöse Instanz wahrgenommen, die für jüdisch-religiöse Positionen steht und Regeln bestimmt, von denen man abhängig ist.

„[...] wegen der Bestattung, da es sich bei den Juden so gehört, dass man schon am nächsten Tag beerdigt wird, [...] bei ihm hat sich die alte Geburtsurkunde finden lassen, wo stand, dass er ein Jude ist. Hätte es sie nicht gegeben, hätte die Gemeinde gesagt, dass sie sich damit nicht beschäftigen werden.“ (Ang 05, Lebensgefährtin)

Nur für wenige Interviewpartner\*innen hat das Gebet zu Gott und oder die Wahrnehmung Gottes als jenem, der Leben gibt und Leben nimmt, aus ihrer Sicht Bedeutung für ihre sterbenden Angehörigen am Lebensende. Besonders relevant ist dagegen, sich den jüdischen Regeln entsprechend zu verhalten. Darin zeigt sich allerdings auch, dass im Wesentlichen ein „formales“ Verständnis von Religiosität verdeutlicht wird. Oft findet diese Tendenz ihren Ausdruck darin, dass man sich den rituellen Aspekten des Religiösen zuwendet. Besonders die Teilnahme an religiösen Festen, Gottesdiensten oder eine den Traditionen entsprechende Pflege der Gräber, verstanden als sakrale Orte, werden in diesem Zusammenhang thematisiert. In Bezug auf die Bestattung wird hier nun deutlich, dass es für die Durchführung einer jüdischen Bestattung auf dem jüdischen Friedhof wichtig ist, dass „alles gemacht wird, wie es sich gehört“ (Ang 25, Tochter und Freundin).

Auch in diesem „Typus“ werden durch die Interviewpartner\*innen „Patchwork-Identitäten“ verdeutlicht. Im Unterschied zu einer jüdisch-ethnischen und russisch-orthodoxen Zugehörigkeit geht es hier einmal um Anleihen aus unterschiedlichen Religionen, die für das persönliche Selbstverständnis eine Rolle spielen.

„Hier in Deutschland war er ein aktives Mitglied der jüdischen Gemeinde, besuchte regelmäßig den Gottesdienst am Sabbat, bekam zu Hause Besuche von einem Rabbiner. Er nahm das alles sehr ernst, obwohl ich weiß, dass er zu denjenigen gehörte, die glaubten, Gott sei für alle ein und derselbe. [...] Zu Hause hatte er Heiligenbilder und den Talmud, also, er sprach zu Gott, so wie er konnte.“ (Ang 25, Tochter und Freundin)

Auch findet in Bezug auf bestimmte religiöse Regeln und Positionen z.B. hinsichtlich der „terminalen Sedierung“ eine Auseinandersetzung mit anderen ethnischen Zugehörigkeiten statt, mit der sie jedoch nicht grundsätzlich ihre jüdisch-religiöse Zugehörigkeit in Frage stellen.

„Die Deutschen meinen, dass es doch humaner ist \* sie irgendwie sanft, sanft, sanft auf Drogen und ins Nichtsein. Die Juden sind der Meinung, dass man es nicht machen darf. \* Diese Frage interessiert mich zum Beispiel auch. Für mich würde ich eher den deutschen Weg wählen \*. (Ang 24, Freundin)

Das religiöse Verständnis des „Jüdisch seins“ dieser Interviewpartner\*innen drückt eine gewisse Suche nach Religiosität aus, bei der „sich jeder bemühte in der Familie, den Traditionen zu folgen“ (Ang 25), was ihnen sozialen Halt gibt.

#### **7.4.2.3 Zwischenfazit zur Bedeutung von identitätsstiftenden Zugehörigkeiten und Religion**

Ziel der Analyse war es, die subjektiven Verständnisweisen des Jüdisch seins für die Bedeutung von Religiosität und die Versorgung am Lebensende der jüdischen Teilnehmer\*innen darzustellen, die sich in ihrem Wissen und in ihren Erfahrungen spiegeln. Dabei zeigt sich, dass sowohl der gesellschaftliche Kontext der Sowjetzeit ebenso wie die neueren Entwicklungen der Palliativversorgung in ihren Herkunftsländern oder gesellschaftlichen Diskurse zur Versorgung am Lebensende aufgrund weiterbestehender transnationaler Beziehungen nach der Migration als auch ihre Erfahrungen und die Diskurse in Deutschland ihre individuellen Vorstellungen zu Sterben, Tod und Trauer sowie „Palliative Care“ mitbegründen.

In Bezug auf ihr jüdisches Selbstverständnis wird deutlich, dass teils eine sehr klare Trennung zwischen ethnischer und religiöser Zugehörigkeit zum Judentum gezogen wird und teils als ein sich im Wandel befindlicher Prozess verstanden werden kann, der bei vielen erst durch die Migration initiiert wurde. In beiden Typen werden eigene „Patchwork-Zugehörigkeiten“ oder durch die Interviewpartner\*innen bei ihren sterbenden Angehörigen wahrgenommen und beschrieben, welche in unterschiedlicher Weise reflektiert und begründet werden. Die sich bei einigen zeigende rechtfertigende Haltung kann als Reaktion auf eine empfundene Erwartungshaltung der jüdischen Gemeinden und der Aufnahmegesellschaft verstanden werden, die einen als jüdischen Zuwanderer dem Judentum verpflichtet.

Dass insgesamt ein formales Verständnis von Religiosität im Vordergrund steht und eine religiös-theologische Neugier eher weniger ausgeprägt ist, ist möglicherweise durch die Erfahrung der sowjetischen säkularen Sozialisation zu erklären. Sehr präsent ist das Thema Bestattung und manchmal das einzige in der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod, das innerhalb der Familie zu einem Austausch geführt hat und in den Interviews hinsichtlich der Fragen nach religiösen Bedürfnissen zur Sprache kam. Die Rolle der Bestattung und der Bestattungsrituale ist bei vielen Interviewpartnern unabhängig von ihrem jüdischen Selbstverständnis asymmetrisch größer als die Rolle der Religion und des Glaubens als Mittel des Copings im Sterbeprozess. Besonders der Wunsch nach Kremation als eine Art der Bestattung, die im Widerspruch zu den klaren Vorgaben in der jüdischen Tradition stehen, nach der nur eine Erdbestattung vorgesehen ist [32], mag den starken Einfluss der sowjetischen und postsowjetischen Bestattungskultur widerspiegeln.

Den Fragen nach Religiosität am Lebensende wird im Vergleich zu familiären Konzepten und eher spirituellen Aspekten hinsichtlich einer guten Versorgung weniger Bedeutung beigemessen.

sen. Inwiefern möglicherweise bestimmte Erwartungen wie beispielsweise das Prinzip Hoffnung bis zuletzt oder Kämpfen als Bewältigungsstrategie implizit auch jüdisch-religiöse Positionen verdeutlichen, wie zum Gebot des Lebenserhalts [32], oder als solche verstanden werden, lässt sich anhand der Aussagen nicht nachvollziehen.

Die Ergebnisse der Sekundäranalyse verdeutlichen die Bandbreite von identitätsstiftenden Zugehörigkeiten und die Heterogenität innerhalb dieser Untersuchungsgruppe und geben einen Einblick zu den subjektiven Bedürfnissen und Erwartungen, die zu einer angemessenen Berücksichtigung in weiteren konzeptionellen Überlegungen führen sollte. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine Zugehörigkeit zum Judentum nicht gleichzusetzen ist mit bestimmten jüdisch-religiösen Verständnisweisen und Ritualen, die bei der Versorgung am Lebensende von Bedeutung sein können. Dies gilt umso mehr, wenn es um die Zugehörigkeit zur Gruppe der russischsprachigen Menschen mit Migrationshintergrund insgesamt geht.

Wie die Ergebnisse verdeutlichen, gibt es – zumindest in Bezug auf diese Untersuchung – keine eindeutigen Positionen, die sich unmittelbar aus der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Ethnizität oder Religion ableiten ließen. Obwohl sich durchaus Gemeinsamkeiten zeigen, die über reinen Individualismus hinausgehen, fallen herkunftsbezogene bzw. kulturelle Besonderheiten keineswegs mit den nationalen Grenzen oder religiösen Zugehörigkeiten zusammen.

Vielmehr scheint der Aspekt der persönlichen Betroffenheit kulturelle Besonderheiten oder religiöse Unterschiede zu einem gewissen Grad zu relativieren.

Aus einer ethischen Perspektive liefern die Ergebnisse gute Gründe für Skepsis gegenüber Ansätzen, die die moralischen Einstellungen einer Person zum Lebensende ausschließlich von ihrem nationalen, religiösen Hintergrund oder Migrationshintergrund abzuleiten versuchen.

Statt auf die Expertise in Ethikkommissionen oder die Entwicklung eines zuverlässigen Algorithmus zur Entscheidungsfindung zu setzen, sollten eher die ethischen Strukturen in Organisationen geschaffen werden, um eine Partizipation der Betroffenen und Angehörigen angemessen im Entscheidungsprozess zu ermöglichen.

#### **7.4.2.4 Bedeutung von Sprache und verbaler Kommunikation im Versorgungsprozess am Lebensende**

In allen von uns geführten Interviews nimmt die Auseinandersetzung mit dem Thema Sprache bzw. Kommunikation einen großen Stellenwert ein. Es wird deutlich, wie wichtig Sprache ist bzw. welche Bedeutung sie nicht nur für den Zugang, sondern im Besonderen für die verbale Kommunikation im Prozess einer Begleitung am Lebensende hat.

Nicht alle Betroffenen mit einem Migrationshintergrund erlebten Sprachprobleme in der Kommunikation. In vielen Fällen spielten sprachliche Kompetenzen generell keine Rolle. In wenigen Fällen bzw. Situationen wurden Sprachbarrieren der Patient\*innen aufgrund

hinzugekommener krankheitsbedingter Einschränkungen als nicht mehr erheblich betrachtet. Hierbei wurde jedwede verbale Verständigung z.B. durch einen Hirntumor, eine Demenz, starke Schwerhörigkeit oder einen Bewusstseinsverlust verhindert.

Um mehr über den Stellenwert von Sprache für einen gelingenden Austausch z.B. mit Ärzt\*innen und Pflegekräften zu erfahren, fokussierte sich die weitere Analyse auf Fälle und Situationen, in denen Sprachbarrieren aufgrund von Sprachdefiziten der Patient\*innen oder Angehörigen im Verlauf einer palliativen Versorgung problematisiert wurden.

In den Fällen (n=13), in denen eine Sprachbarriere aufgrund fehlender Sprachkenntnisse implizit oder explizit deutlich und problematisiert wird, sind diese vor allem auf ältere Migrant\*innen bzw. die Eltern-Generation bezogen, die die deutsche Sprache meist nicht als Muttersprache gelernt oder aufgrund ihres Alters oder einer Erkrankung einmal Erlerntes wieder vergessen haben. Auch wenn eine Sprachbarriere nicht die eigene Familie betrifft, verdeutlichen Angehörige, dass ihre „Landsleute häufig mit Sprachproblemen konfrontiert werden und oft niemand da ist, der ihnen helfen und etwas erklären könnte.“ (Ang 10, Ehefrau)

Die von den Angehörigen wahrgenommenen Sprachbarrieren sind unterschiedlich stark ausgeprägt. Nur selten wird davon berichtet, dass die betreffende Person oder Familienangehörige überhaupt keine deutschen Sprachkenntnisse haben oder hatten. Innerhalb der meisten Familien variieren die Sprachkompetenzen. Sie werden dann relevant, wenn es um schwierige Gespräche in unbekanntem Kontexten (z.B. in öffentlichen Behörden) oder am Lebensende geht. So beschreibt eine Tochter (Ang 25), dass sich ihre Mutter bei Besuchen des Vaters im Krankenhaus „sehr unsicher [fühlte], wenn jemand reinkam und sie etwas fragte oder sich mit ihr zu unterhalten versuchte. Das war für sie eher eine Belastung.“

### **Missverständnisse und Irritationen**

Die Angehörigen erleben Probleme mit der deutschen Sprache in der verbalen Kommunikation in den allermeisten Fällen und Situationen als belastend, wenn Gespräche nicht in der vertrauten Umgebung stattfinden, der Wortschatz in unbekanntem Kontexten nicht ausreicht oder Sprachdefizite mit negativen Konsequenzen und Erfahrungen assoziiert werden. Im Kontext der Hospiz- und Palliativversorgung betrifft dies sowohl Alltagsgespräche, wie im Fall der älteren Ehefrau bei Besuchen ihres Ehemanns im Krankenhaus (Mutter von Ang 25), als auch Gespräche in besonderen Situationen, in denen es um Behandlungsentscheidungen, die Aufklärung über Diagnosen oder Prognosen zum Krankheitsverlauf geht. Bestehende Sprachprobleme verunsichern die betroffenen Personen und lassen sie zweifeln, ob sie die Informationen und Fragen ausnahmslos richtig und umfassend verstehen können oder verstanden haben. Unsicherheiten zeigten sich typischerweise daran, dass bestimmte Dinge mehrfach von Angehörigen und Patient\*innen nachgefragt würden.

„Vielleicht stand es irgendwo auf dem Papier, aber da blickte ich nicht mehr durch, [...] Es war furchtbar, ihm zuzusehen, aber irgendwie riss ich mich zusammen, sprach auch mit allen im Krankenhaus [...] Als er nicht mehr atmen konnte, machte man ihm wieder diese Punktionen, sie waren so-. Ich weiß nicht, ob man sie für die Diagnose brauchte, warum man sie immer wieder machte, es war doch schon so offensichtlich, was er hatte.“ (Ang 20, Tochter)

Darüber hinaus verdeutlichen Missverständnisse und Irritationen innerhalb der Familie über den Verlauf oder die Ergebnisse von schwierigen Gesprächen bzw. Gesprächsversuchen, dass daraus weitere belastende Momente entstehen können. So ist beispielsweise von der „Todesspritze“ die Rede, die in Hospizen angeboten würde. Solche Vorstellungen können existenzielle Ängste auslösen.

Eine andere Angehörige erinnert sich, dass sie „damals ein bisschen (lacht etwas) unkonzentriert“ (Ang 26, Tochter) war, als sie erfahren hat, dass für ihre Mutter alle Mittel ausprobiert worden waren, „die in dem Budget waren“. Einerseits weiß sie, dass sie möglicherweise nicht alles richtig verstanden hat, andererseits ruft die Erinnerung daran, dass der Arzt auch etwas über das Finanzielle gesagt hat, auch nach Jahren noch Zweifel hervor, ob für die Mutter tatsächlich alles getan wurde. Gerade für Gespräche in besonderen Situationen, die "bei den ernstesten Krankheiten" (Ang 05, Lebensgefährtin) erforderlich sind, werden professionelle Dolmetscher\*innen oder Ärzte, die die Muttersprache beherrschen, als notwendig erachtet, um die Patient\*innen und Angehörigen angemessen zu informieren und letztere als Dolmetsche\*innen zu entlasten:

„Ja, es ist wichtig, dass man unseren Landsleuten auf Russisch erklärt, worum es geht, und dass das professionell gemacht wird und nicht über Angehörige, die manchmal selbst nicht verstehen, was sie übersetzen sollen.“ (Ang 10, Ehefrau)

Aus der Sicht einer Tochter (Ang 12) könnten Dolmetscher die Orientierung im Versorgungssystem „um einiges erleichtern“, die in neun von zehn Situationen jedoch nicht verfügbar sind, sodass es „ein Glück“ war, dass sie sich in der Regel auf Englisch verständigen konnte. In wenigen Fällen wurde von muttersprachlichen Mitarbeiter\*innen oder professionellen Dolmetscher\*innen berichtet, mal gab es einen russischsprachigen Arzt oder Hospizbegleiter (Ang 8, Tochter), mal wurde von einem Dolmetscher berichtet, der hinzugezogen wurde, um die potenziellen Suizidabsichten des Sohnes zu klären (Ang 4, Mutter).

In einigen Fällen wird deutlich, dass die Mitarbeiter\*innen wesentlich auf die Unterstützung der Angehörigen angewiesen waren, was in der eher scherzhaften Aussage einer Tochter (Ang 12) deutlich wird: „Die gesamte Kommunikation lief ab sofort über mich, [...] ich war immer dabei. Na, vielleicht konnten die Ärzte im Krankenhaus ihm das Blut auch mal ohne mich abnehmen, aber ansonsten-.“ Ein Sohn (Ang 23) betont, dass er aufgrund seiner Berufstätigkeit nicht immer Zeit hatte, zu dolmetschen.

Einige Angehörige sehen sich selbst in dem Dilemma, nicht genau zu wissen, ob sie dem Auftrag der Ärzte, die Patient\*innen umfassend über ihre Diagnose zu informieren, folgen sollen. Die Entscheidung haben sie in unterschiedlicher Weise getroffen. Ein Teil der Angehörigen verdeutlichte, dass sie die Patient\*innen nicht in dem Umfang informiert haben, wie es möglicherweise im direkten Gespräch mit den Ärzten erfolgt wäre, um die Hoffnung auf Heilung und damit Ressourcen zum Kampf gegen die Erkrankung bei den Patient\*innen zu erhalten sowie Angst oder Depression als negative Folgen zu vermeiden.

„Für mich zum Beispiel, dann lieber, natürlich lieber direkt, ich kenn das im Prinzip schon, wie das also [...] ich weiß nicht, wie es besser wäre, aber für sie [die Mutter] ..., nein, sie sind aus der anderen Generation oder anders eingestellt. Ich glaube, das könnte sie gleich quasi (\*) umbringen vielleicht oder sonst was, ich weiß nicht, wie ich es sagen soll.“ (Ang 15, Tochter)

Aufgrund der sehr unterschiedlichen Darstellungen zur Verfügbarkeit von Übersetzungsleistungen und den verschiedenen Erfahrungen hinsichtlich der Sprachkompetenz von russischsprachigen Migrant\*innen im Versorgungsalltag muss davon ausgegangen werden, dass Leistungen von externen Dolmetschdiensten oder einrichtungsinternen Dolmetscher\*innen nicht regelmäßig zur Verfügung stehen, genutzt werden oder überhaupt bekannt sind.

Insofern können differente oder konträre Umgangs- und Verständnisweisen im Zusammenhang mit einer lebenslimitierenden Diagnose, die ohnehin ein wesentliches Problem im Verlauf der Versorgung darstellen, vor dem Hintergrund einer erschwerten sprachlichen Kommunikation besonders bedeutsam werden.

### **Phänomen der doppelten Sprachlosigkeit**

Sprachbarrieren stellen auch in anderen Zusammenhängen als in aufklärenden bzw. informierenden Gesprächen über Fakten besondere Herausforderungen dar. Die Ergebnisse zeigen, dass Sprachbarrieren für die Hospiz- und Palliativversorgung als konzeptionelle/ideologische Herausforderung gesehen werden können. Dabei stehen folgende Aspekte der Ergebnisse im Vordergrund: Ein wechselseitiger Dialog wird als wesentliche Bedingung für eine vertrauensvolle und emotionale Beziehung zwischen den Patient\*innen und Mitarbeiter\*innen als auch zwischen den Angehörigen und Mitarbeiter\*innen in einer gelingenden Begleitung hervorgehoben, um lebensqualitätsbezogene Bedürfnisse mitteilen und wahrnehmen zu können. Das Gelingen eines wechselseitigen Dialogs hängt allerdings von den individuellen Positionierungen der jeweiligen Akteur\*innen und Kontextbedingungen ab und kann u.a. aufgrund von Sprachbarrieren mehr oder weniger beeinträchtigt sein.

Sie bergen die Gefahr einer doppelten Sprachlosigkeit, die eine zusätzliche oder stärkere Belastung in der Sterbebegleitung bei Personen mit einem (russischsprachigen) Migrationshintergrund im Vergleich zu Personen ohne Deutsch als Zweitsprache darstellen kann. Diese soll hier verdeutlicht werden.

### **Gespräche über Tod, Sterben und Abschied fallen schwer**

Emotionale Reaktionen wie Stress und Angst, die im Zusammenhang mit der Diagnose, den bevorstehenden Abschied oder die Zeit nach dem Tod auftreten, verursachen zwar nicht nur bei Personen mit Migrationshintergrund eine „gewisse“ Sprachlosigkeit, da Gespräche über den Tod, das Sterben oder den bevorstehenden Abschied ohnehin oft schwerfallen. Sprachprobleme können jedoch zu einer doppelten Sprachlosigkeit führen, wenn Patient\*innen oder Angehörigen darüber hinaus die Sprachkenntnisse und Worte hinsichtlich dieses Themenkreises im Deutschen fehlen. Betroffen sind durchaus Personen, die im Alltag oder auch für ihren beruflichen Kontext über ausreichende Sprachkompetenzen verfügen.

„Ja, er hatte es schwer, was die Kommunikation anging, [...] und dazu noch, wie gesagt, wahrscheinlich wenn es um andere Situationen geht, wenn Literatur oder Kunst besprochen wird, ist das was anderes, da kann man vielleicht die deutsche Sprache verwenden, aber wenn es so eine Grenzsituation ist, bereits dein Leben, Gesundheit und Tod, ja, und die schreckliche Krankheit [angesprochen werden - Anm. d. Ü.], dann vergisst man wahrscheinlich das Deutsche, egal wie gut es war, beginnt man es wahrscheinlich zu vergessen, plus alle diese Termini.“ (Ang 05, Lebensgefährtin)

Teils werden Gespräche, in denen sich die Patient\*innen mit ihrer palliativen Lebenssituation auseinandersetzen nur mit ausgewählten Gesprächspartner\*innen, wie beispielsweise mit Seelsorgern, Ärzten oder auch ganz bestimmten Personen aus dem sozialen und familiären Umfeld, als möglich erachtet. Vor allem Ärzte und Psychologen werden als Berufsgruppen genannt, denen solche Gespräche im Rahmen ihrer Tätigkeit zugerechnet und zugetraut werden. Problematisch wird es, wenn die betreffenden Wunschpersonen die Muttersprache nicht beherrschen, weil es z.B. „erschreckend wenige russischsprachige Psychologen“ (Ang 23, Sohn) in Deutschland gibt.

### **Gespräche und Gewohnheiten im Alltag gehen verloren**

Ebenso bleibt das Bedürfnis nach Gesellschaft und Alltagsgesprächen oftmals unerfüllt. Die Möglichkeit eines verbalen Austausches wird von den Angehörigen (n=8) ausdrücklich als besonders wichtiges Bedürfnis der Patient\*innen im Hinblick auf ihre gesellschaftliche Teilhabe und Alltagsgespräche wahrgenommen. Insofern werden Verständigungsprobleme in persönlichen Gesprächen mit den Mitarbeiter\*innen im Alltag der Versorgung als sehr bedrückend erlebt, selbst wenn es dabei nur um den Austausch von vermeintlichen Banalitäten, wie z.B. das Wetter oder aktuelle Nachrichten, geht.

„[...] ich komme ihn besuchen, aber das reicht nicht, besuchen ist nicht genug, die Schwestern verstehen ihn nicht, obwohl sie freundlich sind, versuchen Witze zu machen, zu kitzeln. (...) Er hat ein Defizit an Kommunikation mit russischsprachigen Menschen, ihn versteht auch niemand und er versteht nicht, was die Schwestern von ihm wollen.“ (Ang 04, Mutter)

Desgleichen wird die Chance, von sich selbst, die eigene Geschichte zu erzählen oder von Sorgen zu berichten, als wichtig zur Entlastung der Patient\*innen erachtet - „er braucht es, seine Sprache zu sprechen, sich aussprechen zu können.“ (Ang 24, Freundin)

Zehn der interviewten Angehörigen beklagen, dass nicht nur Dolmetscher\*innen in besonderen Situationen fehlen, sondern Gesprächspartner\*innen im Versorgungsalltag. Gerade im stationären Bereich finden Gespräche zwischen den Mitarbeiter\*innen und Patient\*innen oftmals nur dann statt, wenn die Angehörigen als Sprachmittler\*innen anwesend sind. Dies geht wiederum mit der Gefahr einer höheren, weil zusätzlichen Belastung der Angehörigen einher, die die Kommunikationsbarrieren kompensieren (müssen) bzw. sich dazu verpflichtet fühlen, obwohl sie an eigene emotionale oder auch zeitliche Grenzen stoßen.

Darüber hinaus wächst die Gefahr der sozialen Isolation der Patient\*innen. Ein Gefühl der Einsamkeit, die fehlende Gesellschaft und Kommunikation in der Muttersprache werden von den Angehörigen als psychische Belastung der Sterbenden wahrgenommen, die durch muttersprachliches Personal aufgefangen werden könnte.

„Er war da (im Hospiz), ganz allein und ich weiß, er litt sehr darunter, dass er niemanden zum Reden hatte und dass er nicht verstand, was mit ihm passierte.“ (Ang 25, Tochter)

Darüber hinaus wurde deutlich, dass die soziale Isolation von Patient\*innen durchaus schwerwiegende Folgen haben kann, wie das Beispiel des Vaters von der Angehörigen 25 zeigt, der sich bei einem Sturz verletzte, weil „er sich dort wahrscheinlich so unwohl fühlte, dass er, todeskrank, aus dem Hospiz abhauen wollte.“

Den Angehörigen ist dabei bewusst, dass eine umfassende muttersprachliche Versorgung unrealistisch bleiben wird. In einigen Fällen verweisen sie darauf, dass der Wunsch der Patient\*innen nach Zerstreuung und Teilhabe am gesellschaftlichen Alltagsgeschehen auch über den Zugang zu muttersprachlichen Medien (Print, Fernsehen, Radio) ermöglicht werden könnte.

„Das Einzige wäre vielleicht das Fernsehen. Sie kann zwar nicht sehen, aber wenn sie wenigstens etwas hören könnte, ein paar russische Sendungen, so würde sie sich nicht so langweilen.“ (Ang 11, Schwiegertochter)

Auffallend ist, dass in keinem der geführten Interviews mit den Angehörigen von einem solchen Angebot seitens der Versorgung berichtet wird. Deutlich wird an dieser Stelle die Gefahr, dass

die Kommunikation von individuellen Bedürfnissen bei vorhandenen Sprachbarrieren innerhalb der Familien verbleibt. Folglich sind es dann auch nur die Angehörigen, die diese Wünsche erfüllen können.

Angehörige sind in solchen Situationen umso mehr gefordert, auch das zu leisten, was durch eine professionelle Begleitung sonst eher aufgefangen werden kann, um die Familien zu entlasten. „Angehörige haben“ kann als Vorteil für Patient\*innen interpretiert werden, wenn es um die Notwendigkeit von Sprachmittlung geht. „Angehörige\*r sein“ kann dagegen zu einer gesundheitlichen Benachteiligung führen, wenn erforderliche psychosoziale Unterstützungsleistungen nicht zugänglich sind.

#### **7.4.2.5 Zwischenfazit zur Bedeutung von Sprache**

Die Ergebnisse zeigen, dass Sprachprobleme bei den Betroffenen einen kontinuierlichen kommunikativen Austausch im Versorgungsverlauf nahezu unmöglich machen, wenn muttersprachliches Personal oder qualifizierte Dolmetscher\*innen fehlen. So scheint eine umfassende palliative Begleitung, die sich an den unterschiedlichen Aspekten von Lebensqualität und entsprechend den individuellen physischen, psychischen, sozialen oder spirituellen Bedürfnissen der Patient\*innen und ihrer Familie orientieren sollte, nicht hinreichend möglich, wenn den Mitarbeit\*innen das Mittel der Sprache oder darüber hinaus Kenntnisse zu den sozio-kulturellen Lebenswelten der Betroffenen fehlen. Wenngleich gerade in der Sterbephase nonverbalen Kommunikationsformen stärkeres Gewicht beigemessen wird, zeigt sich auch hier, dass die verbale Kommunikation wesentliches Instrument in der psychosozialen Begleitung bleibt.

Die Perspektive der Betroffenen verdeutlicht die Bedeutung der Muttersprache für den Austausch in existenziellen Lebenssituationen, was sich auch aus einer linguistischen Perspektive begründen lässt, die auf ihre spezifische Bedeutung für jeden Menschen verweist und sie als Teil des eigenen Selbstkonzepts und Selbstverständnisses versteht [29]. Insofern scheint die These berechtigt, dass viele Bedürfnisse der Patient\*innen möglicherweise unerkannt und unerfüllt bleiben, wenn Sprachprobleme dazu führen, dass die Betroffenen ihre individuellen Bedürfnisse, Wünsche und Entscheidungen am Lebensende nicht selbst ausdrücken können.

Sterbende, deren Vorstellungen und Überzeugungen aufgrund ihrer Herkunft und Migrationserfahrungen als widersprüchlich zu den geltenden Annahmen wahrgenommen werden und zusätzlich mit sprachlichen Problemen konfrontiert sind, stellen eine besonders vulnerable Gruppe dar.

Durch die Einbindung der Angehörigen als Dolmetscher\*innen wird auf der Versorgungsebene in Kauf genommen, dass die Weitergabe von Informationen durch die Angehörigen unterlassen oder - beabsichtigt oder unbeabsichtigt - verfälscht wird. In Situationen, in denen ein Austausch zwischen den Mitarbeiter\*innen der Versorgung und den Patient\*innen dann oftmals

gar nicht oder nur eingeschränkt möglich ist, wird die persönliche Wahrnehmung von Bedürfnissen der Patient\*innen gleichermaßen vernachlässigt. Damit einher geht eine geringere Achtung der potenziellen Belastungen der Patient\*innen, wenn sie oder ihre Bedürfnisse infolgedessen nicht wahrgenommen werden.

Insgesamt verweisen die Ergebnisse auf unterschiedliche Benachteiligungen von Patient\*innen und ihren Familien sowie auf Herausforderungen für die professionelle Versorgung.

## **7.5 Fazit der Sekundäranalyse und ethische Diskussion**

Da die Interviews im Kontext der Hospiz- und Palliativversorgung geführt wurden, wurden für die weitere Diskussion zunächst die ethischen Maxime von Palliative Care ausgewählt, die sich in der aktuellen Debatte stark an den Prinzipien der Medizinethik orientieren.

Die Ergebnisse der ethisch sensibilisierten Analyse stellen gute Gründe für eine kritische Auseinandersetzung mit den geltenden ethischen Prinzipien dar und haben wichtige Implikationen für die weitere theoretische Diskussion um ein ethisches Verständnis von Sorge am Lebensende.

Die Erfüllung der grundlegenden Prinzipien (ethischen Ansprüche) von Palliative Care ist für die Mitarbeitenden äußerst voraussetzungsreich, da sie mit Erwartungen sowohl an die eigenen Handlungsweisen/-orientierungen als auch an die der anderen, also der Patient\*innen und Angehörigen, verknüpft ist.

Divergente Wertvorstellungen oder erlebte Benachteiligungen durch strukturelle Mängel können dabei nicht nur als Widerspruch zu einem engen Verständnis von Autonomie bewertet werden, sondern werden bei daraus resultierenden Nachteilen auch zu einer Frage der Gerechtigkeit oder der (Für)Sorge.

### **7.5.1.1 Autonomie und Selbstbestimmung**

Als zentrale Anliegen in der Palliativversorgung werden eine vorausschauende Planung und selbstbestimmte Entscheidungen oft wie selbstverständlich als Ausdruck von Autonomie betrachtet und eine offene Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben vorausgesetzt. Letzteres unterstützt das Anliegen der Mitarbeiter\*innen, sich an den Bedürfnissen der Sterbenden im Sinne einer patientenzentrierten Versorgung zu orientieren.

Die Aufklärung über Diagnose (und Prognose) stellt folglich ein zentrales Instrument von Palliative Care dar, um die Selbstbestimmung der Patient\*innen sicherzustellen bzw. autonome Entscheidungen zu ermöglichen. Teils wird sie auch als Voraussetzung für die Aufnahme in ein Hospiz formuliert. Wie anhand der Ergebnisse gezeigt werden konnte, entspricht dies jedoch nicht immer den Vorstellungen oder Fähigkeiten der Betroffenen.

## **Differente Vorstellungen zu Entscheidungen am Lebensende als Widerspruch zu Autonomie**

So können zum einen differente oder konträre Umgangs- und Verständnisweisen im Zusammenhang mit einer lebenslimitierenden Diagnose ein wesentliches Problem im Verlauf der Versorgung darstellen.

Die Ergebnisse heben hervor, dass ein enges Verständnis von Autonomie in existenziellen Lebenssituationen zu hinterfragen ist, weil es das asymmetrische (nicht-reziproke) Verhältnis zwischen Patient\*innen und den jeweiligen Mitarbeiter\*innen der Palliativversorgung vernachlässigt. Sie weisen auf offene Fragen zum Verhältnis von patientenzentrierter Versorgung und dem familienorientierten Ansatz im Sinne von Palliative Care hin.

Weder die Positionierung russischsprachiger Angehöriger als selbstverständlich Sorgende noch das Beharren auf einem Verständnis von Selbstbestimmung, das dem der Betroffenen und ihren Familien im Einzelfall widerspricht, erfasst die Heterogenität innerhalb der Gruppe russischsprachiger Migrant\*innen.

## **Unzureichende sprachliche Kommunikation als Widerspruch zu Autonomie**

Zum anderen erscheint es problematisch, wenn aufgrund einer fehlenden sprachlichen Verständigung die Bedürfnisse der Patient\*innen nicht wahrgenommen werden können oder einer Akzeptanz des Wunsches des Verschweigens auf eine Aufklärung durch die ärztlichen Mitarbeiter\*innen verzichtet wird.

Auch wenn beispielsweise (theoretisch) Einigkeit über zu treffende Entscheidungen besteht oder das Verständnis von Autonomie und Selbstbestimmung gemeinsam geteilt wird, bergen sprachliche Einschränkungen die Gefahr, dass dem Wunsch nach und Recht auf Selbstbestimmung der Patient\*innen nicht angemessen Rechnung getragen wird.

Unabhängig von der „Ursache“ (individuell oder strukturell bedingt) widerspricht eine unzureichende oder fehlende Aufklärung über die Diagnose und/oder lebenslimitierende Prognose, verbunden mit den genannten Konsequenzen, dem Verständnis von Autonomie in Palliative Care und stellt aus dieser Perspektive eine Einschränkung der Selbstbestimmung bzw. Autonomie der Patient\*innen dar.

Bislang wird eine fehlende Selbstbestimmung in Verbindung mit anderen/fremden Wertvorstellungen des Subjekts wie z.B. in Bezug auf das familiäre Sorgeverständnis oder auf Aspekte sozialer Ungleichheit (Bildung, sozialer Status) verknüpft, nicht aber mit fehlenden Sprachkompetenzen (weder auf der einen noch der anderen Seite).

Hier stellt sich auch die Frage, ob Sprachkompetenz ausschließlich im individuellen Verantwortungsbereich liegt (z.B. verstanden als Teil der Gegenleistung für empfangene Hilfe nach der Migration) oder abhängig von der individuellen Situation am Lebensende auch in den gesellschaftlichen/sozialstaatlichen Verantwortungsbereich fällt.

### 7.5.1.2 Gerechtigkeit

Infolgedessen kann auch von einer Orientierung an den individuellen Bedürfnissen der Patient\*innen im Sinne einer patientenzentrierten Versorgung, unabhängig von ihren soziokulturellen Zugehörigkeiten, nicht ausgegangen werden, was auch auf Fragen der Gerechtigkeit verweist.

Sprachprobleme oder gar Sprachlosigkeit in einer existenziellen Lebenssituation stellen in diesem Zusammenhang in zweierlei Hinsicht auch ein gerechtigkeitserhebliches und somit ethisches Problem dar.

Erstens verweisen die Ergebnisse auf strukturelle Defizite der Versorgungsebene, wenn Informationsdefizite zur Bedeutung und zu den Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung aufgrund einer fehlenden angemessenen Sprachmittlung (nicht vorhandene Dolmetscher\*innen und muttersprachliche Informationen) letztlich den Zugang zu einer entsprechenden Versorgung verhindern. Ebenso problematisch ist es, wenn die Angst der Betroffenen, aufgrund fehlender Sprachkenntnisse in schwierigen Gesprächssituationen nicht verstanden zu werden, zu einer Vermeidung von direkter Kommunikation mit anderen führt oder eine Kontaktaufnahme von vornherein vermieden wird und so den Zugang zu professioneller Hilfe verhindert oder erschwert.

Zweitens verweist u.a. das Problem der sozialen Isolation aufgrund von Sprachproblemen darauf, dass von einer Orientierung an den individuellen Bedürfnissen der Patient\*innen im Sinne einer patientenzentrierten Versorgung, unabhängig von ihren soziokulturellen Zugehörigkeiten, nicht ausgegangen werden kann. Dies widerspricht dem formulierten Anspruch einer medizinischen Versorgung und psychosozialen Begleitung, die sich an allen Dimensionen der palliativen Lebensqualität und damit in Beziehung stehenden individuellen Bedürfnissen orientiert, wenn diese von bestimmten Personengruppen nicht artikuliert und wahrgenommen werden können.

Die hier deutlich werdende ungerechtfertigte Ungleichbehandlung durch die fehlende muttersprachliche Verständigung im Versorgungsprozess ist ethisch relevant, weil sie das Risiko erhöht, die Patient\*innen aufgrund von Missverständnissen von bestimmten Versorgungsangeboten, wie z.B. spiritueller Unterstützung, zu exkludieren. Zugleich erhöht sie die Gefahr, die Patient\*innen durch soziale Isolation oder ihre Angehörigen durch das Gebot der Kompensation von Versorgungsleistungen stärker zu belasten als dies für Personen ohne eine entsprechende Sprachproblematik zu erwarten ist.

### 7.5.1.3 Fürsorge

Schließlich werfen diese Ergebnisse auch Fragen in Bezug auf die Verpflichtung zur Fürsorge auf, die die aufeinander verwiesenen Prinzipien des Nicht-Schadens und des Wohltuns umfasst. Die Sorge im Verständnis von Palliative Care schließt die Sorge um die Familie des schwerstkranken und sterbenden Patienten ein.

Wie gezeigt wurde, bergen sprachliche Einschränkungen die Gefahr von Missverständnissen, der sozialen Isolation von Patient\*innen und einer höheren familiären Belastung. Hier stellt sich die Frage, durch welche Maßnahmen derartige „Schäden“ vermieden werden können.

Die Erkenntnisse der Untersuchung machen deutlich, dass die Betroffenen sich für die Übernahme der Sorge verantwortlich fühlen. Insgesamt zeigt sich, dass der Gedanke der Fürsorge für die Angehörigen die maßgebliche Motivation und Orientierung für den Umgang mit ihren sterbenden Angehörigen darstellt. So ist mit dem Verschweigen der Diagnose die Vorstellung verknüpft, die Hoffnung auf Heilung und damit Ressourcen zum Kampf gegen die Erkrankung bei den Patient\*innen zu erhalten sowie Angst oder Depression als negative Folgen zu vermeiden.

In den meisten Fällen wurden die eigenen Vorstellungen von den Angehörigen als Widerspruch zu den vorherrschenden Vorstellungen im Kontext der gesundheitlichen Versorgung erlebt und blieben unberücksichtigt. Deutlich wurde die Macht- und/oder Hilflosigkeit von Angehörigen, die Situation der Aufklärung maßgeblich zu beeinflussen und ihre Sorgen hinsichtlich der Konsequenzen mitteilen zu können.

Aus der Perspektive der Betroffenen wird deutlich, dass die Annahme, eine umfassende Aufklärung und offene Auseinandersetzung sei das Beste für die Patient\*innen, auch als paternalistische Bevormundung erlebt werden kann.

Kommen Informationsdefizite, Misstrauen oder Aspekte hinzu, die, wie z.B. widersprüchliche oder unterschiedliche Vorstellungen und Erwartungen, generell Herausforderungen und Konfliktpotenzial für Gespräche darstellen, erschweren Sprachbarrieren das Finden von Kompromissen oder Herstellen von vertrauensvollen Beziehungen.

Problematisch ist, wenn Sprachlosigkeit der Patient\*innen ausschließlich als fehlende Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit dem Sterben oder familiäre Pflegebereitschaft als Ablehnung und fehlende Notwendigkeit professioneller Hilfe interpretiert wird. Damit besteht die Gefahr, dass andere Ursachen, wie die der „fehlenden Worte“, außer Betracht gelassen werden und eigentlich benötigte Hilfe durch psychosoziale Begleitung gar nicht erst angeboten werden. Letzteres steht gegebenenfalls auch in einem Widerspruch zur Idee der familiären Sterbebegleitung, für die die Angehörigen so befähigt und an die Situation herangeführt werden, dass eine emotionale Unterstützung für die Patient\*innen ermöglicht, eine Traumatisierung der Angehörigen aber vermieden wird.

Sprachdefizite der Patient\*innen führen offensichtlich zu einer hohen Präsenz von Angehörigen mit guten Deutschkenntnissen in den Einrichtungen und während der Gespräche mit Mitarbeiter\*innen. Viele sehen sich selbst als wichtige Gesprächspartner\*innen und ihre Anwesenheit für die Vermittlung von Wünschen an, um der Einsamkeit und Isolation etwas entgegenzusetzen. Sie versuchen, eine möglichst dauerhafte Erreichbarkeit auch für andere Angehörige zu realisieren. Sprachliche Verständigungsprobleme scheinen zudem an das Bedürfnis zu appellieren, ihre Angehörigen am Lebensende vor negativen Nachrichten zu schützen.

Möglicherweise führt dies auch zu einem verstärkten Verpflichtungsgefühl (bzw. stärkt es das Verpflichtungsgefühl), familiäre Pflege zu Hause zu übernehmen. Familiäre Pflege trägt letztlich dazu bei, den Alltag der Patient\*innen so lange wie möglich aufrechtzuerhalten und ermöglicht ihnen, sich ihren Bedürfnissen entsprechend gebraucht und zu Hause zu fühlen. In ihrer vertrauten Umgebung können sie Gespräche über Vergangenheit und Gegenwart führen. An dieser Stelle wird deutlich, dass die Frage der (Für)Sorge auch im Spannungsfeld gesundheitlicher Eigenverantwortung und gesellschaftlicher Solidarität steht.

#### **7.5.1.4 Benachteiligungen als organisationsethische Problematik**

Kritisch zu diskutieren ist, dass die Umsetzung einer Versorgung am Lebensende, die der Idee/dem Konzept von Palliative Care folgt, letztlich dem Zufall überlassen wird, solange die strukturellen Voraussetzungen nicht gegeben sind. Sich zeigende divergente Wertvorstellungen oder erlebte Benachteiligungen durch strukturelle Mängel können dabei nicht nur als Widerspruch zu einem engen Verständnis von Autonomie bewertet werden, sondern werden bei daraus resultierenden Nachteilen auch zu einer Frage der Gerechtigkeit oder des Nichtschadens.

Als Fazit kann festgehalten werden, dass gerade der Blick auf besonders vulnerable Gruppen zeigt, dass eine diskriminierungsfreie Versorgung noch nicht erreicht ist und als ein gerechtigkeitserhebliches Problem wahrgenommen werden muss, welches Anlass für Veränderungen darstellt.

Eine Anzahl der hier dargestellten Probleme (unzureichende Kommunikation mit Patient\*innen und Angehörigen, Inkaufnahme von vermeidbaren Belastungen) zeigen auf, dass sie nicht nur auf individuelles Verhalten oder differente Vorstellungen zurückzuführen sind, sondern auch auf Probleme der Organisationen bzw. auf strukturelle Probleme des Versorgungssystems.

Insbesondere können Sterbende, deren Vorstellungen und Überzeugungen aufgrund ihrer Herkunft und Migrationserfahrungen als widersprüchlich zu den geltenden Annahmen wahrgenommen werden und die zusätzlich mit sprachlichen Problemen konfrontiert sind, nur eingeschränkt oder gar nicht von den Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung profitieren. Zwei Aspekte dieses Problems erscheinen besonders diskussionswürdig:

### *Eigenverantwortung und Solidarität*

Die Situation kann erstens darauf zurückgeführt werden, dass es keine einheitliche verlässliche Regelung und Struktur gibt, sondern es eher vom Zufall abhängt, ob und welche sprachliche Unterstützung innerhalb der Einrichtungen von den in ihnen handelnden Akteuren bei Bedarf genutzt werden kann.

Die Perspektive der Angehörigen wirft damit auch Fragen zum Verhältnis von Eigenverantwortung und Solidarität auf, die wesentlich den Diskurs um die Verteilungsgerechtigkeit medizinischer und pflegerischer Ressourcen bestimmen.

Konkret schließt sich hier z.B. Frage an, ob die Sicherstellung ausreichender sprachlicher Ressourcen und Fähigkeiten im individuellen Verantwortungsbereich liegt (z.B. verstanden als Teil der Gegenleistung für empfangene Hilfe nach der Migration) oder angesichts der hohen Vulnerabilität u.a. durch den Verlust der Zweitsprachenkompetenz am Lebensende auch in den Verantwortungsbereich von Organisationen und sozialstaatlichen Institutionen fällt (z.B. in Bezug auf Finanzierung von Dolmetschleistungen).

### *Verständnis von Autonomie und Selbstbestimmung - informed consent versus family consent*

An der Situation wird zweitens deutlich, dass die Maximen von Palliative Care in der Praxis an Grenzen stoßen, weil sie unabhängig von den individuellen soziokulturellen Kontexten konzipiert sind, aber den Handlungsrahmen der einzelnen Mitarbeiter\*innen bestimmen, deren Handlungsspielräume wiederum durch die Organisationen unterschiedlich begrenzt sind.

Bei Betrachtung des Verhältnisses von Sorge um den anderen und der Selbstsorge der Angehörigen zeigt sich aus einer care-ethischen Perspektive ein Ungleichgewicht.

Selbstbestimmungsermöglichende Sorge braucht vor allem Zeit und vertrauensvolle Beziehungen und lässt sich nicht auf ein „Aufklärungsgespräch“ oder beratendes Gespräch hinsichtlich einer vorausschauenden Planung mittels Patientenverfügung reduzieren. Gerade jenen Betroffenen, die sich nicht über Angehörige Gehör verschaffen können, sollte besondere Aufmerksamkeit im Sinne von Aufmerksamkeit zuteilwerden.

In diesem Zusammenhang stellt sich zudem die Frage nach begründeten Alternativen zu einem informed consent, wie z.B. des family consent.

Nicht-Wissen-Wollen oder noch-nicht, nicht jetzt-Wissen-Wollen sollten als Optionen einer Entscheidungsfreiheit in die Überlegungen zur Bedeutung von Selbstbestimmung für Entscheidungen am Lebensende einbezogen werden. Ebenso sollte der Wunsch, einer Person des Vertrauens bestimmte Entscheidungen zu überlassen oder im Konsens mit der Familie zu treffen, respektiert werden.

Die radikale Orientierung an den Bedürfnissen der/des Betroffenen, die diesbezüglich dem sozialen und familiären Kontext stärker Rechnung tragen sollte, erfordert Beziehungsarbeit.

Für die weitere Reflexion sollte das Potenzial alternativer Ansätze, wie z.B. eine care-ethische Perspektive einbezogen werden. Aufschlussreich erscheint die Perspektive einer Ethik der Achtsamkeit, die Abhängigkeitsverhältnisse (kritischer) ins Licht rückt und den Kontext stärker berücksichtigt [11]. Aus einer solchen care-ethischen Perspektive wird deutlich, dass das proklamierte Ziel einer „Versorgung auf Augenhöhe“ den Blick auf das asymmetrische (nicht-reziproke) Verhältnis zwischen Patient\*innen und den jeweiligen Mitarbeiter\*innen der Palliativversorgung negiert oder zumindest vernachlässigt.

Erörtert werden sollte, inwiefern eine Stärkung der Dimensionen Achtsamkeit und Verantwortung begründet alternative Handlungsmöglichkeiten zulässt und Risiken mindert, Personen zu exkludieren oder zu benachteiligen. Damit wird zudem der Bezug zu Erfahrungen der Betroffenen mit einer sukzessiven Aufklärung oder des sogenannten Nudgings hergestellt und einer ethischen Reflexion zugänglich gemacht. Die in der Praxis sich zeigenden Erfahrungen der Patient\*innen und Angehörigen mit alternativen Interventionen zur Steuerung von Entscheidungen (Nudging) verweisen auf ein eher libertäres Paternalismus-Verständnis oder ein Verständnis relationaler Autonomie der Mitarbeiter\*innen.

Erforderlich erscheint eine Intensivierung des wissenschaftlichen Diskurses zum Konzept der Autonomie in existenziellen Lebenssituationen. Zu fragen ist, ob Aufklärung in allen Fällen ein angemessenes Vorgehen für eine palliative und patientenzentrierte Versorgung ist und inwiefern sich alternative Vorgehensweisen ethisch begründen lassen.

Hierzu bedarf es einer Intensivierung des wissenschaftlichen und (berufs-)politischen Diskurses, der sich kritisch mit den Chancen und Grenzen der Prinzipien der Medizinethik bzw. der ethischen Maximen von Palliative Care in der Praxis im Hinblick auf den Respekt kultureller Diversität auseinandersetzt.

## **7.6 Ergebnisse der Diskursanalyse**

Wie unter 5.2 dargelegt wurde, zielte die Diskursanalyse zu den gesundheitspolitischen Positionspapieren und Stellungnahmen darauf ab, zu rekonstruieren, welche Beachtung einer interkulturellen bzw. diversitätssensiblen Versorgung als normativer Anspruch im Gesundheitswesen im gesundheits- und pflegepolitischen Kontext in diskursiven Praktiken entgegengebracht wird und welche Konsequenzen sich daraus ergeben.

Als diskursive Ereignisse wurden zum einen die gesetzlichen Neuregelungen einbezogen, die im Rahmen der Demografiestrategie „Jedes Alter zählt“ durch das BMG initiiert wurden: die Pflegestärkungsgesetze I-III (PSG I-III), das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG), das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG) und das Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG).

Zum anderen wurde im Rahmen eines Lehrforschungsprojekts zusätzlich ein zweiter Materialkorpus für eine Diskursanalyse zusammengestellt, der die Leitbilder der Einrichtungen und Trägerorganisationen umfasste, in denen die Expert\*inneninterviews mit den Führungskräften geführt wurden. Hier wurde u.a. der Frage nachgegangen, welche Positionen des Diskurses um eine diversitätssensible bzw. interkulturelle Versorgung in den Leitbildern der Einrichtungen, in denen die interviewten Führungskräfte beschäftigt waren, aufgegriffen werden.

### **7.6.1 Durchführung der Analyse**

Ziel der Feinanalyse war es, entlang von heuristischen Fragen zu rekonstruieren [36], in welcher Weise Ungleichheit im Diskurs zur Versorgung am Lebensende thematisiert wird bzw. welche Differenzkategorien überhaupt bedeutsam oder sagbar sind und wie wechselseitige Bezüge explizit oder implizit kenntlich gemacht werden. Relevant waren weiterhin Fragen zur ethischen Normativität der Aussagen hinsichtlich einer (bedarfs)gerechten Versorgung sowie danach, welche Subjektpositionen den Pflegenden, Pflegebedürftigen sowie schwer kranken und sterbenden Patient\*innen zugewiesen werden. Anhand dieses Leitfadens wurde das Material in mehreren Analyseschritten [36] in Bezug auf den institutionellen Rahmen, die Textoberfläche, seine sprachlich-rhetorischen Mittel und inhaltlich ideologische Aussagen interpretiert.

### **7.6.2 Ergebnisse der Diskursanalyse der Stellungnahmen und Positionspapiere**

Bevor ausgewählte Ergebnisse der Analyse vorgestellt werden, wird zunächst die Auswahl der Dokumente kurz begründet und die wesentlichen Merkmale der Dokumente werden beschrieben und tabellarisch zusammenfassend dargestellt.

#### **7.6.2.1 Materialkorpus der Diskursanalyse der Stellungnahmen und Positionspapiere**

Aus den jeweiligen Entscheidungsprozessen der oben genannten gesetzlichen Neuregelungen wurden im Sinne eines „purposive samplings“ [22] öffentlich zugängliche Stellungnahmen

und Positionspapiere der politischen Parteien sowie von unterschiedlichen Organisationen im Gesundheitswesen, wie z.B. der Wohlfahrts- und Berufsverbände oder der Spitzenverbände der Kranken- und Pflegeversicherungen, in einem Korpus zusammengestellt. Damit wurden relevante gesundheits- und pflegepolitische Dokumente berücksichtigt, die den Diskurs zur Bewältigung des demografischen Wandels repräsentieren. Insgesamt wurden über 100 Dokumente gesichtet, von denen insgesamt 90 Dokumente den hauptsächlichen Materialkorpus für die Feinanalyse darstellten.

Tabelle 1: Übersicht Diskursmaterial

Organisationen		Anzahl	Gesamt (n=90)
Berufsverbände	DBFK	6	10
	DVSG	4	
Interessenvertretungen	Deutscher Verein	4	14
	GKV	4	
	Migrantenselbstorganisationen	1	
	Nationale Präventionskonferenz	1	
	PKV	4	
Parteien	Bündnis 90/Die Grünen	6	33
	CDU	4	
	Die Linke	8	
	FDP	7	
	SPD	8	
Wohlfahrtsverbände	AWO	5	33
	BAGFW	4	
	Caritas	5	
	Diakonie	3	
	Paritätischer	4	
	DRK	8	
	Volkssolidarität	3	
	Zentralwohlfahrtsstelle der Juden	1	

In mehr als der Hälfte der Dokumente (n=54) finden sich ein expliziter Bezug zu den Gesetzgebungsverfahren und Positionen zu den oben genannten Gesetzen. In den weiteren Dokumenten werden themenbezogen grundsätzliche Positionen verhandelt, die überwiegend im Zeitraum der Gesetzgebungsverfahren veröffentlicht wurden.

Tabelle 2: Beschreibung Diskursmaterial

Art der Dokumente		Anzahl	Gesamt (n=90)
Stellungnahmen/Positionspapiere zu Gesetzen	HPG	12	54
	PfIBRefG	8	
	PrävG	7	
	PSG I	8	
	PSG II	9	
	PSG III	7	
themenbezogene Grundsatz-/Positionspapiere	Gesundheit und Pflege, Migration, Zivilgesellschaftliches Engagement, Demografischer Wandel		36

Unter den Dokumenten, die sich ausdrücklich auf die einzelnen Gesetze bzw. Gesetzgebungsverfahren beziehen, stammen acht von den Berufsverbänden, 13 von den Interessenvertretungen, 14 von den Parteien und 20 von den Wohlfahrtsverbänden. Unter den themenbezogenen Grundsatz-/Positionspapieren finden sich zwei der Berufsverbände, eins der Interessenvertretungen, 12 der Wohlfahrtsverbände und 21 der Parteien.

#### 7.6.2.2 Bedeutung und Artikulationen von Diversität vor dem Hintergrund des demografischen Wandels

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die Analyse von Dokumenten, in denen explizit oder implizit auf die Diversität der Betroffenen oder der Mitarbeitenden im Versorgungssystem vor dem Hintergrund des demografischen Wandels Bezug genommen wird.

Zu Beginn sei angemerkt, dass in nur etwa der Hälfte der hier analysierten Dokumente Aspekte von Diversität in irgendeiner Form verhandelt werden. Geht es um Fragen der kulturellen Diversität, handelt es sich zum überwiegenden Teil um Dokumente aus den Reihen der Wohlfahrtsverbände. Im Gegensatz dazu finden sich hierzu die wenigsten Artikulationen in den parteipolitischen Dokumenten. Aussagen zu kultureller Diversität finden sich in diesen Papieren vornehmlich in allgemeinen Grundsatzpapieren, in denen es nicht explizit um die einzelnen Gesetzesvorhaben geht, wie unter Punkt 1.2.5 verdeutlicht wird. Dagegen nimmt die Auseinandersetzung beispielsweise um Unterschiede bei den Adressat\*innen von Hilfe aufgrund einer Pflegebedürftigkeit (im Alter), Behinderung, des Geschlechts oder ihres Wohn-/Aufenthaltsorts größeren Raum ein als in den übrigen Dokumenten.

Die Analyse zielte im Weiteren vornehmlich darauf ab, zu untersuchen, ob und in welcher Weise insbesondere kulturelle Diversität als Herausforderung oder Chance für die Gestaltung der Versorgung am Lebensende adressiert wird und welche Bezüge in den Artikulationen zu ethisch relevanten Prinzipien, wie z.B. Autonomie und Selbstbestimmung sowie Gerechtigkeit, hergestellt werden.

### 7.6.2.3 Artikulationen zu kultureller Diversität

Artikulationen zu kultureller Diversität lassen sich in einem Teil der Papiere eher Aussagen finden, die hier als Rahmen für inhaltlich spezifische Positionen zu Gesundheit und Pflege verstanden werden. So wird z.B. in Papier 14 (S. 3) die Gewährleistung von Pluralität als „Voraussetzung für eine Kooperation zwischen Religions- und Weltanschauungsgemeinschaften und dem Staat“ gefordert. Unter Anerkennung „Andersgläubiger oder Andersdenkender“ wird in Papier 67 (S. 42) von „jedermann Respekt vor den Grundrechten, dem Rechtsstaat und seinen Gesetzen“ verlangt. Im Weiteren wird jedoch ausschließlich von „religiösen Führern eine deutliche Absage an jegliche religiöse Begründung von Terror und Gewalt und ein Bekenntnis zum Respekt und zur Toleranz gegenüber Anders- oder Nichtgläubigen“ verlangt.

Im Unterschied dazu finden in weiteren Papieren Artikulationen zu kultureller Diversität im Kontext der Auseinandersetzung mit den Zielgruppen bzw. Adressat\*innen, der Mitarbeitenden oder der Angebote bzw. Einrichtungen zur Versorgung statt. Solche Artikulationen lassen sich als Bewertungen in Verbindung mit konzeptionellen Anforderungen für Einrichtungen oder Kompetenzanforderungen an Mitarbeitenden hinsichtlich kultureller Diversität einordnen.

Artikulationen zu kultureller Diversität werden unter Bezugnahme auf die **Vielfalt unter den Pflege-/Hilfebedürftigen und Sterbenden** als Zielgruppe bzw. Adressat\*innen zum einemin Verbindung mit weiteren Differenzmerkmalen vorgenommen, wenn es z.B. heißt: „Wir gewähren Rat, Unterstützung und Hilfen, unabhängig von ethnischer Herkunft, Nationalität, Religion, Weltanschauung und Geschlecht.“ (Papier 1, S. 11)

Eine besondere Lage von Menschen mit Migrationshintergrund wird in Verbindung mit der Dimension Alter oder Generation verdeutlicht, wenn es heißt: „Der Anteil von Senioren/-innen mit Migrationshintergrund ist ebenfalls stark steigend und bedarf besonderer Angebote und Ansprache [...]“ (Papier 2, S. 15) Oder es wird wie in Papier 79 (S. 7) zugrunde gelegt, dass „immer mehr Menschen mit Migrationshintergrund [von Pflegebedürftigkeit] betroffen sind“.

Zum anderen zeigt sich, dass ein Migrationshintergrund jedoch vor allem als Kennzeichen von kultureller Diversität aufgrund der (zugeschriebenen) religiösen Zugehörigkeit oder ethnischen Herkunft der betroffenen Menschen artikuliert wird, wenn beispielsweise die Vermittlung interkultureller Kompetenzen gefordert wird, zu denen „Kenntnisse über Religion, Kultur und Sprache der in Deutschland lebenden Migrantengruppen sowie eine Sensibilisierung für deren Bedürfnisse“ (Papier 79, S. 22) gehören. Oder in Bezug auf die Angebote, wie in einer Stellungnahme zum Hospiz- und Palliativgesetz, gefordert wird: „In dieser Beratung muss es möglich sein, unter Berücksichtigung der kulturellen Unterschiede eine geeignete ambulante Hospiz- und Palliativbetreuung anbieten zu können. Anders als im stationären Bereich scheinen kulturkreisbezogene Angebote in der häuslichen Versorgung nicht besonders ausgeprägt zu sein.“ (Papier 36, S. 2)

Eine **Diversität unter den Mitarbeitenden** wird gleichermaßen thematisiert, wenn hinsichtlich der Vielfalt unter den Mitarbeitenden multikulturelle bzw. „interkulturelle Teams, die Einstellung muttersprachlichen Personals beispielsweise von Pflegekräften, Ärztinnen und Ärzten mit Migrationshintergrund und die interkulturelle Fortbildung der Angestellten und Führungskräfte [...]“ (Papier 31, S. 41) im Rahmen einer interkulturellen Öffnung als wichtig erachtet werden, um den Bedürfnissen der Migrant\*innen kultursensibel begegnen zu können. Damit wird die Migration von Menschen einerseits als eine nutzbare Erfahrung begriffen. Weiterhin wird z.B. in Papier 6 (S. 2) festgestellt, dass „Menschen mit Migrationsgeschichte und Flüchtlinge einen wichtigen Beitrag für die Gesundheitsversorgung leisten [können].“ Dadurch wird andererseits wahrgenommen, dass Menschen mit Migrationshintergrund nicht nur allgemein als Beitragszahler\*innen in die sozialen Sicherungssysteme eine wichtige Ressource darstellen, sondern auch, um die pflegerische Versorgung angesichts des demografischen Wandels zu gewährleisten. Um den drohenden Fachkräftemangel in der Pflege abzuwenden, wird neben der Gewinnung von „Menschen mit bestimmten Migrationshintergründen [...], sofern sie sich für den Bereich interessieren und dafür geeignet sind.“ (Papier 47, S. 6) auch die Zuwanderung zur Ausbildung als Chance begriffen, wenn z.B. gefordert wird, dass die „Mobilität der Beschäftigten innerhalb von Europa“ (Papier 60, S. 4) zu gewährleisten ist.

Weiterhin kommt in diesem Zusammenhang einer gezielten Anwerbung Bedeutung zu. Hierzu heißt es z.B.: „Anwerbung von Fachkräften muss immer sowohl die Gegebenheiten im Herkunftsland, die individuellen Umstände der Personen als auch die Anforderungen in Deutschland berücksichtigen. Damit Anwerbung aus der Sicht aller Beteiligten gelingt, muss diese fair, human, unter Beachtung der Menschenrechte und verantwortungsbewusst gestaltet werden.“ (Papier 7, S. 1)

Deutlich wird in solchen Artikulationen, in denen Menschen mit Migrationshintergrund betrachtet werden, dass kulturelle Diversität zum einen hinsichtlich ihrer Chancen und zum anderen als Herausforderung bewertet wird. Letzteres zeigt beispielsweise dieser Hinweis: „In jedem Fall erfordert Zuwanderung eine soziale Flankierung und vernünftige politische Rahmenbedingungen. Diese fehlen jedoch an vielen Stellen, weshalb Notlagen und soziale Probleme gerade bei Zuwanderinnen und Zuwanderern tendenziell zunehmen.“ (Papier 3, S. 7)

Weiterhin wird davor gewarnt, dass sich Arbeitsbedingungen verschlechtern oder die Versorgungsqualität sinkt, wenn „Zuwanderung instrumentalisiert wird, um dem bestehenden Handlungs- und Reformdruck im Arbeitsfeld der Altenpflege auszuweichen.“ (Papier 7, S. 1)

Weiter heißt es hier:

- „Die Anwerbung von ausländischen Arbeitskräften
- ist alleine keine geeignete Strategie gegen den Fachkräftemangel,
- darf nicht zur Absenkung qualitativer Standards in der Pflege,
- darf nicht zum Lohndumping führen.“ (Papier 7, S. 2)

Allein in Papier 90 werden Risiken für Missverständnisse und Konflikte in inter- bzw. transkulturellen Teams oder mit Bewohner\*innen angesprochen. Auf Folgendes wird hier aufmerksam gemacht: „Wenn solche interkulturellen Konflikte in einer Institution nicht thematisiert werden, drohen Krisen.“ (Papier 90, S. 140)

### **Artikulationen zu interkultureller Öffnung und Kompetenz**

Wird eine interkulturelle Öffnung von Einrichtungen thematisiert, wird diese ausnahmslos als positiv für die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund dargestellt. Grundsätzlich wird die Annahme verdeutlicht, dass Angebote durch eine sichtbare Diversität der Mitarbeiter\*innen optimiert werden können und sie sich dadurch stärker an den (potenziellen) Kundenbedürfnissen orientieren.

In einem Papier wird darüber hinaus auf einen strategischen Vorteil des Unternehmens verwiesen: „Interkulturelle Öffnung ist damit nicht nur eine ethische Verpflichtung, sie folgt auch unternehmerischer Rationalität.“ (Papier 45, S. 6)

Eng verknüpft wird damit regelmäßig die Erkenntnis, dass eine interkulturelle Öffnung „Fachkräfte mit interkulturellen Kompetenzen“ (Papier 1, S. 22) erfordert.

Implizit wird eine interkulturelle Kompetenz auch von den potenziell anzuwerbenden Pflegekräften erwartet. Im Rahmen einer sprachlichen und kulturellen Vorbereitung gehören neben dem Spracherwerb „Kenntnisse der Geschichte, der Lebensbedingungen und -gewohnheiten der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland einschließlich regionaler Besonderheiten“ (Papier 7, S. 4), die als Grundlage einer an der Biografie orientierten Altenpflege definiert werden. Zudem sollten „auch Konzepte zur Interkulturellen Öffnung der Einrichtungen“ (Papier 7, S. 5) zum Einsatz kommen.

### **Zum Verständnis von Interkulturalität, Transkulturalität und Kultursensibilität**

Unter den Schlagworten Interkulturalität, Kultursensibilität oder Transkulturalität wird teils differenziert darauf hingewiesen, dass es wichtig sei, den individuellen Bedürfnissen der jeweils Betroffenen gerecht zu werden und Wege zu finden, die ein möglichst vorbehaltloses Miteinander ermöglichen. Zur Umsetzung und Gewährleistung einer bedarfsgerechten (an den individuellen Bedürfnissen orientierten) Versorgung wird eine kultursensible, interkulturelle (multiperspektivische) Herangehensweise als entscheidendes Kriterium hervorgehoben.

Mit der Verwendung der Begrifflichkeiten wird zumeist gleichsam unterstellt, dass vollkommen klar zu sein hat, was darunter zu verstehen sei und wie sich eine interkulturelle bzw. transkulturelle Versorgung theoretisch fassen lässt. Nur selten finden eine theoretische Einordnung und Begründung für die Verwendung der gewählten Begrifflichkeit statt, wenn es heißt:

„Wir im Deutschen Roten Kreuz verstehen unter Interkultureller Öffnung einen selbst verantworteten, systematischen und zielgerichteten Entwicklungsprozess von Organisationen mit dem Ziel, die Bedingungen für eine umfassende und gleichberechtigte

Partizipation von Menschen mit Migrationshintergrund in allen gesellschaftlichen Bereichen herzustellen. Das setzt die Anerkennung und Wertschätzung von Vielfalt als Ressource für Innovation und gesellschaftlichen Fortschritt voraus. Und das Verständnis, dass Menschen mit Migrationshintergrund eine gleichberechtigte Rolle spielen müssen: als Klienten oder Kunden, als Mitarbeitende und Führungskräfte, als Bürgerinnen und Bürger, als Menschen und Träger von Menschenrechten.“ (Papier 45, S. 3)

In Papier 90 (S. 156) wird Transkulturalität als „ein Konzept gegen Klischees und Zuschreibungen und für die Entwicklung von Fähigkeiten zur interkulturellen Kommunikation“ definiert.

In anderen Papieren stellt sich die Frage, ob eine theoretische Auseinandersetzung stattgefunden hat, wenn formuliert wird: „Damit Menschen mit Migrationshintergrund am Lebensende gut versorgt werden, braucht es Kooperationen mit Organisationen und Vereinen von Migrant/innen. Daher sind Migrant\*innenorganisationen, Migrationsfachdienste, Glaubens- und Kulturgemeinschaften sowie interkulturelle und transkulturelle Hospizdienste in den Auf- und Ausbau regionaler Palliativnetzwerke einzubeziehen.“ (Papier 43, S. 23)

### **Positionierungen zum Umgang mit kultureller Diversität**

Im Zusammenhang mit dem Umgang mit kultureller Diversität wird die Frage nach Verantwortung für eine kultursensible Versorgung bezüglich der eigenen Verantwortung und der anderer bedeutsam.

Die Verantwortung für den Umgang mit kultureller Diversität wird in unterschiedlichem Maße verbindlich für die eigene Position proklamiert. So heißt es beispielsweise: „Als erster Schritt will das DRK sich selbst aufnahmefähig und integrationsfähig im Rahmen des Projekts „Interkulturelle Öffnung des DRK“ machen; auch um den Ansprüchen an eine nationale Rot-Kreuz-Gesellschaft zu genügen, so weit als möglich Abbild der Gesamtgesellschaft zu sein.“ (Papier 44, S. 14) Eher implizit und unspezifisch wird dagegen in Papier 31 der eigenen Verantwortung Ausdruck verliehen: „Eine Überprüfung einer Institution/eines Betriebes hinsichtlich der Wirksamkeit und Umsetzung der Leitbilder könnte beispielsweise durch eine Evaluation der Zielgruppen bezüglich des Einschlusses gesundheitlich benachteiligter Personengruppen erfolgen.“ (S. 43)

Vornehmlich wird Verantwortung an andere Akteur\*innen herangetragen. So wird sie als Aufgabe für Mitarbeitende in Organisationen verortet, die damit z.B. als Pflegekräfte gleichermaßen verantwortlich für den Erwerb kultureller Kenntnisse, die als Teil interkultureller oder transkultureller Kompetenzen als wichtig erachtet werden, sind (siehe oben).

Teils wird dies im Rahmen einer Organisationsentwicklung als Ziel formuliert: „Das Ziel der Organisationsentwicklung, des Lernens der Menschen in der hier vorgestellten Organisation, ist die Entwicklung transkultureller Kompetenz.“ (Papier 90, S. 155)

Hinsichtlich der Vermittlung von Kompetenzen im Bereich der Palliativversorgung wird der Ausbau von Fort- und Weiterbildungsangeboten empfohlen. Hierfür seien die Verbände und

Fachgesellschaften der unterschiedlichen Gesundheits- und Sozialberufe – darunter beispielsweise die Ärztekammern, Apothekerkammern, Pflegekammern –, aber auch einschlägige Bildungseinrichtungen zuständig. „Dabei sollte kein Versorgungsbereich ausgenommen werden und insbesondere auch für die speziellen Bedarfs- und Problemlagen von alten Menschen, Menschen mit Behinderungen, Menschen mit Demenz oder auch von Migrant/innen sensibilisiert werden.“ (Papier 43, S. 20)

Die Erwartung, Verantwortung für eine interkulturelle Öffnung von Einrichtungen oder Angeboten Sorge zu tragen, wird deutlich in Verbindung mit Forderungen, die z.B. wie folgt formuliert werden: „Darüber hinaus sollten die Angebote der Krankenkassen interkulturell geöffnet und neben der Beratung vor Ort auch barrierefrei auf einer Internetplattform zur Verfügung gestellt werden.“ (Papier 43, S. 10)

In Bezug auf die Gestaltung kulturkreisbezogener Angebote wird gefordert, „dass dieser Aspekt in der finanziellen Förderung der Krankenkassen besonderes berücksichtigt wird, denn besondere Angebote bedürfen mit Blick auf Qualifikation und personelle Ausstattung einer besonderen Förderung.“ (Papier 36, S. 2-3)

An den Gesetzgeber wird hinsichtlich des Gesetzentwurfes zu Hospiz- und Palliativgesetz die Forderung gerichtet, „dass im Gesetzentwurf systematisch zu ergänzen ist, dass den besonderen Belangen von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung, suchtkranken und wohnungslosen Menschen, aber auch Menschen mit Behinderung und Menschen mit Migrationshintergrund besonders Rechnung zu tragen ist.“ (Papier 35, S. 2)

#### **7.6.2.4 Artikulationen von Selbstbestimmung und Dimensionen kultureller Diversität**

In allen Papieren werden bestimmte Werte und Dimensionen von Diversität in den verschiedensten Varianten und Figurationen thematisiert. So nimmt zum Beispiel die Auseinandersetzung mit der Gruppe der Menschen mit Behinderung und Gerechtigkeit oder Selbstbestimmung und Teilhabe einen großen Raum ein, wenn es um das Verhältnis von Leistungen der Eingliederungshilfe versus Leistungen der Pflegeversicherung geht. Hinsichtlich der Frage der Wohn- und Aufenthaltsorte Pflegeheim versus Hospiz steht die damit einhergehende soziale Ungleichheit von Menschen am Lebensende im Fokus des Diskurses.

In den Papieren, in denen kulturelle Diversität eine Rolle spielt, werden als Werte u.a. Gerechtigkeitsfragen, die Würde des Menschen und Selbstbestimmung thematisiert.

Bevor auf die Artikulationen zu Selbstbestimmung und ihre Verknüpfungen im Kontext dieser Papiere exemplarisch näher eingegangen wird, soll kurz auf die sich grundsätzlich zeigenden **Figurationen von Selbstbestimmung** eingegangen werden.

Im Zusammenhang mit Selbstbestimmung wird entweder die Anerkennung derselben als ein zu achtendes Recht, „über sich selbst zu bestimmen“ (Papier 64, S. 1), oder eine Zielorientierung verdeutlicht, die ein aktives Handeln erfordert, um sie zu ermöglichen, wiederherzustellen

oder zu stärken, wenn es beispielsweise heißt: „Die in diesem Papier vorgeschlagenen Lösungsansätze haben deshalb neben der Verbesserung physischer und psychischer Gesundheit auch den Bereich der Bildung, Prävention und Gesundheitsförderung, der Stärkung der Selbstbestimmung und der Stärkung von Widerstandskräften, aufbauend auf den Ressourcen der sozial Benachteiligten, zum Ziel.“ (Papier 31, S. 34)

Darüber hinaus zeigt sich, dass im Kontext der Hospiz- und Palliativversorgung Selbstbestimmung eher in Kombination mit Würde gedacht wird: „Beratungsangebote sollten darauf ausgerichtet sein, die Würde des Sterbenden, seine Selbstbestimmung zu stärken und die Sorge um Lebensqualität auch in der letzten Lebensphase in der stationären Altenpflege im Blick haben. (Papier 29, S. 6)

Wenngleich sich diese Verbindung teils auch im Kontext der pflegerischen Versorgung zeigt, wird hier Selbstbestimmung stärker mit Teilhabe verknüpft: „Ziel des Besuchsdienstes ist es, die Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben von älteren und pflegebedürftigen Menschen zu fördern.“ (Papier 46, S. 3)

Insgesamt zeigt sich, dass Achtung oder Ermöglichung von Selbstbestimmung als ein entscheidendes Kriterium für die Umsetzung von Unterstützungsleistungen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung oder in der Begleitung von Sterbenden gesetzt wird. Darüber hinaus bleibt der Begriff Selbstbestimmung wie auch Würde abstrakt und wird regelmäßig nicht näher erläutert.

In den Papieren, in denen nun sowohl kulturelle Diversität wahrgenommen als auch Selbstbestimmung als Recht oder Orientierung als handlungsweisend ausgewiesen wird, stehen die jeweiligen Aussagen nicht in einem direkten Zusammenhang zueinander. Vielmehr werden Aussagen, in denen sich der Fokus in Bezug auf Menschen mit Migrationshintergrund auf die Kulturbedingtheit von Bedürfnissen oder fehlende interkulturelle Kompetenzen richtet, von Aussagen zu anerkannten Bezugsgrößen wie Selbstbestimmung gerahmt.

Beispielsweise wird in Papier 34 ausgeführt: „Angesichts der steigenden Zahl von Menschen mit Migrationshintergrund muss deren bedarfsgerechte Versorgung durch eine interkulturelle Öffnung der Versorgungsprozesse verbessert werden.“ (S. 19)

Diese Aussage wird bedeutsam gerahmt durch eine vorherige Artikulation zu Selbstbestimmung. Dazu heißt es in Papier 34: „Besonders kranke und pflegebedürftige Menschen sind darauf angewiesen, dass ihre besonderen Bedarfe entsprechend diesem Grundsatz der Achtung der Menschenwürde befriedigt werden, und zwar so, dass ihr Recht auf Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe möglichst wenig eingeschränkt wird.“ (S. 10)

Damit wird angenommen und vorangestellt, dass Menschen mit einem Hilfe- oder Pflegebedarf oder in ihrer letzten Lebensphase selbstbestimmt Entscheidungen treffen (können und wollen).

Wie bereits weiter oben ausgeführt wurde, richtet sich der Fokus in Bezug auf Menschen mit Migrationshintergrund auf die Kulturbedingtheit von Bedürfnissen oder fehlende interkulturelle Kompetenzen. Die Pluralität und Heterogenität von Lebensstilen und Wertvorstellungen wird durchaus anerkannt und fokussiert - jedoch immer rückbezüglich mit gesellschaftlich anerkannten Bezugsgrößen, die Leitbilder einer gesundheitlichen pflegerischen Versorgung repräsentieren. Dies lässt differierende Vorstellungen von Selbstbestimmung in den Hintergrund geraten.

#### **7.6.2.5 Zwischenfazit zu den Artikulationen kultureller Diversität**

Insgesamt ist festzustellen, dass eine intensivere Auseinandersetzung mit Diversität in den themenbezogenen Grundsatzprogrammen als in den Stellungnahmen zu den Gesetzgebungsverfahren stattfindet. Je konkreter die Positionierungen zur Bedeutung bestimmter Differenzmerkmale werden, desto unspezifischer werden die Artikulationen der aufgestellten Forderungen im Hinblick auf die Versorgung der Adressat\*innen.

Insgesamt zeigt sich, dass Diversität vor allem als Kennzeichen von Gemeinsamkeiten und Unterschieden von Gruppen, aber selten als etwas verhandelt wird, das mit einer Haltung oder einem Verhalten zu tun hat, also über die Vermittlung bzw. den Erwerb (vermeintlich) kultur-/herkunftsspezifischer Kenntnisse hinaus geht. So stellt sich nicht nur die Frage, was denn genau die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund sind, sondern auch, welche regionalen Unterschiede in Deutschland denn für die ausländischen Pflegekräfte als relevant zu gelten haben, um den älteren in Deutschland lebenden Pflegebedürftigen gerecht zu werden.

Ebenso wird eine Perspektive auf intersektionale Verknüpfungen, transkulturelle oder ethische Implikationen von Diversität nur am Rande liegend eingenommen. Überschneidungen von kultureller Diversität mit anderen Differenzmerkmalen werden gewissermaßen sehr verschiedenartig deskriptiv benannt. Eine darauf bezogene theoretisch begründete Auseinandersetzung findet dagegen nur ausnahmsweise statt.

Aus einer intersektionalen Perspektive wird deutlich, dass die Heterogenität der Zielgruppen bzw. Adressat\*innen zwischen oder innerhalb von genannten Gruppen unsichtbar bzw. aus einem diskursanalytischen Blick unsagbar bleibt.

Aufgezeigt wurde weiterhin, dass mögliche Kosten oder Herausforderungen, die die Gestaltung interkulturell geöffneter oder bedürfnisspezifisch ausgerichtete Angebote mit sich bringen können und über die bestehenden Rahmenbedingungen nicht refinanziert werden können, nicht konsequent angesprochen werden. Insofern werden auch damit zusammenhängende denkbare Problematiken nicht thematisiert. Damit wird kulturelle Diversität nur marginal als Gefahr für Diskriminierung oder als ethische, weil gerechtigkeitserhebliche, Herausforderung thematisiert.

Inwieweit die begrenzte Auseinandersetzung mit Selbstbestimmung zu einem Exklusionsrisiko für Personen wird, die alternative Vorstellungen zu Selbstbestimmung teilen, soll in der weiteren Diskussion, in der die Ergebnisse der Sekundäranalyse und Expert\*inneninterviews zusammengeführt werden, aufgegriffen werden.

Vor diesem Hintergrund kann jedoch bereits festgestellt werden, dass im gesundheits- und pflegepolitischen Diskurs zum einem mehr bzw. mit mehr Konsistenz über die Bedeutungen kultureller Diversität gesprochen werden sollte und zum anderen als entscheidend anzusehen ist, wie von Interkulturalität und Kultursensibilität gesprochen wird.

### **7.6.3 Artikulationen von Gerechtigkeit und Dimensionen von Ungleichheit am Beispiel parteipolitischer Positionspapiere**

Die weiteren ausgewählten Ergebnisse zu den Artikulationen von Gerechtigkeit und Dimensionen von Ungleichheit, die im Folgenden vorgestellt werden, beruhen auf der Analyse der Stellungnahmen und Positionspapiere der politischen Parteien zu den unterschiedlichen Gesetzgebungsverfahren, die auf eine Verbesserung der pflegerischen Versorgung sowie der Hospiz- und Palliativversorgung abzielten.

**Artikulationen von Gerechtigkeit** finden sich ausdrücklich in Verbindung zu Aspekten von Pflegeleistung und -steuerung: Hinsichtlich der Pflegeversicherung „[...] darf aber vor allem aus Gründen der Generationengerechtigkeit keine Vollkasko-Mentalität entstehen.“ (Papier 63, S. 2). Eine weitere Explikation findet sich in der Aussage: „Wir brauchen endlich flächendeckend eine gerechte Bezahlung in der Pflegebranche!“ (Papier 81, S. 2), wonach der Gerechtigkeitsbegriff an dieser Stelle mit monetären Leistungen in Form einer gerechten Entlohnung in Beziehung gesetzt wird.

Implizite und antagonistische Verwendungen des Begriffs der Gerechtigkeit nehmen insbesondere die Gestalt kritischer Äußerungen gegenüber den etablierten Verhältnissen an. Beispielweise wird postuliert, dass „die bestehenden Ungerechtigkeiten“ (Papier 15, S. 16) in der Pflegeversicherung mit der Maßnahme einer Bürgerversicherung beendet werden könnten.

Außerdem wird Gerechtigkeit in einer unspezifischen Weise zu den angrenzenden Themen von Solidarität und (Un)Gleichheit formiert. Der Zusammenhang zum sozialemischen Prinzip der Solidarität zeigt sich, insofern Pflege eine „gerechte [...] und solidarische Versicherung braucht“ (Papier 81, S. 2) und damit das Versicherungssystem als Bedingung der Pflege formuliert ist oder die Bürgerversicherung durch die Formulierung „[d]ie Bürger-Pflegeversicherung ist solidarisch und gerecht“ (Papier 15, S. 18) als eine vermeintlich gerechte konstatiert wird. Wobei nicht weiter ausdifferenziert wird, in welchem Verhältnis Gerechtigkeit und Solidarität zueinanderstehen.

Ebenso unausgesprochen bleibt das Verhältnis von Gerechtigkeit und (Un)Gleichheit, wenn der Gerechtigkeitsbegriff thematisch in die Nähe der „Zwei-Klassen-Pflege“ (Papier 61, S. 5)

gerückt wird oder die Hospiz- und Palliativversorgung als ein „flächendeckendes Angebot“ (Papier 80, S. 1) angekündigt wird, wodurch „alle Menschen dort, wo sie ihre letzte Lebensphase verbringen, auch im Sterben gut versorgt und begleitet werden.“ (Papier 80, S. 1). Weiterhin wurde die Frage der Anerkennung des Pflegeberufs mit der Frage nach Umverteilung von Pflege zwischen Männern und Frauen zur Sprache gebracht (Papier 13, S. 1), wobei mögliche Konsequenzen nicht konkretisiert werden.

Artikulationen von Gerechtigkeit in Verbindung mit den Leistungsempfängern oder Leistungserbringern von Pflegeleistungen verbleiben auf einer allgemeinen Ebene. Eine der wenigen Äußerungen, in denen Gerechtigkeit im Zusammenhang mit Differenzmerkmalen gebracht wird, finden sich z.B. in Papier 18 (S. 2), in dem sich die Anerkennung von Abhängigkeit aufgrund von Pflegebedürftigkeit entweder auf Kinder oder alte Menschen als bestimmte Altersgruppen bezieht. Menschen mit Behinderung werden ebenfalls nur ausnahmsweise als Zielgruppe der Pflege oder Palliativversorgung explizit adressiert. So sind sie im Rahmen der Pflegeausbildung als Menschen „mit dem Wunsch nach einer selbstbestimmten Lebensführung [...] mitzudenken (Papier 13, S. 1).

Für die sich überwiegend zeigenden Verkettungen von Gerechtigkeit mit Leistungs- und Strukturprinzipien der Pflege wurden zwei zu unterscheidenden Figurationen identifiziert.

#### **7.6.3.1 Figurationen von Gerechtigkeit**

In der **Figuration von Forderungen und Gerechtigkeit** lassen sich Forderungen mit Appellcharakter von Forderungen mit normativem Charakter unterscheiden. Wird die Figuration in Hinblick auf (unspezifisch) deklarierte Pflegeleistungen verwendet, z.B. wenn es heißt: „Pflegeleistungen sollen individuell, gendergerecht und kultursensibel angeboten werden“ (Papier 61, S. 6) oder nach einer „gerechten [...] Betrachtung der Pflegebedürftigen“ (Papier 81, S. 1) verlangt wird, richten sich die Forderungen appellativ an Akteure der pflegerischen Versorgung.

Die Verbindung wird dagegen eindeutig hergestellt, wenn es um finanzielle Fragen zur Pflegeleistung geht, also monetäre Aspekte der Pflegeversicherung angesprochen werden. So wird darauf verwiesen, dass eine finanzielle Absicherung des Pflegerisikos im Rahmen der Pflegeversicherung „den Einzelnen nicht davon entbinden, seine Eigenverantwortung und Eigeninitiative zur Absicherung des Pflegerisikos [...] wahrzunehmen.“ (Papier 18, S. 1). Darüber hinaus wird eine „tarifgerechte Bezahlung“ (Papier 18, S. 2) der Pflegefachkräfte aufgegriffen und gefordert.

Identifiziert wurden weitere Forderungen, die auf (bedarfs)gerechte Strukturen abzielen. So bezieht sich in Papier 61 eine Forderung auf die gerecht organisierte „sozialstaatliche Steuerung der Pflege“ (S. 5), die „bedarfsdeckend und zugänglich für alle Menschen“ (S. 5) ist. Oder es wird ein „Rechtsanspruch auf allgemeine Palliativversorgung für alle [...]“ (Papier 59,

S. 2) verlangt. Wobei auch hier die Vielfalt individueller Bedürfnisse und Bedarfe unerwähnt bleibt.

Die zweite **Figuration von Assertionen und Gerechtigkeit** zeichnet sich dadurch aus, dass Gerechtigkeit mit Hilfe von Behauptungen thematisiert wird. Hierbei wird Gerechtigkeit zur Kritik oder Legitimierung von Positionen verwendet, die sich jeweils auf pflegespezifische Leistungsaspekte und Strukturen beziehen. Kritisch angemerkt wird z.B. in Papier 61, dass „Leistungsverbesserungen“ (S. 1) durch das ratifizierte Pflegestärkungsgesetz (hier das PSG 1) nicht gerecht erfolgen. Damit wird die gestellte Forderung hinsichtlich einer gerechteren Pflegeleistung und verstärkten sozialstaatlichen Verantwortung in der Pflege legitimiert. Die Behauptung, die Einteilung entsprechend der neuen Pflegegrade schaffe „mehr Gerechtigkeit, zumal Menschen mit Demenz angemessen berücksichtigt werden“ (Papier 18, S. 3), legitimiert dagegen die Position, an der sich bewährten Pflegeversicherung als Säule der gesetzlichen Sozialversicherung grundsätzlich festzuhalten. Vergleichbar verhält es sich mit der Behauptung, „die häufig geforderte Akademisierung des Pflegeberufes werde das Problem nicht lösen.“ (Papier 63, S. 2), mit der ein Festhalten an einer Pflegeausbildung begründet wird.

### **7.6.3.2 Zwischenfazit zu Artikulationen von Gerechtigkeit und Dimensionen von Ungleichheit**

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich die Rede über Gerechtigkeit im pflegepolitischen Feld insbesondere durch allgemein gehaltene und daher uneindeutige Referenzen charakterisieren lässt. Durch die stets konvergenten Artikulationspraktiken, in denen Gerechtigkeit vornehmlich in Bezug zu Pflegeleistung und -struktur gesetzt wird, zeichnet sich ab, dass der eigentliche Möglichkeitsraum des Sprechens über Gerechtigkeit hinsichtlich der pflegerischen Versorgung am Lebensende stark umkämpft bleibt. Der Komplexität und Reichweite des ethischen Begriffs der Gerechtigkeit im Kontext von Care wird in der politischen Diskussion lediglich begrenzt Rechnung getragen.

Ein Zusammenhang zu spezifischen Differenzkategorien bleibt marginal. Individualethische Auswirkungen sozialer Ungleichheit werden weitgehend von Fragen der Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit überlagert, die sich nach wie vor stellen. Dies zeigt u.a. die aktuelle Situation der ungleichen Finanzierung eines Pflegeheimplatz im Vergleich zu einem Hospizplatz, für den jeden Monat erheblich mehr für pflegerische Leistungen ausgegeben wird, obwohl sich die Bedürfnisse der schwerkranken und sterbenden Menschen nicht grundlegend unterscheiden dürften [49] und mithin gleichermaßen als eine sozial- wie individualethische Problematik zu thematisieren wäre.

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Diversität der alternden Gesellschaft, die für die Versorgung am Lebensende mit den beschriebenen gerechtigkeitserheblichen Herausforderungen verbunden sind, zeigt sich einmal mehr, dass es im pflegepolitischen Diskurs zukünftig

nicht mehr nur um die Verteilung von Ressourcen pflegerischer Leistungen durch das Gesundheitssystem gehen kann. Vielmehr ist den sozialen Bedingungen größere Aufmerksamkeit zu schenken, wenn es darum geht, dem Anspruch an eine bestmögliche pflegerische Versorgung am Lebensende aller Menschen unabhängig von ihren individuellen, soziokulturellen und religiösen Bedürfnissen und Zugehörigkeiten gerecht zu werden und damit würdige Bedingungen des Sterbens zu schaffen [5].

Aufgegriffen wurde der Ansatz der Intersektionalität als sensibilisierendes Konzept für die Untersuchung eines Diskurses, der darauf abzielte, Ungleichheit, die Verwobenheit differenzierender, hierarchisierender und bedeutungstiftender Kategorien zu care-ethisch relevanten Dimensionen von Gerechtigkeit in Beziehung zu setzen. Aus einer intersektionalen Perspektive zeigt sich, dass eine kritische theoretisch fundierte Vorstellung von Differenz in relevante ethische Prinzipien der pflegerischen Versorgung am Lebensende aufzunehmen ist, die eine durchdachte Vorstellung von Interkulturalität einschließt [77]. Zudem sollten in diesem Versorgungsbereich für die ethische Bewertung von Versorgungssituationen und als Argumentationsgrundlage für die Gestaltung der Rahmenbedingungen care-ethische Ansätze, die in den vergangenen Jahren weiterentwickelt wurden, in höherem Maße einbezogen werden [70].

In diesem Kontext wird darauf verwiesen, dass die Erkenntnisse zur gesundheitlichen Ungleichheit als Frage der sozialen Gerechtigkeit stärker in den Fokus rücken, die die Handlungsbefugnisse des Sozialstaats, der für den Schutz der Bevölkerungsgesundheit und die Wahrung der sozialen Gerechtigkeit verantwortlich ist, expandieren lassen [34].

#### **7.6.4 Diskursanalyse der Leitbilder der Einrichtungen**

Die Grundlage für die Untersuchung der Leitbilder stellt die Annahme dar, dass sie die Prinzipien, Werte und Handlungsrichtlinien einer Organisation explizieren. Dabei handelt es sich um „sozial geteilte Vorstellungsmuster von einer erwünschten bzw. wünschbaren und prinzipiell erreichbaren Zukunft, die durch entsprechendes Handeln realisiert werden soll“ [26, S. 38]. Da sich in Leitbildern oftmals eher Aussagen mit einem geringen Konkretisierungsgrad finden, denen nur schwer etwas entgegengesetzt werden kann, ist fraglich, welche Bedeutung Leitbildern zugeschrieben werden kann bzw. ob sie eher „Schauseite einer Organisation“ [56, S. 15] oder tatsächlich ihre „Selbstverpflichtung“ [26, S. 86] darstellt. Um eine verändernde Wirkung zu entfalten, müssen sich die formulierten Ziele, Grundwerte oder Wünsche mit der gegebenen Unternehmenskultur decken und eine Identifikation der Mitarbeiter\*innen und Adressat\*innen der Öffentlichkeit ermöglichen [26]. So sollte beispielsweise das Vorhaben einer interkulturellen Öffnung im Leitbild einer Organisation verankert sein, aus dem strategische und operative Ziele und konkrete Handlungsmaßnahmen zur Kultursensibilität abgeleitet werden können, um strategische Relevanz zu entfalten [85].

In Bezug auf die eigene Untersuchung interessierte zunächst, welche Werte in den Leitbildern explizit gemacht werden und in welcher Weise Diversität thematisiert wird, um im Weiteren herauszuarbeiten, welche Positionen des Diskurses um eine diversitätssensible bzw. interkulturelle Versorgung in den Leitbildern der Einrichtungen, in denen die interviewten Führungskräfte beschäftigt waren, aufgegriffen werden.

#### **7.6.4.1 Materialkorpus der Diskursanalyse der Leitbilder**

Bei der Zusammenstellung dieses zweiten Materialkorpus wurde deutlich, dass nicht alle Einrichtungen über ein sogenanntes Leitbild verfügen bzw. dies nicht in allen Fällen explizit als solches gekennzeichnet war. Im Fall, dass kein Leitbild als solches vorlag, wurden vergleichbare Statements bzw. Formulierungen zu den Zielen und Werten der Einrichtung einbezogen. Für eine Einrichtung konnte kein entsprechendes Textdokument in die Analyse einbezogen werden. Vier Einrichtungen verfügten sowohl über ein angebotsspezifisches Leitbild als auch über ein Leitbild ihres Trägers, sodass in diesen Fällen beide Leitbilder in die Analyse einbezogen wurden. In allen anderen Fällen wurde entweder das Leitbild der Einrichtung oder des jeweiligen Trägers analysiert. Einige Einrichtungen, in denen die Interviews geführt wurden, gehören gleichen Trägern an, sodass drei Leitbilder (LB 2, 4 und 7) für je zwei Einrichtungen relevant waren, und ein Leitbild (LB 15) bezog sich auf drei Einrichtungen eines Trägers. Insgesamt wurden 27 Leitbilder analysiert (siehe Tabelle 3 und Anhang). Sie wurden im Jahr 2018 auf den Webseiten der Institutionen recherchiert. Die Leitbilder wurden zwischen 1997 und 2018 veröffentlicht, wobei einige Leitbilder nicht datiert waren. Sie stammen sowohl von bundesweit als auch nur regional agierenden Trägern bzw. Unternehmen oder Vereinen, die in unterschiedlicher Trägerschaft Einrichtungen im ambulanten wie stationären Versorgungsbereich betreiben. Der Umfang der Leitbilder variiert zwischen wenigen Sätzen und mehreren Seiten Text. In 15 Leitbildern wird auf eine bestimmte Konfession oder Weltanschauung als Grundlage Bezug genommen.

Die Darstellung der Leitbilder, die teils für einzelne Einrichtungen oder Vereine mit einer geringen Anzahl von Mitarbeiter\*innen bzw. Führungskräften gelten, erfolgt in anonymisierter Form, um Rückschlüsse auf die Person der interviewten Mitarbeiter\*in der einbezogenen Einrichtung zu verhindern.

Tabelle 3: Übersicht Leitbilder

	<b>Merkmale</b>	<b>Anzahl Leitbilder (n=27)</b>
<b>Träger</b>	freigemeinnützig	11
	kirchlich	10
	privat	6
<b>Konfession/ Weltanschauung</b>	christlich	10
	buddhistisch	2
	islamisch	2
	humanistisch	1
	ohne/übergreifend	12
<b>Versorgung, am- bulant</b>	Unterstützung familiärer Pflege	7
	Pflegedienst/Tagespflege	5
	Hospizdienst	6
<b>Versorgung, stati- onär</b>	Pflegeheim	4
	Geriatric	2
	Hospiz und Palliativstation	5

#### 7.6.4.2 Werte und Werthaltungen

In den Leitbildern werden teils bestimmte teils mehrere Werte explizit adressiert. Werte werden als Grundlage oder Ziel des Handelns behauptet.

##### **Auf der Grundlage von bestimmten Werten handeln**

###### *Werte als Bestandteil des Trägerkonzepts*

In acht Leitbildern der kirchlichen Träger und Einrichtungen stellen explizit „christliche Werte“ die Basis des Handelns dar, durch die sie „den Zielen des Friedens, der Gerechtigkeit und der Bewahrung der Schöpfung verpflichtet“ (z.B. LB 2) sind.

Ein Träger orientiert sich an buddhistischen Werten (LB 12, 13). Eine Einrichtung bezieht sich auf die kulturellen Traditionen des sunnitischen Islam und die „Sozialethik“ (LB 27).

Die Werte wie Frieden, Gerechtigkeit oder Nachhaltigkeit stellen in fünf Leitbildern auch für nicht konfessionell orientierte Träger die Grundlage ihres Handelns dar. Darüber hinaus werden Werte wie Freiheit, Demokratie oder Humanismus (z.B. in LB 1, 25), der in LB 22 klar von religiösen Werten abgegrenzt wird, als Grundlage ihres Tuns benannt.

###### *Werte und Prinzipien als Orientierung*

In den Leitbildern finden sich darüber hinaus weitere grundlegenden Werte oder Prinzipien, die als bedeutsam hervorgehoben werden.

„Wir achten die **Würde** jedes Menschen.“ (LB 16) Von der Würde des Menschen ist in sieben Leitbildern ausdrücklich die Rede. Neben der Achtung des Menschen als „Persönlichkeit mit unverlierbarer Würde“ (LB 17) wird der Anspruch auf ein „menschenwürdiges Leben“ (LB 19) oder „würdevolles Leben“ (LB 27) in Verbindung mit den Zielen der Einrichtung formuliert.

Eine Bedeutung von Selbstbestimmung lässt sich in sechs Leitbildern zum einen als Achtung der Selbstbestimmung, als eine vorhandene Eigenschaft/Fähigkeit der Zielgruppe, interpretieren, wenn formuliert wird: „Dabei werden die **Selbstbestimmung** und **Eigenverantwortung** der Bewohnerinnen und Bewohner für ihre eigene Lebenssituation und Gesundheit geachtet.“ (LB 2) Zum anderen kann in acht Leitbildern das Verständnis von Selbstbestimmung als eine Fähigkeit, die es beispielsweise durch „Informationen“ (LB 3) zu ermöglichen gilt, interpretiert werden.

Weiterhin wird der Begriff **Verantwortung** in zahlreichen Leitbildern in unterschiedlicher Ausprägung aufgegriffen und adressiert. In den Leitbildern geht es entweder um die Eigenverantwortung der Zielgruppe (siehe oben LB 2) oder der Mitarbeiter\*innen, von denen die Übernahme von Verantwortung erwartet wird: „Die Mitarbeiter/innen [...] sollen die Aufgaben weitgehend selbständig und in eigener Verantwortung nach den hier beschriebenen Grundsätzen wahrnehmen und dazu beitragen, dass [...] die Ziele optimal [...] erfüllt werden.“ (LB 7) Geht es um Fragen der Verantwortung als Unternehmen, die in zehn Leitbildern zur Sprache kommen, werden der verantwortungsbewusste Umgang mit Ressourcen im Sinne der Wirtschaftlichkeit oder der Nachhaltigkeit sowie hinsichtlich der Kompetenz der Mitarbeiter\*innen thematisiert.

Die Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen wird nicht immer explizit als Frage unternehmerischer Verantwortung verhandelt. Deutlich wird in 13 Leitbildern, dass die Wirtschaftlichkeit als ein wesentliches Prinzip ihrer Einrichtung zugesichert wird: „Wir handeln nach sozialen, wirtschaftlichen und ökologischen Prinzipien.“ (LB 19)

Das Verständnis von **(Für)Sorge** kommt in zehn Leitbildern als Sorge um den anderen zum Ausdruck. So wird z.B. in LB 9 den Menschen zugesichert, dass ihnen „bei uns Fürsorge und achtsame Zuwendung“ zukommt oder es wird die „Fürsorglichkeit [...] als fester Bestandteil des sozialen Handelns“ (LB 25) beschrieben.

In fünf Leitbildern geht es spezifischer um die Sorge als Hilfe in „komplexen Notlagen“ (LB 20) oder „Krisensituationen“ (LB 11).

Seltener und überwiegend implizit wird in fünf Leitbildern die Selbstsorge als ein Verständnis von Sorge thematisiert, wenn es um die „Befähigung zur Selbsthilfe und Selbstorganisation“ (LB 7) geht oder folgendes festgestellt wird: „Als Gebende sind wir auch Empfangende. Als Helfer sind wir zugleich Hilfsbedürftige.“ (LB 16)

Eng verknüpft mit Formulierungen zur Fürsorge sind Aussagen, die die **Solidarität** betreffen. So wird in LB 1 „Miteinander – Füreinander – Solidarität leben“ als Leitmotiv des Trägers formuliert. Solidarisches Handeln wird im Kontext Nachbarschaft als gegenseitige Unterstützung (z.B. in LB 3) oder auch gegenüber den „Schwachen und Fremden“ (LB 16) der Gesellschaft als Handlungsmaxime formuliert.

Ein weiterer Fokus lag in der Analyse der Artikulationen von **Gerechtigkeit**. In elf Leitbildern wird Gerechtigkeit explizit zum Thema, wenn es um die Zusicherung der Gestaltung – „Die Angebote in unserem Haus sind [...] bedarfsgerecht.“ (LB 2) – oder einen Beitrag zu „zur bedarfsgerechten [...] Versorgung von Einzelnen und Gruppen“ (LB 4) geht.

In drei Leitbildern geht es um Fragen einer gerechten Verteilung und Finanzierung von Leistungen. Behauptet wird, dass sich die Träger für eine „sozial gerechte Gesellschaft“ (LB 10) einsetzen oder die „Gerechtigkeit für die Armen“ (LB 20) in den Blick nehmen. Ein Träger lehnt aus Gerechtigkeitsgründen „eine Leistungsbegrenzung aufgrund des Alters, der sozialen Herkunft oder wegen einer Behinderung [...] ab.“ (LB 17)

In einem Leitbild wird die „Gleichstellung von Mann und Frau“ gefordert und in einem weiteren wird die Sorge um die Generationengerechtigkeit thematisiert und mit dem Ziel verbunden, unterschiedliche Generationen in der Nachbarschaft zusammenzubringen.

Insofern spielen gerechtigkeitserhebliche Erwägungen eine eher untergeordnete Rolle in den Leitbildern. Dass sich die Träger und Einrichtungen mit Fragen der sozialen Ungleichheit oder Ungerechtigkeiten auseinandersetzen, wird nur dann implizit erkennbar (mit Ausnahme von LB 17), wenn in den Leitbildern bestimmte Differenzmerkmale benannt werden, die theoretisch mit einer ungerechten Ungleichbehandlung in Verbindung stehen (siehe „Bedeutungen von Diversität“).

### **Werthaltungen als Maßstab des gegenseitigen Umgangs und der Begegnung**

In elf Leitbildern werden zudem Werte adressiert, indem bestimmte Formen des Umgangs hervorgehoben werden, mit denen die Werte oder Prinzipien erreicht werden sollen. So stellen z.B. „Wertschätzung, Respekt, Verständnis und Sensibilität“ wie in LB 19 oder „Respekt, Einfühlung und Achtsamkeit“ (LB 10) Begriffe dar, mit denen sowohl auf den Umgang mit der Zielgruppe als auch den Umgang der Mitarbeiter\*innen untereinander abgehoben wird.

#### **7.6.4.3 Bedeutungen von Diversität**

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass mit den Leitbildern eine Offenheit gegenüber allen Menschen und eine Anerkennung von Differenzen bei den Adressat\*innen der Zielgruppe signalisiert werden soll.

In den Leitbildern wird die Zielgruppe als Bewohner\*innen, Kund\*innen, Patient\*innen oder Bürger\*innen beschrieben. Die Leitbilder unterscheiden sich dabei in Bezug auf eine gender-

sensible Schreibweise, die in elf Leitbildern genutzt wird. In sieben Leitbildern wird eine genderneutrale Sprache verwendet, indem stets von Menschen oder Personen die Rede ist. In zwei Leitbildern wird eine gendersensible Schreibweise nicht konsequent beachtet, wenn z.B. von „Kunden und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern“ (LB 25) die Rede ist. In sieben Leitbildern wird auf eine gendersensible Schreibweise verzichtet, wobei in einem Leitbild ausschließlich die weibliche Form genutzt wird.

### **Diversität als Vielfalt der Zielgruppe(n)**

Ein Bewusstsein über die Diversität der Zielgruppen kommt in fast allen Leitbildern zum Ausdruck. Nur in zwei Leitbildern fand sich keine Aussage, die Diversität in irgendeiner Form thematisiert.

#### *Angebote für Alle, „unabhängig von“ ...*

In 15 Leitbildern finden sich Formulierungen, die deutlich machen sollen, dass sich die Angebote an „jeden Menschen“ oder „alle Menschen“ mit einem entsprechenden Bedarf an Unterstützung und Hilfe richten. Eine Anerkennung von Differenz wird durch die Formulierung „unabhängig von [...]“ erkennbar.

Die Aufzählung von Differenzmerkmalen variiert dabei in der Wahl der Dimensionen, der Anzahl oder Kombination der genannten Merkmale. Explizit genannt werden: Alter (n=12), Religion/Konfession/Weltanschauung (n=13), Klasse (n=8), Nationalität oder (ethnische) Herkunft (n=8), Geschlecht (n=5), sexuelle Orientierung (n=3), Hautfarbe (n=2), Behinderung (n=3), parteipolitische Zugehörigkeit (n=2).

#### *Individualität und Einzigartigkeit der Menschen*

Eine weitere Form der Artikulation, durch die eine Anerkennung von Differenz implizit erkennbar wird, findet sich in elf Leitbildern. Hier wird eine Verknüpfung zwischen der Individualität oder Einzigartigkeit der Menschen mit ihren individuellen Bedürfnissen und den Angeboten hergestellt, mit denen die unterschiedlichen Bedürfnisse der Zielgruppen berücksichtigt werden sollen und können. Orientierung bietet die Biografie oder Lebensgeschichte des Einzelnen (z.B. LB 19, 27). In anderen Leitbildern wird hervorgehoben, dass „was der einzelne Mensch braucht, [...] was er will“ (LB 16) das ist, was zählt.

#### *Angebote für spezifische Gruppen*

In drei Leitbildern wird ein Bewusstsein von Diversität dadurch deutlich, dass die Einrichtungen ihre Angebote auf bestimmte Gruppen ausgerichtet haben. In einem Leitbild versteht sich der Träger explizit als „Interessenvertretung religionsfreier Menschen“ (LB 22). In zwei weiteren wird auf kulturspezifische Angebote „für pflegebedürftige Menschen unterschiedlicher Herkunft [...] unter Rücksichtnahme auf ihre kulturellen, religiösen und traditionellen Gewohnheiten“ (LB 19) Bezug genommen.

Die Ansprache von spezifischen Gruppen findet sich auch in Leitbildern, in denen die Angebote grundsätzlich für alle Menschen und unabhängig von bestimmten Differenzmerkmalen verstanden werden sollen. So werden beispielsweise eine „besondere Unterstützung [...] den hier lebenden Migrant/innen und ihrer Integration“ (LB 21) zugesagt oder es „können für spezielle Gruppen geschützte Bereiche (Schonräume) zur Verfügung gestellt werden, bspw. [...] aus kulturellen Gründen für türkische Frauen.“ (LB 7)

### **Bedeutungen von Differenzmerkmalen**

Im Folgenden werden die Differenzmerkmale Alter sowie Herkunft und Religion betrachtet, die im Zusammenhang mit dieser Untersuchung von besonderem Interesse waren. Herkunft und Religion spielen eine maßgebliche Rolle, wenn es um das Verständnis kultureller Diversität in den Leitbildern geht.

#### *Bedeutung von Alter*

Die Kategorie Alter findet in den Leitbildern unterschiedliche Verwendung. In sechs Leitbildern wird Alter zur Klassifizierung von Altersgruppen oder Generationen genutzt. In fünf Leitbildern begründet das „Alter“ neben einer Pflegebedürftigkeit der Menschen einen Hilfebedarf, deren Bedürfnisse entweder als die älterer Menschen oder als die pflege- oder hilfebedürftiger Menschen adressiert werden. In einem Leitbild wird Alter als eine mögliche Dimension struktureller Ungleichheit betrachtet, wenn es heißt: „Eine Leistungsbegrenzung aufgrund des Alters, der sozialen Herkunft oder wegen einer Behinderung lehnen wir ab.“ (LB 17)

Nur in wenigen Leitbildern wird das Alter(n) von Menschen mit Migrationshintergrund (explizit nur in LB 2) oder Menschen unterschiedlicher Herkunft und Alters im Zusammenhang thematisiert, deren besonderen Erfahrungen berücksichtigt werden sollen (LB 27).

#### *Bedeutung von kultureller Diversität*

In acht Leitbildern wird kulturelle Diversität vor allem in Verbindung mit der Herkunft oder der religiösen Zugehörigkeit oder Weltanschauung von Menschen thematisiert, indem u.a. auf „Menschen aus anderen Kulturkreisen“ (LB 1), ihre „Herkunftskultur“ (LB 15), die „kulturellen, religiösen und traditionellen Gewohnheiten“ (LB 26) oder „kulturelle Traditionen des sunnitischen Islam“ (LB 27) Bezug genommen wird. Die Wahrnehmung kultureller Diversität wiederum verdeutlicht in sechs Leitbildern die Intention, Angebote grundsätzlich für spezifische Gruppen vorzuhalten (LB 13, 22, 26, 27) oder innerhalb der als ‚offen für alle‘ verstandenen Einrichtung (LB 1, 7) zu entwickeln.

Eine Verknüpfung von einer anderen Differenzkategorie als Alter oder kultureller Diversität und einem danach ausgerichteten Angebot findet sich in den analysierten Leitbildern nicht.

### **Diversität als Vielfalt unter den Mitarbeiter\*innen**

Diversität als Vielfalt unter den Mitarbeiter\*innen wird nur in einem Leitbild thematisiert, um das Gelingen einer individuellen Versorgung zu bekräftigen. Hier wird z.B. behauptet: „Unsere

multikulturellen Teams bieten die Möglichkeit, diese Ansprüche in die Praxis umzusetzen.“ (LB 11) Um den Anspruch an eine bedürfnisorientierte Versorgung im Kontext der Hospiz- und Palliativversorgung erfüllen zu können, wird in zwei weiteren Leitbildern (8, 14) auf die Vielfalt der beruflichen Disziplinen der Mitarbeiter\*innen Bezug genommen, die für diesen Versorgungsbereich von Bedeutung sind.

### **Werte, Werthaltungen und Aspekte von Diversität**

Ein Zusammenhang zwischen ethischen Werten und Aspekten von Diversität wird nur marginal in den Leitbildern hergestellt. So finden sich wenige Artikulationen, die eine Anerkennung von Differenz mit Gerechtigkeit oder Solidarität verbinden. Dabei geht es vornehmlich um die Frage sozialer Gerechtigkeit bzw. den Ausgleich sozialer Ungleichheit.

#### **7.6.4.4 Zwischenfazit zur Analyse der Leitbilder**

Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich die Leitbilder in unterschiedlicher Intensität mit Werten und Werthaltungen auseinandersetzen oder sensibel für Diversität sind. Gerade die Artikulationen zu Gerechtigkeit stellen eher unverbindliche Positionen dar, die selten einen verpflichtenden Charakter aufweisen, der über die Realisierung des Auftrags hinausgeht, ein bedarfsgerechtes Angebot zu unterbreiten. In den meisten Leitbildern wird zwar Offenheit für alle proklamiert, jedoch kein Bezug zur Frage der tatsächlichen Zugänglichkeit oder der Zugangsgerechtigkeit hergestellt.

Nur wenige Leitbilder setzen sich mit der Frage auseinander, wie die formulierten Ansprüche an eine Versorgung, die das Individuum in den Mittelpunkt stellt, in einer konkreten Situation der Praxis umgesetzt werden können. Ebenso werden selten potenzielle Konflikte und Aussagen über erwartbare Umgangsweisen thematisiert. Mögliche Konflikte werden vornehmlich als Thema zwischen der Organisation und ihren Mitarbeiter\*innen angesprochen und in einen Zusammenhang mit einer bestimmten Haltung gegenüber den Mitarbeiter\*innen sowie Vorstellungen zur Zusammenarbeit innerhalb der Einrichtung gebracht.

Hinsichtlich der Bedeutung, die Diversität in den Leitbildern zukommt, wird deutlich, dass vor allem die Wahrnehmung einer religiösen oder herkunftsbezogenen kulturellen Differenz in den Fokus rückt, wenn es um die Spezifizierung des Angebots geht. Der Einschluss spezifischer Gruppen bzw. Personen mit bestimmten Merkmalen bedeutet im Umkehrschluss jedoch auch immer einen impliziten Ausschluss von Personen. Kritisch betrachtet werden sollte, dass durch die Zuschreibung von Bedürfnissen von beispielsweise „türkischen Frauen“ Stereotypisierungen erfolgen, wenngleich sie mutmaßlich nicht intendiert waren.

Andererseits bleibt auch vage, wie ein „kultursensibler“ bzw. diversitätssensibler Umgang ohne eine spezifische Ausrichtung in der Praxis realisiert werden soll, wenn keine explizite Auseinandersetzung über die Bedeutung von Differenz stattfindet, die über ihre grundsätzliche Anerkennung hinausgeht.

In Bezug auf die Leitbilder lässt sich festhalten, dass über die Rede von spezifischen Differenzmerkmalen oder Gruppen eine Ein- und Ausgrenzung von Personen stattfindet, die vor dem Hintergrund der Behauptung, offen für alle Menschen zu sein, als nicht-intendierte Folge interpretiert werden kann. Im Hinblick auf das „hohe Alter“ vieler Leitbilder, die sich oftmals ohne weitere Überarbeitung auf den zeitlichen Kontext der Entstehung der Einrichtung beziehen, stellt sich die Frage, welche Geltung ihnen angesichts gesellschaftlicher Veränderungsprozesse in den Organisationen noch zukommt.

Im Vergleich zu den politischen Positionspapieren (und Stellungnahmen der Wohlfahrtsverbände und Interessenvertretungen) verdeutlichen die Leitbilder in stärkerem Maß, dass die Frage des Umgangs mit Diversität für ihre Einrichtungen relevant ist, ohne dass auf klare Handlungsorientierungen oder Strategien in diesem Zusammenhang eingegangen wird. Insofern wird in den hier analysierten Leitbildern eine konzeptionelle Verankerung der Idee einer interkulturellen Öffnung im Sinne eines bewusst gestalteten Prozesses [85] nur begrenzt Rechnung getragen. Dies deutet möglicherweise auf fehlende Rahmenbedingungen oder zu offene Appelle hin, als dass sie (verpflichtende) Organisationsstrukturen befördern können, die Raum für notwendige Lösungs-/Verbesserungsansätze bieten.

## **7.7 Fazit der Diskursanalyse und ethische Diskussion**

Der gesundheitspolitische Diskurs wird sich zukünftig nicht darauf beschränken können, die Verteilung von Ressourcen medizinischer und pflegerischer Leistungen durch das Gesundheitssystem zu regeln, sondern es scheint angesichts der gesellschaftlichen Veränderungen erforderlich, den sozialen Faktoren für eine gerechte Gesundheit und ein würdevolles Lebensende stärker Rechnung zu tragen und dabei die Wahrnehmung der Vorstellungen zu deskriptiven und normativen Werten der Gesellschaft zu schärfen. In pflegerischen Zusammenhängen sollte es darum gehen, eine kritische Perspektive auf Diversität einzunehmen, um damit einhergehende Fragen von Ungleichheiten und der damit verbundenen Gefahr einer ungerechten Behandlung in der Versorgung am Lebensende angemessen begegnen zu können. Gleichmaßen gilt es, die Sorge um den Zugang zu Pflege als Frage der sozialen Gerechtigkeit in eine Konzeption von Care einzubeziehen.

Aus einer organisationsethischen Perspektive sollten innerhalb von Organisationen ethische Haltungen auch hinsichtlich kultursensibler Strukturen verankert werden.

Von einer Auseinandersetzung und Stärkung der Interkulturalität der Versorgung können letztlich alle Menschen in der Bevölkerung mit ihren unterschiedlichen Bedürfnissen und Vorstellungen zu einer guten Versorgung profitieren [103].

Ein umfassenderer Vergleich der Ergebnisse zwischen den gesundheits- und pflegepolitischen Diskurspositionen und der Leitbildanalyse könnte möglicherweise aufschlussreich sein, um

nachzuvollziehen, in welcher Weise gesellschaftliche Veränderungsprozesse über den politischen Diskurs in bestehende Organisationsstrukturen und Leitbilder transformiert werden (können).

In der Analyse des gesundheitspolitischen Diskurses wurde deutlich, dass eine weitere Intention darin besteht, die Solidarität der Gesellschaft, verstanden als zivilgesellschaftliches Engagement und familialer Sorge für die Übernahme von Care-Tätigkeiten und Pflege zu erhalten und zu stärken. Hier erscheint eine intensivere Auseinandersetzung hinsichtlich damit einhergehender Aspekte der Gender- und Generationengerechtigkeit sinnvoll.

Darüber hinaus zeigt sich, dass eine intersektionale Betrachtung von Alter und sexueller Identität in diesem Diskurs nach wie vor noch aussteht. Die besonderen biografischen Erfahrungen von LSBTIQ-Personen werden in den hier analysierten Papieren nicht artikuliert, obwohl die sexuelle Identität bzw. Orientierung von Betroffenen eine wichtige Rolle am Lebensende spielt [69] und damit zusammenhängende Herausforderungen ebenfalls gerechtigkeitsrelevante Fragen u.a. hinsichtlich des Zugangs aufwerfen.

## **7.8 Ergebnisse der Expert\*inneninterviews**

### **7.8.1 Perspektive der Wissenschaftler\*innen**

#### **Sample der Wissenschaftler\*innen (n=10)**

Die zehn Wissenschaftler\*innen gehörten folgenden Disziplinen an: Islamwissenschaft (n=4), Religionswissenschaft, Pflegewissenschaft, Rehabilitationswissenschaft und -pädagogik, Anthropologie, Soziologie und Medienwissenschaft. Alle Wissenschaftler\*innen haben sich im Rahmen ihrer Forschung mit dem Verhältnis von Kultur und Religionen oder mit Fragen des Islam auseinandergesetzt. Von den Islamwissenschaftler\*innen hat sich keine\*r explizit mit Fragen des Alterns oder der pflegerischen Versorgung in der eigenen Forschung befasst, nur ein Islamwissenschaftler hat sich explizit mit medizinethischen Fragen auseinandergesetzt.

Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse zusammenfassend dargestellt:

#### **Interpretationsmöglichkeiten sich zeigender Wertkonflikte in der Versorgungspraxis aufgrund differenter oder widersprüchlicher Normen**

##### **„DEN Islam gibt es nicht ...“**

Auf die Frage nach **den** Bedürfnissen von älteren oder pflegebedürftigen muslimischen Menschen gebe es keine eindeutigen Antworten. Neben den unterschiedlichen Lehren des Islam, die als intrareligiöse Differenzen beschrieben werden können, gebe es viele volksreligiöse Ausprägungen. So unterscheiden sich Muslime aus der Türkei und aus dem arabischen Raum voneinander. Dies werde aufgrund des jüngeren Zuwanderungsgeschehens auch in Deutschland möglicherweise deutlicher.

Weiter zeige sich, dass der Glaube eine unterschiedlich starke Rolle im Alltag der Muslime spiele. Für einige Personen ist das „Muslimisch sein“ nicht mehr als eine „Identitätskategorie im Hintergrund ihres Bewusstseins“ (WI 02). Für gläubige Personen könne das Beten eine große Rolle spielen. Im hohen Alter können für manche Muslime bestimmte Rituale wie das Beten oder rituelle Waschungen eine zu hohe Belastung darstellen, während der Verzicht auf Schweinefleisch oder Alkohol beibehalten werden soll. Insgesamt gebe es sehr heterogene Vorstellungen dazu, was es heißt Muslim oder Muslima zu sein.

Auch werden Religion und Kultur in Bezug auf Fragen des Islam oft zu wenig differenziert betrachtet. Dies betreffe sowohl Zuschreibungspraktiken als auch bestimmte Vorstellungen von Muslimen selbst in Deutschland.

Beispielsweise lasse sich der Wunsch nach lebenserhaltenden Behandlungen bis zuletzt nicht immer bzw. ausschließlich religiös begründen. Solche Wünsche haben ihre Wurzeln eher in Erwartungshaltungen gegenüber der westlichen Medizin. Weiterhin können bestimmte Verhaltensweisen eher als Mentalität ihres jeweiligen Herkunftslandes interpretiert werden.

Auch Gender bezogene Fragen sollten im jeweiligen Kontext betrachtet werden. Der Wunsch nach einer gendergleichen Pflegeperson finde sich nicht nur bei muslimischen Patient\*innen, sondern ebenso bei Personen mit anderen oder ohne religiöse Zugehörigkeiten. Nach islamischen Vorstellungen sei die Pflege oder ärztliche Versorgung durch eine Person des gleichen Geschlechts zwar grundsätzlich vorgeschrieben, jedoch nur, sofern sie auch realisierbar sind. Die „Verweigerung des Handschlags“ sei eine Regel für Männer und Frauen und könne demnach diskriminierend von Männern und Frauen erlebt werden. Sowohl Männern als auch Frauen muss nach islamischen Geboten gesundheitliche Versorgung zukommen. Der Annahme, dass Frauen bestimmte Gesundheitsleistungen aus religiösen Gründen durch Männer vorenthalten werden könnten, sei daher zu widersprechen.

Die Beispiele machen deutlich, dass pauschale Betrachtungen im Einzelfall wenig hilfreich sind.

### **Einschätzung möglicher konfligierender Normen in Bezug zur Werteordnung des Grundgesetzes unter Heranziehung differenter Lehren des Islams**

Unbestritten ist, dass es Werte oder Vorstellungen gibt, die in einzelnen Staaten mit islamischen Lehren begründet sind, jedoch gegen die Grundwerte der deutschen Verfassung verstoßen. Genannt wird z.B. die Genitalverstümmelung bei Mädchen, die im Namen des Islam z.B. in Teilen Somalias noch immer praktiziert wird, aber in anderen islamisch geprägten Ländern weder durchgeführt noch gutgeheißen wird. Ebenso wird festgestellt, dass es in Deutschland lebende Personen gibt, die die Werte unserer Verfassung ablehnen.

Die Relevanz solcher verfassungswidriger Werte und Einstellungen für die Praxis der Auseinandersetzung mit ethischen Fragen und Konflikten der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf bzw. von schwerstkranken und sterbenden Menschen wird hingegen als fraglich erachtet. Vielmehr wird darauf verwiesen, dass mit dieser Frage problematische Zuschreibungen vorgenommen und unangemessene Verknüpfungen hergestellt werden, da es im Grundsatz „nicht um Altenhilfe für islamistische Terroristen“ (WI 02) gehe.

### **Vorstellungen von Interkulturalität und Diversität sowie ihre Bedeutung für die Versorgungsgestaltung**

Der Umgang mit den Begrifflichkeiten wird stets mit gewissen Herausforderungen sowohl in der Wissenschaft als auch in der Praxis verbunden und wird daher auf verschiedene Weise als voraussetzungsreich erörtert. Nicht immer sei auf den ersten Blick ersichtlich, was genau gemeint ist.

Kultur sei einerseits abzugrenzen von Religion, da die Gefahr bestehe, religiöse Vorstellungen zu kulturalisieren und dadurch andererseits weitere Dimensionen wie Bildung zu vernachlässigen. Vorgeschlagen wird, Kultur bzw. kulturelle Diversität als etwas Allgegenwärtiges zu betrachten, um die Gefahr der Reduktion von Kultur auf den Kontext einer Einwanderungsgesellschaft oder auf Nationalität zu vermeiden. Kulturelle Diversität stelle stets eine Konstruktion dar und sollte in den Zusammenhang mit Bildung und Alter/Lebenserfahrung gestellt werden.

Der Ansatz der interkulturellen Öffnung habe wesentlich zu einer Sensibilisierung für die Bedürfnisse von Menschen mit Migrationsgeschichte beigetragen.

Nach wie vor werden jedoch problematische und auch diskriminierende Verhaltensweisen der Mitarbeiter\*innen im Bereich der Pflege wahrgenommen. Dazu gehört z.B. die Annahme, wer als Muslim\*a Alkohol trinkt, könne auch Schweinefleisch essen.

Um derartigen Vorstellungen entgegenzutreten zu können, wird der Ansatz des Diversity Management als konstruktiver für den Bereich der Pflege und Altenhilfe wahrgenommen. Vorausgesetzt, er wird mit der Absicht implementiert, auch strukturelle Ursachen von Rassismus, sozialer Ungleichheit und Diskriminierung sichtbar zu machen und zu reduzieren. Wichtig sei zu verstehen, dass Benachteiligungen intersektional sein können. Der Diversity-Ansatz sei in dieser Hinsicht expliziter als Konzepte der Interkulturellen Öffnung.

Eine rein ökonomische Orientierung an Diversity-Ansätzen birgt die Gefahr, dass sich Diversitätsansätze nicht nachhaltig etablieren, da sie sich kurzfristig nicht rechnen.

Es wird auf die Gefahr hingewiesen, dass durch eine positive Betonung von individueller Diversität kulturelle Aspekte marginalisiert und strukturelle Defizite unbearbeitet bleiben.

In Einrichtungen muss eine Bereitschaft da sein, die beispielsweise durch kommunale und nachbarschaftliche Vernetzung mit den lokalen Glaubensgemeinschaften, z.B. mit Moscheegemeinden, signalisiert werden kann. Es gehe darum, auf die diversen Bedürfnisse vorbereitet

zu sein, also mögliche Ansprechpartner in der unmittelbaren Nachbarschaft zu kennen und vermitteln zu können, ggf. Dolmetschdienste zu nutzen, einen Andachtsraum je nach den religiösen oder weltanschaulichen Bedürfnissen umgestalten zu können (z.B. abnehmbare Kreuze) etc.

Pflege wird diesbezüglich als unzureichend aufgestellt wahrgenommen. Insbesondere in der Praxis seien Diversity-Ansätze kaum bekannt. Eine erfolgreiche Umsetzung wird daher skeptisch betrachtet, zumal gesellschafts- und gesundheitspolitischer Druck fehle.

In Bezug auf Interkulturelle Kompetenz brauche es zweierlei: Wissen und Haltung. Letzteres wird als maßgebliche Voraussetzung angesehen, da Wissen allein nicht ausreicht, wie anhand der oben genannten Beispiele gezeigt wurde. Wissensbestände spiegeln sich oftmals unreflektiert in Maßnahmen oder Checklisten wider, die den Bedürfnissen des Einzelnen in der Praxis nicht gerecht werden. Neben Kenntnissen zu verschiedenen religiös oder kulturell bedingten Bedürfnissen gehe es auch um Wissen zu den (hier aufgezeigten) Problemlagen und Empfindlichkeiten. Es gehe also mehr um die Gestaltung der Begegnung, in der beispielsweise im Rahmen des biografischen Arbeitens die Bedürfnisse erhoben und respektiert werden, auch wenn möglicherweise nicht allen entsprochen werden kann.

Interkulturelle Kompetenz brauche organisationale Strukturen, die den Mitarbeiter\*innen ermöglichen, eine transkulturelle Perspektive bzw. Haltung zu üben oder einzunehmen. Kompetenz drückt sich dadurch aus, dass für die Betroffenen ein Gefühl der Sicherheit hergestellt wird und keine pauschalen Zuschreibungen gemacht werden.

Es fehle jedoch an Ausbildungsformaten, die den Erwerb von interkultureller Kompetenz ermöglichen. Dazu sei die Überarbeitung von Lernmaterialien und die Abschaffung von dreistündigen Workshops notwendig. Fragen der Inter- oder Transkulturalität bzw. zu Diversity (Management) sollten als Querschnittsthema in die Aus- und Weiterbildungsinhalte aufgenommen werden.

### **Einschätzung und Bewertung des gesellschafts- und gesundheitspolitischen Diskurses für die Bewältigung des demografischen Wandels in Vielfalt**

Im künftigen wissenschaftlichen und politischen Diskurs sollten folgende Aspekte Eingang finden:

Für die seit langem bekannten klassischen Zugangsbarrieren aufgrund von Informationsdefiziten und Sprachbarrieren für Menschen mit Einwanderungsgeschichte sollte die Umsetzung von vorhandenen Maßnahmen zur Verbesserung der Situation flächendeckend ggf. in Modellprojekten evaluiert, von Einrichtungen gefordert und entsprechend gefördert werden. Aufgrund des demografischen Wandels in und der kontinuierlichen Zuwanderung nach Deutschland sei nicht davon auszugehen, dass sich das Problem von allein löse. Dazu gehöre z.B. ein geregelter Umgang mit bzw. die Schaffung einer Anspruchsgrundlage auf halal und koschere Mahlzeiten oder Dolmetschleistungen.

Der pflegerische Bereich wird als weiter zu entwickelndes Feld betrachtet. Hier seien vielfältige Schritte und Maßnahmen – siehe oben – erforderlich, um Veränderungsprozesse nachhaltig zu etablieren. Der pflegerische Bereich sollte insgesamt gestärkt werden. Hier fehle es in der Breite an Wissen zu den erörterten Konzepten und ihren theoretischen Annahmen.

Unzureichend sei es, ausgebildete oder auszubildende Pflegekräfte im Ausland anzuwerben, um den Personalmangel zu beheben. Hier sei u.a. zu prüfen, unter welchen Voraussetzungen dies geschieht und welchen Beitrag ausländische Pflegekräfte zur Qualität der Pflege beitragen können.

Um die muslimische Community zu stärken, sollten Überlegungen zur Schaffung vergleichbarer Strukturen wie bei den Wohlfahrtsverbänden weiterverfolgt werden. Die Idee zur Entwicklung eines interkulturellen Wohlfahrtsverbands wird positiv bewertet. Auch wenn eine Überwindung der noch zu nehmenden Hürden als fraglich betrachtet wird, insbesondere wenn es um die finanziellen Voraussetzungen geht, um eine vergleichbare Infrastruktur schaffen zu können.

Die Förderung von pflegerischen Versorgungsstrukturen mit muttersprachlichen und kulturspezifischen Angeboten wird als sinnvolle Ergänzung zu bestehenden Angeboten erachtet. Gerade kleine Minderheitengruppen, wie z.B. aus dem asiatischen Raum, hätten es schwer, muttersprachliche Ansprechpartner\*innen in den Einrichtungen und Angeboten zur Versorgung am Lebensende zu finden.

Als wichtig wird erachtet, dass Ressourcen von denjenigen zur Verfügung gestellt werden, die aufgrund ihrer privilegierten Stellung die Möglichkeit dazu haben. Weniger gehe es darum, von einer Bringschuld von denen, die keine Ressourcen haben, auszugehen.

Weiterhin seien die regionalen Kontexte und nachbarschaftlichen Strukturen bei der Planung und Verteilung von Angeboten und Einrichtungen zu berücksichtigen.

Es bestehe Forschungsbedarf zu Fragen von Migration und Altern bzw. Altern und Islam. So gebe es wenig Erkenntnisse aus einer islamwissenschaftlichen Perspektive zu gerontologischen Fragen wie zum Umgang mit Altern oder zu Versorgung im Alter. Als eine der wenigen internationalen Quellen wird die Kuwait Declaration „Elderly Care in Islamic Perspective“ genannt. Allerdings wisse man zu wenig über die tatsächliche gelebte Praxis oder Vorstellungen über das Altersbild im Islam in Deutschland bzw. vorhandene zeitgenössische Altersbilder im Islam. Zwar gebe es einzelne Dissertationen zu diesem Themenbereich, insgesamt besetze die Wissenschaft solche Themen jedoch zu wenig nachhaltig.

## 7.8.2 Perspektive der Führungskräfte

### Sampling der Fälle

Um ein möglichst breites Verständnis zu den individuellen und sozialen Repräsentationen von Führungskräften im Bereich der Versorgung am Lebensende zu erhalten, wurden vorab Auswahlkriterien für das Sample festgelegt. So wurden weibliche und männliche Führungskräfte aus unterschiedlichen grundständigen Professionsbereichen (insb. Pflege, soziale Arbeit) mit ihren jeweiligen berufsethischen Perspektiven und Leitungsfunktionen berücksichtigt. Entsprechend der Zielsetzung sind Repräsentant\*innen aus pflegerischen, geriatrischen und hospizlichen Versorgungsbereichen (ambulant und stationär) sowie aus dem Bereich der Freiwilligenarbeit für die pflegerische Unterstützung in der Häuslichkeit bzw. im Wohnumfeld (Bereich § 45d SGB XI) in Organisationen mit unterschiedlicher Trägerschaft (öffentliche Träger, freigemeinnützige wie kirchliche Träger und Wohlfahrtsverbände und private Träger, die sich an spezielle Zielgruppen wie z.B. muslimische Personen richten) einbezogen worden. Um mögliche Zusammenhänge zwischen ethischen Wertkonflikten aufgrund religiöser Wert-Orientierungen sichtbar zu machen, wurden außerdem unterschiedliche Religionszugehörigkeiten und Weltanschauungen der Führungskräfte berücksichtigt.

Merkmale		Anzahl
<b>Geschlecht</b>	weiblich	20
	männlich	10
<b>Religionszugehörigkeit</b>	evangelisch	11
	römisch-katholisch	4
	Islam	4
	ohne	11
<b>Profession</b>	Pflege	20
	Soziale Arbeit	10
<b>Träger</b>	kirchlich	14
	freigemeinnützig	9
	privat	7
<b>Versorgung, ambulant</b>	Unterstützung familiärer Pflege	8
	Pflegedienst	5
	Hospizdienst	4
<b>Versorgung, stationär</b>	Pflegeheim	5
	Geriatric	4
	Hospiz und Palliativstation	4

Tabelle 4: Sample der Führungskräfte

Die von uns interviewten Führungskräfte (n=30) aus dem Bereich Pflege und Soziale Arbeit waren für die ambulante Versorgung (Pflegedienst, Hospizdienst, Unterstützung familiärer Pflege) sowie in stationären Einrichtungen (Palliativstation, Geriatric, Pflegeheim) tätig.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Expert\*inneninterviews mit den Führungskräften dargestellt. Zunächst werden die Ergebnisse zu den Vorstellungen und Einschätzungen der Führungskräfte vorgestellt, die verdeutlichen, was die Bedingungen für ein Gelingen ‚guter‘ Pflege

sind und welche Herausforderungen und Grenzen ihnen hierzu begegnen. Im Weiteren geht es um die Frage der Verantwortung, die einen wichtigen Aspekt in diesem Zusammenhang darstellt. Ebenso werden die Ergebnisse zu den Orientierungsmöglichkeiten, die die Organisationen für ihre Umsetzung darstellen, vorgestellt. Abschließend wird anhand der Ergebnisse zu den Bedeutungen von Diversität darauf eingegangen, wie die hier untersuchten Einrichtungen aus der Sicht ihrer Führungskräfte auf die zunehmende Diversität der alternden Gesellschaft vorbereitet sind.

### **Bedingungen des Gelingens ‚guter‘ Pflege**

Aus der Perspektive der Führungskräfte braucht es eine Offenheit für alle Menschen, die einen entsprechenden Bedarf haben, um ihre Einrichtung oder ihr Angebot in Anspruch zu nehmen. Als wesentliche Bedingungen für eine ‚gute‘ Pflege gilt den Führungskräften die grundsätzliche Anerkennung der Würde und Individualität der Pflegebedürftigen und damit ihre Gleichwertigkeit.

„[...] dass jeder Mensch eine Würde hat, [...] dass er ein Individuum ist, ähm, ja, das sind so Grundwerte, die es zu respektieren gilt, [...] gerade dann, wenn ich eben mit einer besonders vulnerablen Gruppe zu habe.“ (Pflege 06)

Erwartet werden eine ethische Haltung und gleichermaßen fachliche wie soziale Kompetenzen für die pflegerische Arbeit, deren wesentlicher Kern Beziehungsarbeit darstellt.

„Eine gute Pflege zeichnet sich dadurch aus, dass man dem anderen erstmal wertschätzend gegenübertritt.“ (Pflege 19)

Gerade im Hinblick auf das Lebensende sei es wichtig, „dass wir die Botschaft des Moments erkennen und danach handeln.“ (Pflege 12)

Eine ‚gute‘ Pflege wird insgesamt daran erkennbar, wenn der zu pflegenden Person eine ganzheitliche Anerkennung zuteil wird und eine vertrauensvolle Beziehung zu ihr sichtbar wird.

### **Grenzen des Gelingens ‚guter‘ Pflege**

Die Vorstellungen von einer ‚guten Pflege werden in Relation zu den strukturellen Kontextbedingungen reflektiert.

Wenngleich die Führungskräfte durchgehend ihre eigene Verantwortungsbereitschaft proklamieren, für das Gelingen ‚guter‘ Pflege Sorge zu tragen, verweisen sie hinsichtlich der Umsetzung von verantwortlichen Handlungsweisen, teils auch selbstkritisch, auf Grenzen des Gelingens ‚guter‘ Pflege. Dabei stellen u.a. Fragen der Ökonomisierung, die für die Führungskräfte zu einem bestimmenden Element der Pflege geworden ist, und ihre Folgen für Kompetenzen ihrer Mitarbeitenden sowie Gestaltungspielräume Bezugspunkte zur Begründung ihrer Problematik dar.

So sehen sie einerseits den berechtigten Anspruch auf monetäre Wertschätzung pflegerischer Arbeit und können sich die Orientierung der Mitarbeitenden an den Verdienstmöglichkeiten erklären: „[...] na ja, wenn der Träger genug Geld verdient, denn will ich natürlich auch genug Geld verdienen, so.“ (Pflege 19)

Andererseits stellen sie fragwürdige Auszahlungen eines prämienabhängigen Gehalts an Leitungskräfte in Pflegeeinrichtungen in Frage. Dass so etwas in sozialen Einrichtungen möglich sei, liege daran, dass „sich der Staat total aus der Verantwortung gestohlen“ (SozA 26) habe. Die hier interviewten Führungskräfte sehen sich oftmals in einem Dilemma, wenn es um die Bewertung der Haltung von einigen Pflegekräften geht, die ihrer Ansicht nach die gegenwärtigen unzulänglichen Strukturen und fehlende Anerkennung ihrer Arbeit unangemessen ausnutzen.

„Die Anerkennung ist nicht da [...]. Aber viele nutzen das als Trittbrettfahrer auf Kosten anderer [...] Davon haben wir auch jetzt in der Pflege ganz schön viele, ja.“ (Pflege 27)

Vielfach wird eine Abnahme der Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung bei Pflegenden durch fehlende Motivation, fehlende Kompetenz oder die gerade genannte fehlende Anerkennung wahrgenommen. Die drei Aspekte sind jeweils wechselseitig aufeinander bezogen. So führt fehlende Anerkennung durch unzureichende Bezahlung, durch geringe gesellschaftliche Wertschätzung von Pflegearbeit bzw. durch anhaltende Missachtung der bekannten Problematiken (Personalmangel/-kürzungen, „Minutenpflege“) zu einer abnehmenden Motivation, sich z.B. weiterzubilden. Aber auch als qualitativ unzureichend eingeschätzte Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote werden als ursächlich für eine Abnahme ausreichend kompetenter Mitarbeiter\*innen gesehen, was wiederum mit einer geringen Motivation zur Übernahme von Verantwortung einhergeht. Verantwortungslosigkeit seitens der Pflegekräfte wird als Ausdruck von (Ohn)Macht, von fehlender Kompetenz oder Ablehnung von Verantwortung wahrgenommen.

Besonders kritisch wird beobachtet, dass Pflegekräfte sich zunehmend selbst als Teil des Marktes wahrnehmen, wenn sie ihren Wert über ökonomische Kriterien definieren, also beispielsweise ihre Bezahlung maßgeblich den Arbeitsplatz bestimmt, wie auch das obige Beispiel zeigt, und zum Hauptverhandlungsgegenstand bei Einstellungen oder als Grund für Kündigungen in Anschlag gebracht wird. Auch der Einsatz von Leasingkräften, für die u.a. finanzielle Gründe zu ihrer Entscheidung beitragen, als solche tätig zu werden, werden auch aus Fragen der Qualität der Pflege kritisch eingeschätzt.

### **Vorstellungen von Verantwortung**

Verantwortung wird überwiegend als eine professionsbezogene Verantwortlichkeit für definierte Bereiche, Aufgaben und Zuständigkeiten im Rahmen eines Tätigkeitsfeldes (des eigenen und das von anderen) erörtert. Verantwortung wird in unterschiedlicher Weise in

Beziehung zu Fragen einer individuellen und kollektiven Verpflichtung sowie von Kompetenz und Anerkennung verhandelt. Für die Praxis der Übernahme von Verantwortung auf der individuellen Ebene lassen sich im Wesentlichen zwei Deutungsmuster der Führungskräfte unterscheiden.

Die Übernahme von Verantwortung wird zum einen eng mit einer positiven Pflicht verknüpft, die aus einem Pflichtgefühl und einem Bewusstsein erwächst. Der Erwerb entsprechender Fähigkeiten wird vornehmlich als individuelle Aufgabe angesehen. Zum anderen wird die Fähigkeit für die Übernahme von Verantwortung eng mit spezifischen professionsbezogenen Kompetenzen und Möglichkeitsräumen verbunden.

Ein Teil der Führungskräfte verweist explizit auf einen wahrgenommenen Mangel an Verantwortungsbewusstsein bei den Mitarbeiter\*innen, der einerseits auf eine fehlende motivationale Bereitschaft oder Möglichkeit zur Aneignung von Kompetenzen zurückgeführt wird (siehe oben).

Andererseits werden für die individuelle Verantwortungsübernahme externe Bedingungen vorausgesetzt. Als notwendig, aber fehlend, werden strukturelle Bedingungen für eine gute Ausbildung genannt, die entsprechende Kompetenzen und damit auch die Übernahme von Verantwortung ermöglichen würden. Problematisiert wird zudem die fehlende (gesellschaftliche) Anerkennung sorgender Tätigkeiten, die zumeist mit der unzureichenden Entlohnung, aber auch als fortwährende Missachtung der bekannten Probleme im Bereich der pflegerischen und sozialen Versorgung in Verbindung gebracht wird.

### **Organisationen als Orientierungsräume**

Nachgegangen wurde der Frage, inwieweit die Einrichtungen oder Organisationen, den Führungskräften selbst oder den Mitarbeitenden Orientierung für ethisch relevante Werte und Entscheidungen bietet.

Hinsichtlich der sich zeigenden Positionierungen der Leitungskräfte zu den Philosophien bzw. Leitbildern ihrer Organisation lässt sich festhalten, dass diese in einigen Fällen nicht oder nicht umfänglich den beruflichen oder persönlichen Überzeugungen entsprechen. Im Extremfall stehen sie ihnen diametral entgegen – wenn eine Würde wahrende Pflege von Pflegebedürftigen und Sterbenden rein ökonomischen Maximen zu widersprechen scheint. In anderen Fällen wird deutlich, dass die weltanschauliche oder auch religiös geprägte Philosophie des Trägers die eigenen Wertvorstellungen widerspiegelt und die eigene Arbeit unterstützt oder zumindest nicht behindert.

Unabhängig von der Kenntnis zu vorhandenen Leitbildern lassen sich verschiedene Formen von Räumen in den Organisationen oder Einrichtungen erkennen, die für die eigene Orientierung oder bei der Vermittlung von Werten unter den Mitarbeitenden Bedeutung erlangen.

## **Organisation als Referenzraum**

Die eigene Organisation wird zum Referenzraum für die eigenen Werte und Orientierungen, wenn Bezugspunkte für eine moralische Identifikation bestehen. Dies wird in den Interviews dann auch explizit zum Ausdruck gebracht.

„Diversität ist unsere, ist Grundbestandteil unserer Gesellschaft und des Zusammenlebens und auch unseres Trägers und das würd' ich auch verbinden mit dem christlichen Menschenbild, das wir [...] in unserem Leitbild drin haben, [...]. Und damit kann ich mich auch identifizieren. Also es gibt viele Sachen, wo man kritisch sein kann, auch gegenüber der Kirche oder wo man Zweifel haben kann, aber in dem Punkt kann ich sagen, das unterstütz' ich voll und ganz und find ich gut. Und das ist auch für unsere Arbeit wichtig und auch für die Mitarbeiter. Also [...] -, das ist 'n Wert. Ne, also dass man wirklich sagt, es ist jeder willkommen, egal woher die Person kommt, und was für 'n Mensch das ist, ja.“ (Pflege 10)

Ebenso bedeutsam ist es, dass im Team gemeinsame Werte geteilt werden und als Einheit in Organisationen erfahren wird.

## **Organisation als Funktionsraum**

Als Funktionsraum können Organisationen betrachtet werden, wenn sie den Führungskräften geeignete Strukturen für funktionale Abläufe bieten und damit ihrer rechtlichen Verantwortung als Leistungserbringer gerecht werden. Steht dies im Vordergrund aus Sicht der Führungskräfte, so sehen sie sich in einer Situation, in der sie ihre individuellen Überzeugungen in Bezug zu einem professionellen Berufsethos stellen (müssen) und als Orientierung für Entscheidungen jenseits der Erfüllung abrechenbarer Leistungen zugrunde legen.

„[...], weil die Leute oft durch 'ne Maschinerie gelaufen sind, in der sie sich in den meisten Fällen nicht gut wahrgenommen gefühlt haben, so dass sie immer dann, wenn Leute kommen, die Zeit haben und sich ihnen widmen, natürlich vollkommen glücklich sind, dass es endlich mal jemanden gibt, der ihnen zuhört zum Beispiel, und dann ist auch die Dankbarkeit entsprechend groß.“ (SoZA 07)

Deutlich wird dies auch an der Erfahrung, bei der über die formalen Anforderungen hinausgehende Ziele oft nur durch persönliches Engagement oder einzelne Projekte oder Einrichtungen eines Trägers erreicht werden können, um dem eigenen Anspruch z.B. an mehr Öffnung für Menschen mit türkischen oder arabischen Wurzeln entsprochen werden soll.

„Und alles andere bleibt glaub' ich, den einzelnen Projekten selbst überlassen, wie sie da ihre Diversität erhöhen. Ich mein', den Wunsch gibt es sicherlich, also die Geschäftsleitung freut sich, wenn sie erfährt, dass eben eine Einrichtung vielleicht viele türkische, arabische oder sonst wie nationale oder stämmige Menschen dann einstellt oder versorgt, aber ich erlebe das jetzt nicht planvoll.“ (SoZA 07)

## **Organisation als Leerstelle**

In einigen Fällen bzw. Situationen wird die Organisation zur Leerstelle, wenn sie keinen Bezugspunkt für die eigenen Überzeugungen bietet und eine Bereitschaft für die Übernahme politischer Verantwortung nicht erkennen lässt, um einen Beitrag für die Umsetzung guter und gelingender pflegerischer Versorgung zu leisten, indem sie z.B. entsprechende Forderungen artikuliert. Gerade für die jungen Pflegekräfte sei es jedoch wichtig, ihnen die Rahmenbedingungen zu bieten, die ihrem Wunsch, das was sie gelernt haben auch umzusetzen erfüllen kann. Denn „wenn sie die Bedingungen nicht vorfinden [...], dann gucken die sich durchaus um.“ (SozA 26)

## **Bedeutungen von Diversität in der Versorgung**

Vor dem Hintergrund der bisher aufgezeigten Ergebnisse, wird für die hier interviewten Führungskräfte Diversität auf unterschiedlichen Ebenen und in verschiedener Weise bedeutsam.

### *Diversität der Zielgruppen*

Die Diversität der Zielgruppen hängt nach Ansicht der Interviewpartner\*innen zumeist von dem jeweiligen sozialräumlichen Kontext oder einer vorhandenen kulturspezifischen Ausrichtung ab. In Bezug auf die Zielgruppen werden eher die für die Versorgung relevanten Voraussetzungen wie der Grad der Pflegebedürftigkeit, die Diagnose und Prognose der Erkrankung oder eine bestimmte Altersgrenze genannt. Eine Sensibilität für die Diversität der Zielgruppe wird als integrierter Bestandteil einer guten Pflege verstanden, d.h. die sexuelle Orientierung, die religiöse Zugehörigkeit, das Alter, eine Behinderung oder die Sprache der Patient\*innen oder Bewohner\*innen haben grundsätzlich keine Bedeutung für die pflegerische Versorgung an sich. Die Führungskräfte gehen vielfach davon aus, dass sich die gesellschaftliche Vielfalt in den Pflegeeinrichtungen widerspiegelt, allerdings teils mit Verzögerung.

„Nee, haben wir noch nicht, [...] was Bewohner anbelangt, weil da haben wir den Bedarf noch nicht. [...] Was nicht heißt, dass es nicht in den nächsten Jahren auf uns zukommt.“ (Pflege 13)

Erlebt werden z.B. vermehrt homosexuelle Paare, jedoch gerade in stationären Pflegeeinrichtungen oder Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung nur vereinzelt Patient\*innen oder Bewohner\*innen mit Migrationsgeschichte. Hierauf müsse und werde man zukünftig stärker vorbereitet sein, wie auch die Rede von einer Offenheit gegenüber allen Menschen mit einem entsprechenden Bedarf zeigt.

„Na, dem Träger ist auf alle Fälle auch wichtig, dass wir 'nen offenes Haus sind, ne. Dass wir sozusagen für alle Personengruppen offen sind, dass wir barrierefrei sind, dass wir für Gruppen, wie beispielsweise Zugezogene, wir nennen die die Neuberliner, ja, (I: mhm) mit sozusagen 'nem anderen kulturellen Hintergrund, für Menschen mit

Behinderung, für Mütter, äh für Väter, ähm für ältere Menschen, dass wir eben für die Nachbarschaft offen sind.“ (Pfleger 03)

#### *Diversität als Bestandteil von Konzeptionen*

Konzepte der interkulturellen Öffnung oder Ansätze des Diversity Managements werden nur in wenigen Interviews explizit als solche zur Sprache gebracht oder als Konzeption der eigenen Organisation und Einrichtung wahrgenommen. Dass dem Thema Interkulturalität oder Diversität Rechnung getragen wird, findet seinen Ausdruck eher implizit in der Beschreibung der Vielfalt der zu berücksichtigenden Bedürfnisse und der darauf ausgerichteten Angebote.

#### *Diversität in Teams*

Die Führungskräfte beschreiben in vielfältiger Weise die Diversität ihrer Teams. So spielt das Alter der Mitarbeiter\*innen eine wichtige Rolle für die Zukunftsfähigkeit der Einrichtungen. Es geht darum, ein möglichst ausgewogenes Verhältnis zwischen jüngeren und älteren Mitarbeitenden herzustellen oder zu erhalten, um Ressourcen wie Belastbarkeit und Erfahrungen gleichermaßen nutzen zu können. Bei der Einstellung von neuen Mitarbeitenden werden zumeist keine spezifischen Differenzmerkmale angeführt, die eine Einstellung verhindern oder befördern könnten. In vielen Zusammenhängen wird darauf verwiesen, dass man froh sein müsse, überhaupt Personal zu finden.

„Ich hab' natürlich Mitarbeiter, wo man denkt, ok, die muss ich jetzt nehmen, weil halt niemand mehr da ist. Und die nicht so die Philosophie von Pflege vertreten, die ich gerne hätte. Es ist einfach so.“ (Pfleger 02)

Grundsätzlich wichtig sei jedoch fachliche Kompetenz und eine humanistische Weltanschauung. Kritisch gesehen wird die gezielte Einstellung von Personen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, wenn die Einstellung nicht durch teambildende Maßnahmen begleitet werden. Eine Führungskraft berichtet von Pflegekräften, die nicht bereit sind, im Team mit neuen Kolleg\*innen zu arbeiten. Für manche Pflegekraft „fängt der Dienst schon schlecht an, wenn sie 'ne Kollegin hat, die nicht gerade die Uschi von um die Ecke ist“. (Pfleger 18)

Berichtet wird vereinzelt von mehrsprachigen Teams, in denen aufgrund fehlender Sprachkompetenzen im Deutschen als Grundlage gemeinsamer Gespräche kaum noch ein fachlicher oder auch persönlicher Austausch im Arbeitsalltag möglich ist. Kritisch bewertet wird die An- bzw. Abwerbung im Ausland von Pflegepersonal aus vergleichbaren Gründen.

#### **Diversität als Herausforderung und Grenzen einer diversitätssensiblen Versorgung**

In vielen Aussagen wird deutlich, dass Schadensbegrenzung und Optimierung der Ressourcenverwertung zu dominierenden Handlungsfeldern der Führungskräfte geworden sind. Die wünschenswerte Berücksichtigung von Diversität wird so zu einer zusätzlichen Herausforderung hinsichtlich der Pflegenden einerseits: „Stellen vielleicht Leute mit Migrationshintergrund ein, weil es so sein muss mittlerweile. [...] Aber es gibt niemand, der sich um diese Leute dann

kümmert.“ (Pflege 18), und der Pflegebedürftigen andererseits: „Wir sind ein sehr buntes Land, wir haben viele Migrant\*innen, [...] wir kriegen’s ja schon nicht mehr mit den Deutschen hin, die gut zu begleiten.“ (Pflege 04)

### **Diversität als integrierter Bestandteil und Bereicherung**

Neben den Herausforderungen wird die Auseinandersetzung mit Diversität und Interkulturalität auch positiv eingeschätzt. Zum einen wird sie als integrierter Bestandteil des Alltags wahrgenommen: „Also interkulturelle Pflege spielt jetzt immer eine Rolle“ (Pflege 02).

Zum anderen wird sie als Bereicherung erlebt: „Das ist so ein Geben und Nehmen. Ich lerne was von den Menschen, aber das fordert bei mir, ich muss das verarbeiten, mich umstellen. [...] Das ist für mich diese hohe Kunst.“ (Pflege 09).

Die Ergebnisse zeigen, dass aus der Sicht von Führungskräften eine ‚gute‘, weil diversitätssensible Pflege in der Versorgung am Lebensende nur gelingt, wenn hierfür auf gesellschaftlicher, institutioneller und individueller Ebene Verantwortung übernommen wird.

### **Diversität als Thema der Zukunft**

Insgesamt zeigt sich, dass die Auseinandersetzung mit Diversität und Fragen von Interkulturalität als Zukunftsthema behandelt werden.

„Wir als Stadtteil-Mitarbeiter haben uns das gerade erst gestern wieder auf die Agenda gesetzt, [...] also dass wir da noch mal gucken, wie ist da unser Verständnis als offenes Haus hinsichtlich der Demokratie, der Diversity, der Vielfalt.“ (Pflege 03)

Das Thema wird als Aufgabe betrachtet, die im Rahmen von Leitungsgremien, Arbeitsgruppen oder auch in Sitzungen der Ethikkommission bearbeitet werden sollte. Vielfach wird hierzu ein Handlungsbedarf festgestellt.

### **7.8.3 Fazit und Schlussfolgerungen der Analyse der Expert\*inneninterviews**

Angesichts der wachsenden gesellschaftlichen Bedeutung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung erscheint es dringend erforderlich, Pflege entsprechend zu definieren. Dabei stellt sich die Frage nach dem heutigen Verständnis von guter Pflege und weiterhin danach, inwiefern eine „Entsubjektivierung“ als Folge der oben dargelegten Ökonomisierungsprozesse zu einer Dehumanisierung der formellen (professionellen) Pflege maßgeblich beiträgt.

Festzuhalten ist, dass moralische Dimensionen pflegerischen Handelns stärker zur Sprache gebracht werden müssen: sei es, dass Beziehungsarbeit wertgeschätzt wird, der Wert einer Dienstübergabe wiederentdeckt oder ethische Fallbesprechungen nicht an zentrale Ethik-Kommissionen delegiert werden.

Insgesamt zeigt sich, dass die Praxis **noch** an einem Pflegeverständnis festhält, das mehr als nur ‚abrechenbare Leistungen‘ umfasst. Unter den jetzigen Rahmenbedingungen bekommt es jedoch sichtbar Risse. Daher braucht es ein Verständnis von Sorge, das u.a. Pflege für sich

selbst und andere als ein wesentliches zu verteilendem Gut einschließt und damit einen normativen Anspruch für gutes Leben begründet [54].

Insgesamt wurden die Erwartung und Überzeugung deutlich, dass die Übernahme von Verantwortung nicht nur auf individueller, sondern auch auf gesellschaftlicher und institutioneller Ebene erforderlich ist und auf allen Ebenen Maßnahmen für ein „Mehr an Verantwortung“ erforderlich sind.

Die analytische Differenzierung der Dimensionen von Verantwortung ermöglicht, die Dimension moralischer Verantwortung sichtbar zu machen, die im Rahmen ökonomischer Handlungsspielräume von Organisationen immer mitgedacht und eingefordert werden muss.

Die Ergebnisse verdeutlichen die Legitimität der politischen Forderung nach rechtlicher Regelung, um ethisch vertretbares Handeln von Organisationen und ihren Mitarbeiter\*innen zu ermöglichen. Den Organisationen sollte verdeutlicht werden, dass sie Verantwortung nach innen haben und individuell verantwortlichen Handelns der Mitarbeiter auf allen Ebenen: in sozialen Interaktionen, innerhalb von Interessenarbeit auf politischer Ebene sicherstellen sollten. Darüber hinaus sollten Organisationen ihrer Verantwortung, die sie nach außen haben, nachkommen, indem sie sich verpflichten gute Pflege durch ökonomisches wie moralisches Handeln umzusetzen.

Aus organisationsethischer Perspektive wird deutlich, dass ein wesentlicher Schritt darin liegt, von der Anerkennung von Differenz zur Vermeidung sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung zu kommen.

## 7.9 Diskussionspapier

In dem vorliegenden Diskussionspapier werden auf der Grundlage wichtiger Ergebnisse aus dem Projekt „Interkulturalität der Versorgung am Lebensende – Anspruch und Wirklichkeit aus einer organisationsethischen Perspektive“ folgende Empfehlungen formuliert und zur weiteren Diskussion gestellt.

- **Sicherstellung einer gelingenden Kommunikation am Lebensende in transkulturellen Versorgungssituationen am Lebensende**
  - *Sicherstellung einer qualifizierten Sprachmittlung als Voraussetzung für Chancengleichheit beim Zugang zu und im Prozess der Inanspruchnahme von Leistungen der Versorgung am Lebensende*
  - *Verbesserung der interkulturellen Kommunikation als Voraussetzung für eine kultursensible Versorgung am Lebensende*
  - *Sicherstellung der sprachlichen Qualität der Kommunikation mit nicht deutschsprachigen Mitarbeitenden*
- **Gewährleistung diversitäts- und kultursensibler sowie organisationsethischer Strukturen in Einrichtungen zur Versorgung am Lebensende**

- *Weiterentwicklung von Ansätzen der interkulturellen Öffnung und des Diversity Managements für Einrichtungen zur Versorgung am Lebensende*
- *Förderung der Organisationsentwicklung durch organisationsethische Strukturen in allen Einrichtungen zur Versorgung am Lebensende*
- **Stärkung des Diskurses zur Bedeutung einer würdewahrenden pflegerischen Versorgung am Lebensende vor dem Hintergrund der zunehmenden Diversität unserer alternden Gesellschaft**

Die Empfehlungen werden im Weiteren vor dem Hintergrund der empirischen Ergebnisse der Studie erörtert und anhand ethischer Überlegungen begründet.

Die Ergebnisse beruhen auf einer qualitativen Untersuchung, für die unterschiedliche Methoden und Perspektiven trianguliert wurden. Eine Sekundäranalyse von Interviews mit Patient\*innen und Angehörigen mit einem russischsprachigen Migrationshintergrund gibt Einblick in ihre subjektiven Vorstellungen und Erfahrungen mit Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung. Anhand von Expert\*inneninterviews wurden die Einschätzungen und Vorstellungen von Expert\*innen (Wissenschaftler\*innen mit Expertise zu Fragen des Islam (n=10); Führungskräfte in Einrichtungen zur Versorgung am Lebensende (n=30)) zur pflegerischen und sozialen Versorgung am Lebensende erhoben. Darüber hinaus wurde eine Diskursanalyse von gesundheits- und pflegepolitischen Positionspapieren vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und zunehmenden Diversität unserer Gesellschaft durchgeführt.

Zur Begründung der Empfehlungen werden unterschiedliche ethische Ansätze mit ihren jeweiligen Argumentationslogiken herangezogen. Auf dieser Grundlage soll eine kontextsensitive Ausrichtung der zu entwickelnden Maßnahmen für eine gelingende diversitäts- und kultursensible Versorgung am Lebensende ermöglicht und im Sinne einer empirisch informierten Ethik der weiteren ethischen Diskussion zugänglich gemacht werden.

### **7.9.1 Sicherstellung einer gelingenden Kommunikation am Lebensende in transkulturellen Versorgungssituationen am Lebensende**

Für die Sicherstellung einer gelingenden Kommunikation am Lebensende in transkulturellen Versorgungssituationen am Lebensende sollten eine qualifizierte Sprachmittlung, eine interkulturelle Kommunikationskompetenz und die sprachliche Qualität der Kommunikation mit nicht deutschsprachigen Mitarbeitenden in den Organisationen sichergestellt werden.

#### ***Sicherstellung einer qualifizierten Sprachmittlung als Voraussetzung für Chancengleichheit beim Zugang zu und im Prozess der Inanspruchnahme von Leistungen der Versorgung am Lebensende***

Für eine am Wohl der Patient\*innen und Angehörigen orientierte Kommunikation in Versorgungssituationen am Lebensende sollte der zeitliche und organisatorische Aufwand berücksichtigt werden. Für mehr Chancengleichheit im Zugang, einer angemessenen Behandlung

und der Sicherstellung einer selbstbestimmungsermöglichenden Sorge, insbesondere selbstbestimmter Entscheidungen am Lebensende (z.B. bei Therapieentscheidungen), sollte der Gesetzgeber die Finanzierung professioneller Dolmetschleistungen im Kontext transkultureller Versorgungssituationen gewährleisten und ein entsprechend geregeltes Angebot entwickeln [vgl. 16].

### ***Verbesserung der interkulturellen Kommunikation als Voraussetzung für eine kultursensible Versorgung am Lebensende***

Um die Qualität der Kommunikation in transkulturellen Kontexten zu verbessern, sollte sichergestellt werden, dass durch entsprechende Lehrinhalte im Rahmen von Aus-, Fort- und Weiterbildungen die interkulturelle Kompetenz der Mitarbeitenden gefördert wird. Die vorhandenen Curricula sollten systematisch evaluiert und ggf. entsprechend des wissenschaftlichen Kenntnis- und Diskussionsstands weiterentwickelt werden.

### ***Sicherstellung der sprachlichen Qualität der Kommunikation mit nicht deutschsprachigen Mitarbeitenden***

Angesichts der zunehmenden Anwerbung von Fachkräften aus dem Ausland und gezielter Ansprache von nicht deutschsprachigen Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrungen als Mitarbeitende in der pflegerischen Versorgung sollte eine hohe Qualität und verpflichtende Durchführung der ggf. erforderlichen vorbereitenden Deutschkurse sowohl im Ausland als auch in Deutschland sichergestellt werden, um die sprachliche Qualität der Kommunikation sowohl mit den Patient\*innen oder Pflegebedürftigen und ihren Familien als auch mit den Kolleg\*innen in den Einrichtungen zu gewährleisten.

#### **7.9.1.1 Hintergrund**

Im Hinblick auf die Versorgung am Lebensende verdeutlichen die Ergebnisse der Sekundäranalyse der Interviews mit Patient\*innen und Angehörigen mit einem russischsprachigen Migrationshintergrund die Bedeutung von Sprache für die pflegerische und palliative Versorgung. Sprachprobleme können nicht nur den Zugang zu Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung erschweren, sondern auch einen kommunikativen Austausch im Versorgungsverlauf nahezu unmöglich machen.

Zudem können divergente Wertvorstellungen oder erlebte Benachteiligungen durch strukturelle Mängel nicht nur als Widerspruch zu einem engen Verständnis von Autonomie bewertet werden, sondern bei daraus resultierenden Nachteilen ebenfalls zu einer Frage der Gerechtigkeit oder der Fürsorge werden.

### 7.9.1.2 Begründung

#### ***Sicherstellung einer qualifizierten Sprachmittlung***

Da die Interviews im Kontext der Hospiz- und Palliativversorgung geführt wurden, wurden für die weitere Diskussion zunächst die ethischen Maxime von Palliative Care ausgewählt, die sich in der aktuellen Debatte stark an den Prinzipien der Medizinethik orientieren.

Als zentrale Anliegen in der Palliativversorgung werden eine vorausschauende Planung und selbstbestimmte Entscheidungen oft wie selbstverständlich als Ausdruck von Autonomie betrachtet und eine offene Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben vorausgesetzt. Letzteres unterstützt das Anliegen der Mitarbeiter\*innen, sich an den Bedürfnissen der Sterbenden im Sinne einer patientenzentrierten Versorgung zu orientieren. Ziel ist der Erhalt oder die Verbesserung von Lebensqualität.

Die Aufklärung über Diagnose (und Prognose) stellt folglich ein zentrales Instrument von Palliative Care dar, um die Selbstbestimmung der Patient\*innen sicherzustellen bzw. autonome Entscheidungen zu ermöglichen. Teils wird sie auch als Voraussetzung für die Aufnahme in ein Hospiz formuliert. Wie anhand der Ergebnisse gezeigt werden konnte, entspricht dies jedoch nicht immer den Vorstellungen oder Fähigkeiten der Betroffenen.

Zum anderen erscheint es problematisch, wenn aufgrund einer fehlenden sprachlichen Verständigung die Bedürfnisse der Patient\*innen nicht wahrgenommen werden können oder einer Akzeptanz des Wunsches des Verschweigens auf eine Aufklärung durch die ärztlichen Mitarbeiter\*innen verzichtet wird.

Auch wenn beispielsweise (theoretisch) Einigkeit über zu treffende Entscheidungen besteht oder das Verständnis von Autonomie und Selbstbestimmung gemeinsam geteilt wird, bergen sprachliche Einschränkungen die Gefahr, dass dem Wunsch nach und Recht auf Selbstbestimmung der Patient\*innen nicht angemessen Rechnung getragen wird.

Unabhängig von der „Ursache“ (individuell oder strukturell bedingt) widerspricht eine unzureichende oder fehlende Aufklärung über die Diagnose und/oder lebenslimitierende Prognose, verbunden mit den genannten Konsequenzen, dem Verständnis von Autonomie in Palliative Care und stellt aus dieser Perspektive eine Einschränkung der Selbstbestimmung bzw. Autonomie der Patient\*innen dar.

Auch der Deutsche Ethikrat betont, es reiche nicht aus, „nur auf dem rechtlich gebotenen Respekt vor der Selbstbestimmung eines jeden zu bestehen und ihn an der Ausübung seiner Selbstbestimmung nicht zu hindern. Es ist ethisch vielmehr geboten, sich um die Selbstbestimmung eines jeden Patienten zu bemühen. Dies wird besonders deutlich bei vulnerablen Patientengruppen [...]“ [16, S. 40] Letztere können zudem von impliziten Rationierungen von

Leistungen besonders betroffen sein [35]. Um den begrenzten Ressourcen Rechnung zu tragen, sollte einer „wohlverstandenen Auffassung von Solidarität als einem tragenden Prinzip des Gesundheitssystems und als Grundlage für weitere Entscheidungen“ [9] gefolgt werden.

Die Empfehlung der Finanzierung und Etablierung des Einsatzes von Dolmetscher\*innen in Einrichtungen des Gesundheitswesens ist nicht neu, sondern knüpft an bisherige Untersuchungen an, die zeigen, dass durch ein geregeltes Angebot der Sprachmittlung zur Sicherstellung kommunikativer Kompetenz (z.B. Finanzierung von Dolmetschleistungen) in existenziellen Lebenssituationen Benachteiligungen gemindert und die gesundheitliche Chancengleichheit verbessert werden können [1]. Eine gelingende Interkulturalität der Versorgung könne durch z.B. eine interkulturelle Verständigung (u.a. durch Dolmetscher) ermöglicht werden [51].

Auch aus einer rechtsethischen Perspektive sei es, entgegen der gängigen Praxis vermeintlich sprachkundige, zufällig greifbare Personen hinzuzuziehen, unter dem Grundrechtsbezug (Art. 2 Abs. 2 und Art. 1 GG) der ärztlichen Aufklärung zur Wahrnehmung des Selbstbestimmungsrechts der Patient\*innen gerechtfertigt, Dolmetschkosten für staatlich vereidigte Dolmetscher\*innen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen [92].

### ***Weiterentwicklung der Aus-, Fort- und Weiterbildungen zur interkulturellen Kompetenz***

Die Analyse der durchgeführten Expert\*inneninterviews zeigt, dass die Entwicklung einer interkulturellen bzw. transkulturellen Kompetenz zum Bestandteil von Aus-, Fort-, und Weiterbildungen werden sollte, um problematischen und auch diskriminierenden Verhaltensweisen der Mitarbeiter\*innen im Bereich der Pflege entgegenzuwirken. Hierfür braucht es aus der Perspektive der interviewten Wissenschaftler\*innen kultursensitives Wissen und entsprechende Haltungen aufseiten der Mitarbeitenden und Strukturen in den Organisationen, die es ermöglichen, eine transkulturelle Perspektive einzunehmen.

### ***Qualitätssicherung von Deutschkursen***

Insbesondere aus der Perspektive der befragten Führungskräfte wird deutlich, dass die Sprachkompetenzen der Mitarbeitenden nicht nur für die Kommunikation mit den Patient\*innen oder Bewohner\*innen, sondern auch für den Austausch im Team von großer Bedeutung ist.

## **7.9.2 Zwischenfazit**

Offene Fragen, die die Qualität der Sprachmittlung, die Qualifizierung, Finanzierung und Beschäftigung der Sprachmittler\*innen, den Datenschutz sowie ihre Organisation bei ungeplanten Situationen etc. betreffen, müssen geklärt werden [1]. Darüber hinaus gilt es, sich mit den ethischen Aspekten des Dolmetschens in mehrsprachig-interkulturellen Kommunikationsverhältnissen in der Gesundheitsversorgung bzw. Palliativversorgung auseinanderzusetzen [44]. Dies sollte Ziel weiterer Untersuchungen und Forschung im Bereich der Sprachmittlung in der

Gesundheits- bzw. Hospiz- und Palliativversorgung sein. Zu evaluieren wäre beispielsweise, ob durch ein geregeltes Angebot der Sprachmittlung zur Sicherstellung kommunikativer Kompetenz in existenziellen Lebenssituationen Benachteiligungen gemindert und die gesundheitliche Chancengleichheit erhöht werden können. Zum einen wäre dabei zu prüfen, inwieweit durch die Sprachmittlung in diesen Situationen die Qualität der Versorgung verbessert wird, die Ursachen von Konflikten erkannt oder vermeintlich kulturelle oder religiöse Konflikte aufgrund von Stereotypisierung vermieden werden können. Zum anderen wäre zu klären, welche (weiteren) ethischen Probleme dadurch sichtbar und verbal kommunizierbar werden.

### **7.9.3 Gewährleistung diversitäts- und kultursensibler sowie organisationsethischer Strukturen in Einrichtungen der Versorgung am Lebensende**

Für eine bessere Versorgung am Lebensende, die den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen unabhängig von ihren kulturellen Vorstellungen zukünftig angemessen Rechnung trägt, sollten sowohl kultur- und diversitätssensible als auch organisationsethische Strukturen in Einrichtungen der Versorgung am Lebensende gewährleistet werden.

#### ***Weiterentwicklung von Ansätzen der interkulturellen Öffnung und des Diversity Managements für Einrichtungen zur Versorgung am Lebensende***

Für mehr Klarheit um die Ziele und eine geeignete Adaption der Konzepte für die Versorgung am Lebensende sollten wissenschaftliche Auseinandersetzungen zu den Begrifflichkeiten Interkulturalität, Transkulturalität, Diversity (Management) Eingang in die praxisorientierte konzeptionelle Weiterentwicklung finden und quer zu den übrigen Lehr- und Ausbildungsinhalten in entsprechenden Ausbildungen und Studiengänge vermittelt werden. Dabei sollte eine theoretisch fundierte Vorstellung von Differenz in Konzeptionen einer kultur- und diversitätssensiblen Versorgung berücksichtigt werden.

#### ***Förderung der Organisationsentwicklung durch organisationsethische Strukturen in allen Einrichtungen zur Versorgung am Lebensende***

Zur Sicherung und Verbesserung organisationsethischer Strukturen in Einrichtungen zur Versorgung am Lebensende, um eine Partizipation der Patient\*innen und Bewohner\*innen sowie deren Angehöriger angemessen in Entscheidungsprozessen im Versorgungsalltag zu ermöglichen. Aus organisationsethischer Perspektive sollte für die Klärung ethischer Konflikte nicht nur auf die Expertise in und von Ethikkommissionen oder die Entwicklung eines zuverlässigen Algorithmus zur Entscheidungsfindung gesetzt werden, sondern Zeit und Raum für Kommunikation und Austausch zu ethischen Fragestellungen im Versorgungsalltag gewährleistet und als Qualitätskriterium etabliert werden.

#### **7.9.3.1 Hintergrund**

Die Ergebnisse der durchgeführten Sekundäranalyse zu den subjektiven Vorstellungen und Erfahrungen von Betroffenen der Versorgung am Lebensende verdeutlichen die Bandbreite

von identitätsstiftenden Zugehörigkeiten und die Heterogenität innerhalb der Untersuchungsgruppe russischsprachiger Migrant\*innen. So gibt es – zumindest in Bezug auf diese Untersuchung – keine eindeutigen Positionen, die sich unmittelbar aus der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Ethnizität oder Religion ableiten ließen. Beispielsweise ist eine Zugehörigkeit zum Judentum nicht gleichzusetzen mit bestimmten jüdisch-religiösen Verständnisweisen und Ritualen, die bei der Versorgung am Lebensende von Bedeutung sein können. Obwohl sich durchaus Gemeinsamkeiten zeigen, die über reinen Individualismus hinausgehen, fallen herkunftsbezogene bzw. kulturelle Besonderheiten keineswegs mit den nationalen Grenzen oder religiösen Zugehörigkeiten zusammen.

Auf diesen Aspekt verweisen auch Erkenntnisse aus den Interviews mit Wissenschaftler\*innen, die über eine fundierte Expertise zu Fragen des Islam verfügen, auf die Diversität unter Muslim\*innen verweisen. Da es DEN Islam nicht gebe, gebe es ihrer Ansicht nach auch keine eindeutigen Antworten auf die Frage nach den Bedürfnissen von älteren oder pflegebedürftigen muslimischen Menschen am Lebensende.

Ein wesentlicher Schritt sollte darin liegen, von der Anerkennung von Differenz zur Vermeidung sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung zu kommen.

### **7.9.3.2 Begründung**

Aus einer care-ethischen Perspektive liefern die Ergebnisse daher gute Gründe für Skepsis gegenüber Ansätzen, die die moralischen Einstellungen einer Person zum Lebensende ausschließlich von ihrem nationalen, religiösen Hintergrund oder Migrationshintergrund abzuleiten versuchen.

Ethik sollte als organisationsbezogene Aufgabe verstanden werden. Aus einer organisationsethischen Perspektive legen die Ergebnisse eine rechtliche Regelung nahe, die ethisch vertretbares Handeln von Organisationen und ihren Mitarbeiter\*innen ermöglicht und Verbindlichkeit herstellt. Care-ethische Ansätze für die Bewertung von Versorgungssituationen und als Argumentationsgrundlage für Entscheidungen sollten gestärkt werden.

Die analytische Differenzierung der Dimensionen von Verantwortung ermöglicht, die Dimension moralischer Verantwortung auch von Organisationen sichtbar zu machen, die im Rahmen ökonomischer Handlungsspielräume von Organisationen aus einer organisationsethischen Perspektive immer mitgedacht und eingefordert werden sollte.

### **7.9.4 Zwischenfazit**

Von einer Auseinandersetzung und Stärkung einer kultur- und diversitätssensiblen Versorgung können letztlich alle Menschen in der Bevölkerung mit ihren unterschiedlichen Bedürfnissen und Vorstellungen zu einer guten Versorgung profitieren [103].

Aus einer organisationsethischen Perspektive können innerhalb von Organisationen ethische Haltungen auch hinsichtlich kultursensibler Strukturen verankert werden und so das individuell verantwortliche Handeln der Mitarbeitenden in sozialen Interaktionen stärken.

Den Organisationen von Einrichtungen der Versorgung am Lebensende sollte verdeutlicht werden, dass sie ethische Verantwortung sowohl nach innen als auch nach außen haben. So sollten sie Interessenarbeit auch auf politischer Ebene sicherstellen und sich verpflichten, gute Pflege durch ökonomisches wie moralisches Handeln umzusetzen.

### **7.9.5 Stärkung des Diskurses zur Bedeutung einer würdewahrenden pflegerischen Versorgung am Lebensende vor dem Hintergrund der zunehmenden Diversität unserer alternden Gesellschaft**

In Einrichtungen zur Versorgung am Lebensende sollte eine würdewahrende Pflege als Maßstab pflegerischer Qualität sichergestellt werden, die vor dem Hintergrund der zunehmenden Diversität unserer alternden Gesellschaft allen Menschen zugutekommt.

#### **7.9.5.1 Hintergrund**

Die Ergebnisse der Interviews mit den Führungskräften in Einrichtungen zur pflegerischen Versorgung am Lebensende legen angesichts der wachsenden gesellschaftlichen Bedeutung einer bedarfsgerechten und würdewahrenden pflegerischen Versorgung eine Auseinandersetzung zum heutigen Verständnis von Sorge und zur Definition einer kultur- und diversitätssensibler Pflege nahe.

Die Ergebnisse zur Perspektive der Führungskräfte werfen die Frage auf, inwiefern eine „Entsubjektivierung“ der Pflege als Folge von Ökonomisierungsprozesse zu einer Dehumanisierung der formellen (professionellen) Pflege maßgeblich beiträgt.

Insgesamt verdeutlichen die Interviews mit den Führungskräften, dass sie und ihre Mitarbeitenden **noch** an einem Pflegeverständnis festhalten, das mehr als nur ‚abrechenbare Leistungen‘ umfasst. Unter den jetzigen Rahmenbedingungen bekommt dieses Verständnis jedoch sichtbar Risse.

Insgesamt wurden die Erwartung und Überzeugung in den Interviews mit den Führungskräften deutlich, dass die Übernahme von Verantwortung nicht nur auf individueller, sondern auch auf gesellschaftlicher und institutioneller Ebene erforderlich ist und auf allen Ebenen Maßnahmen zur Verwirklichung für ein „Mehr an Verantwortung“ erforderlich sind.

Auch die Ergebnisse der Diskursanalyse zeigen, dass sich der gesundheitspolitische Diskurs zukünftig nicht darauf beschränken können wird, die Verteilung von Ressourcen medizinischer und pflegerischer Leistungen durch das Gesundheitssystem zu regeln. Vielmehr scheint es angesichts der gesellschaftlichen Veränderungen erforderlich, den sozialen Faktoren für eine gerechte Gesundheit und ein würdevolles Lebensende stärker Rechnung zu tragen und dabei die Wahrnehmung der subjektiven Vorstellungen zu deskriptiven und normativen Werten der

Gesellschaft zu schärfen. In pflegerischen Zusammenhängen sollte es darum gehen, eine kritische Perspektive auf Diversität einzunehmen, um damit einhergehende Fragen von Ungleichheiten und der damit verbundenen Gefahr einer ungerechten Behandlung in der Versorgung am Lebensende angemessen begegnen zu können. Gleichmaßen gilt es, die Sorge um den Zugang zu Pflege als Frage der sozialen Gerechtigkeit in eine Konzeption von Care einzubeziehen.

#### **7.9.5.2 Begründung**

Aus einer care-ethischen Perspektive wird deutlich, dass es ein Verständnis von Sorge braucht, das u.a. Pflege für sich selbst und andere als ein wesentliches zu verteilendem Gut einschließt und damit einen normativen Anspruch für gutes Leben begründet [54]. Für eine würdewahrende Pflege muss der Achtsamkeit gegenüber der Pflegebedürftigen ein hoher Stellenwert eingeräumt werden.

#### **7.9.6 Zwischenfazit**

Festzuhalten ist, dass moralische Dimensionen pflegerischen Handelns stärker zur Sprache gebracht werden müssen: sei es dadurch, dass Beziehungsarbeit wertgeschätzt wird, der Wert einer Dienstübergabe wiederentdeckt oder ethische Fallbesprechungen nicht an zentrale Ethik-Kommissionen delegiert werden.

In der weiteren Debatte ist das primäre Ziel einer „guten“ würdewahrenden Pflege so zu fokussieren, dass sie unter der Nebenbedingung ihrer Finanzierbarkeit bzw. der Wirtschaftlichkeit erreicht werden kann. Zu prüfen ist, ob es rechtliche Rahmenbedingungen braucht, welche die von Sauerland [82] formulierte mögliche Zielperspektive verhindern, bei der es um eine (hohe) Rendite als primäres Ziel der Organisation geht, das unter der Nebenbedingung Pflege anzubieten, erwirtschaftet wird.

#### **7.10 Fazit des Diskussionspapiers**

Um allen Menschen, die in Deutschland nach geltendem Recht Ansprüche auf soziale, gesundheitliche oder palliative Leistungen haben, eine bestmögliche Versorgung am Lebensende zukommen zu lassen, sollten sie bei der Wahrnehmung ihrer Rechte und Inanspruchnahme von Leistungen nicht durch Sprachbarrieren oder aufgrund von Benachteiligungen gehindert werden. Die Organisationen sollten Strukturen aufweisen, die eine würdewahrende sowie diversitäts- und kultursensible Versorgung gewährleisten. Die Kosten sollten refinanziert werden können. Hierfür sollten rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Aus einer ethischen Perspektive scheint eine Intensivierung des wissenschaftlichen Diskurses zu den Maximen von Palliative Care, insbesondere zum Konzept der Autonomie und dessen Bedeutung in existenziellen Lebenssituationen, erforderlich. Zu fragen ist, ob eine offene und

umfängliche Aufklärung in allen Fällen ein angemessenes Vorgehen für eine patientenzentrierte Versorgung ist und inwiefern sich alternative Vorgehensweisen ethisch begründen lassen. So sollten familienorientierte Konzepte in zukünftigen Untersuchungen unter einer ethischen Perspektive hinsichtlich ihrer Potenziale für transkulturelle Versorgungssituationen betrachtet werden.

Weiterhin sollten Organisationsentwicklungsprozesse, die eine langfristige Implementation von kultur- und diversitätssensiblen sowie organisationsethischer Strukturen zum Ziel haben, wissenschaftlich begleitet werden, um nachhaltige Konzeptionen z.B. für die Bereiche Qualitätssicherung der Pflege und Curricula für Aus-, Fort- und Weiterbildungen im Gesundheitsbereich entwickeln zu können.

Der künftige pflege- und gesundheitspolitische Diskurs sollte der Frage nachgehen, unter welchen Voraussetzungen sich eine würdewahrende und diversitätssensible Sorge in der konkreten Praxis umsetzen lässt. Dabei sollte geprüft werden, wie den individuellen Bedürfnissen und differenten Vorstellungen von Selbstbestimmung im Sinne einer selbstbestimmungsermöglichenden Sorge kontextsensitiv Rechnung getragen werden kann. Darüber hinaus sollte vor dem Hintergrund der Intention, die Solidarität der Gesellschaft, verstanden als zivilgesellschaftliches Engagement und familiärer Sorge, bei der Übernahme von Care-Tätigkeiten und Pflege zu erhalten und zu stärken, die Auseinandersetzung mit Fragen der Gender- und Generationengerechtigkeit intensiviert werden.

## **8 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung**

In diesem Projekt war die Triangulation unterschiedlicher Methoden kennzeichnend, die in ihrer Kombination dazu dienten, vorhandene ethische Normen und Überzeugungen auf unterschiedlichen Ebenen zu beschreiben und zu rekonstruieren, die sich insbesondere in Bezug auf Fragen des Umgangs mit kultureller Diversität und ihrer Bedeutung für die Gestaltung der Versorgung am Lebensende in den gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Diskursen, in den individuellen und kollektiven Sichtweisen von verantwortlichen Akteuren in Organisationen der Gesundheitsversorgung sowie den individuellen Sichtweisen der Nutzer\*innen zeigen.

Letzteres war durch die Durchführung der Sekundäranalyse möglich, die wie geplant umgesetzt werden konnte. Auch die Ziele in Bezug auf die Datenerhebung und -auswertung der Expert\*inneninterviews sowie der Diskursanalyse wurden erreicht. Die sich im Forschungsprozess ergebenden Änderungen aufgrund der Rekrutierungsprobleme bei den Wissenschaftler\*innen wurden unter Punkt 5.2.3 erörtert. Die Diskursanalyse wurde durch eine zusätzliche Leitbildanalyse ergänzt. Damit wurde eine Empfehlung aus dem philosophischen Fachgespräch umgesetzt. Insgesamt war das methodische Vorgehen geeignet, um die Fragestellungen des Projekts zu bearbeiten. So konnte ein Beitrag geleistet werden, um die bislang

fehlende Wahrnehmung der unterschiedlichen Perspektiven von den in der Praxis miteinander interagierenden Personen (hier Patienten und Angehörige, verantwortliche Akteure) im pflege- bzw. gesundheitspolitischen Diskurs zu ermöglichen.

Durch die systematische Literaturrecherche, die Durchführung eines philosophischen Fachgesprächs sowie die kontinuierliche Reflexion der eigenen Positionen konnten unterschiedliche Perspektiven für die Interpretation der Ergebnisse eingenommen werden. Hinsichtlich der Fachgespräche war geplant, die Expertise der Kooperationspartner\*innen auch im weiteren Projektverlauf zu nutzen, um unsere eigene Forschungsperspektive und Argumentationslogik(en) kritisch zu reflektieren und weitere alternative Interpretationsmöglichkeiten und Argumentationslogiken einzubeziehen. Erörtert werden sollte jeweils, inwiefern aus der jeweiligen ethischen Perspektive/Theorie die aktuelle Versorgungspraxis oder potenzielle Maßnahmen (mit dem Fokus der Geeignetheit und Angemessenheit von Maßnahmen zur Förderung der Interkulturalität) zur Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung vor dem Hintergrund des demographischen Wandels möglicherweise im Widerspruch zur Werteordnung des Grundgesetzes stehen.

Wenngleich im Projektverlauf aus zeitlichen Gründen nur ein Fachgespräch durchgeführt werden konnte, wurden die damit verbundenen Überlegungen – die Reflexion der eigenen Ausgangsposition; das Aufzeigen von Pfaden unterschiedlicher disziplinärer Denkansätze und Aufzeigen multiperspektivischer Lösungswege (siehe hierzu 7.2) – in den gesamten Forschungsprozess und in die Ergebnisdarstellung integriert und die Ergebnisse damit entsprechend der Zielformulierung aufbereitet.

Mit Hilfe der explorativen Expert\*inneninterviews konnte ergänzend die Expertise zu unterschiedlichen Moraltheorien oder -lehren aus anderen Kulturkreisen berücksichtigt werden. Diese konnten für die Entwicklung eines Diskussionspapiers ebenso herangezogen werden, wie die weiteren theoretischen Erkenntnisse aufgrund der Auseinandersetzung mit verschiedenen ethischen Denkansätzen und Grundlagenliteratur zu Konzepten der Interkulturalität und Ansätzen des Diversity Managements sowie die eigenen empirischen Ergebnisse. Die im Diskussionspapier vorgeschlagenen Maßnahmen wurden entlang alternativer Argumentationen diskutiert, um Impulse für den weiteren gesellschaftlichen Diskurs und gesundheitspolitische Entscheidungen zu setzen. Es konnten ethisch vertretbare und mit dem Wertesystem des Grundgesetzes vereinbare Empfehlungen für eine gelingende diversitäts- und kultursensible Versorgung erarbeitet werden, die in einem Diskussionspapier für die weitere Diskussion zur Verfügung stehen.

Durch die Dissemination der Ergebnisse in die Fachöffentlichkeit (z.B. im Fachausschuss Kritischen Gerontologie der DGGG) und Praxis (z.B. im Rahmen der Qualifizierung von Pflege-, Kultur- und Sprachmittler\*innen) wurde darüber hinaus ein Beitrag geleistet, die Akteur\*innen

für eine stärkere Orientierung an den Bedürfnissen der Betroffenen und ethische Aspekte der Organisationsentwicklung zu sensibilisieren.

Da die Arbeit der Regionalgruppe Ost für eine kultursensible Altenpflege seit 2019 ruht und der Aufbau einer bundesweiten Fachgruppe zum Thema „Hospiz- und Palliativarbeit für Menschen mit Migrationshintergrund bzw. Kultursensible Begleitung“ beim Deutschen Hospiz- und Palliativverband e.V. im Projektzeitraum nicht mehr zustande kam, war eine Dissemination der Ergebnisse hier nicht mehr möglich.

Die Ergebnisse wurden außerdem wie geplant auf drei Fachkongressen präsentiert und in Fachzeitschriften veröffentlicht. Weitere Publikationen sind in Vorbereitung.

Der Diskurs zu den Projektergebnissen und ihren Implikationen für die zukünftige politische Entscheidungsfindung geeigneter Rahmenbedingungen und die Weiterentwicklung von diversitätssensiblen Versorgungskonzepten sollte über das Projektende hinaus anhand der vorhandenen und noch zu erwartenden Publikationen weitergeführt werden. Insbesondere das geplante Themenheft der Zeitschrift für Geriatrie und Gerontologie zum Thema „Care Ethik und ihre Potenziale für eine kritische Gerontologie“ mit Beiträgen von Prof. Dr. Helen Kohlen, Marilena von Köppen, Silke Migala und Florian Wernicke kann hierzu einen Beitrag leisten.

Die Ergebnisse sind im Projektverlauf fortlaufend und über das Projektende hinaus in geplante Lehrkonzeptionen eingeflossen. Inwieweit die inhaltliche Aufbereitung dazu dienlich ist, die Akteur\*innen zur Umsetzung interkultureller Kompetenz und interkultureller Organisationsstrukturen zu befähigen und einen Beitrag zu berufs- und organisationsethischen Konzepten der Pflege und der Hospizarbeit zu leisten, wäre zukünftig zu evaluieren.

In der Studie wurden die Wechselbeziehungen zwischen ethischen Konzepten, empirisch ethischen Fragestellungen der Gesundheitswissenschaften und qualitativen Forschungsmethoden gewinnbringend genutzt. Es konnte gezeigt werden, dass die Triangulation von qualitativen Methoden und Perspektiven für die Bearbeitung von ethischen Fragestellungen einen Beitrag zu leisten vermag.

## **9 Gender Mainstreaming Aspekte**

In diesem Forschungsprojekt wurde insgesamt eine intersektionale Forschungsperspektive eingenommen (siehe 7.2) und Gender mithin als ein wesentliches Differenzkriterium betrachtet. Damit wurde zudem bedacht, dass es innerhalb der Versorgung am Lebensende möglicherweise durch soziale Ungleichheiten zu Ungerechtigkeiten kommt, die sich nicht allein auf das biologische oder soziale Geschlecht zurückführen lassen.

Insofern konnte sichergestellt werden, dass sowohl in der theoretischen Auseinandersetzung als auch im empirischen Teil der Arbeit immer auch genderbezogene Aspekte, über die Ein-

beziehung des weiblichen und männlichen Geschlechts als Auswahlkriterium für die Untersuchungssamples hinaus, berücksichtigt wurden. Auf eine gendergerechte Schreibweise in Publikationen und Vortragsweise wurde regelmäßig geachtet.

Zu bedenken ist, dass es noch immer mehrheitlich Frauen sind, die Care-Arbeit leisten, sei es im institutionellen, privaten/familiären oder ehrenamtlichen Bereich. Dies zeigt sich implizit auch in den Ergebnissen dieser Studie. Zunehmend stellt sich damit die Frage nach einer angemessenen Verteilung der Sorgearbeit zwischen den Geschlechtern. Hierfür gilt es zum einen, die Arbeitsbedingungen professionell Pflegender angesichts von Personalmangel und Ökonomisierung sowie hinsichtlich der Arbeits- und Lebensverhältnisse von ausländischen Care-Arbeiter\*innen in Privathaushalten in den Blick zu nehmen. Zum anderen erscheint es nach wie vor notwendig, sich mit der Frage männlicher Partizipation im Kontext familiärer Sorge auseinanderzusetzen. In diesem Zusammenhang ist zu problematisieren, dass Fürsorglichkeit und soziale Bezogenheit in westlichen Gesellschaften noch immer mit dem weiblichen Geschlecht assoziiert sind.

## **10 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse**

Ausgehend von einem Verständnis, dass wissenschaftliche Erkenntnisse nicht nur als Orientierungshilfe für politische Entscheidungen dienen, sondern sich auch notwendigerweise an die Gesellschaft richten [65], wurden die Ergebnisse auf unterschiedlichen Ebenen zur Verfügung gestellt.

Die Ergebnisse des Projektes, in die die Erkenntnisse des philosophischen Fachgesprächs und der Gruppendiskussion mit Wissenschaftler\*innen (mit islamwissenschaftlicher Expertise) eingeflossen sind, wurden für die Öffentlichkeit aufbereitet. Sie wurden so für Institutionen, die sich fachlich und inhaltlich mit der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens beschäftigen, zugänglich gemacht.

Darüber hinaus wurden die Ergebnisse an Träger von Einrichtungen zur Versorgung am Lebensende im Gesundheitssystem sowie andere Projekte und Einrichtungen in interkulturellen Kontexten rückgemeldet.

### **10.1 Publikationen**

Migala, S. & Flick, U. (2020). Altern und Sterben in Diversität – Implikationen einer intersektionalen Perspektive für die Analyse pflegepolitischer Diskurse. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* [Aging and dying in diversity-implications of an intersectional perspective for analyzing care policy discourses], 53(3), 222–227. <https://doi.org/10.1007/s00391-020-01703-8>

- Migala, S. & Flick, U. (2020). Making It Relevant: Qualitative Inquiry in the Public Sphere Focusing End-of-Life Care and Migration. *Qualitative Inquiry*, 26(2), 187–199. <https://doi.org/10.1177/1077800419857107>
- Migala, S. & Flick, U. (2019). Cultural and Individual Barriers to Palliative Care From Different Angles: Data Triangulation in Practice. *Qualitative Inquiry*, 25(8), 786–798. <https://doi.org/10.1177/1077800418809475>
- Flick U (2018) Triangulation in Data Collection. In: Flick U (Hrsg) The SAGE Handbook of Qualitative Data Collection, 1 Oliver's Yard, 55 City Road London EC1Y 1SP, S 527–544.
- Migala, S. & Flick, U. (2018): Individual needs, cultural barriers, public discourses. Taking Qualitative Inquiry into the Public Sphere. In: N.K. Denzin & M. Giardina (eds.): *Qualitative Inquiry in the Public Sphere*. New York: Routledge, S. 90-107.
- Migala, S.; Sokolova, O. & Flick, U. (2017). "Ich bin aber Gott sei Dank kein ausgeprägter Atheist." Verständnisweisen postsowjetischer Juden in Deutschland von Religiosität und ihre Bedeutung für die Versorgung am Lebensende. In Stephan M. Probst (Hrsg.): Die Begleitung Kranker und Sterbender im Judentum. Bikkur Cholim, jüdische Seelsorge und das jüdische Verständnis von Medizin und Pflege (S. 227-241). Berlin: Hentrich & Hentrich Verlag.

## **10.2 Beiträge auf Kongressen und Fachveranstaltungen (Vorträge, Poster, Arbeitspapiere)**

- Falk, K.; Hämel, K.; & Migala, S. (2020): Ökonomisierung und Pflege. Ein Arbeitspapier als Diskussionsbeitrag und Vortrag bei der Jahrestagung des Fachübergreifenden Ausschusses AK Kritische Gerontologie in Fulda, 21./22. Februar 2020.
- Migala, S. (2019): Progrediente Erkrankungen und Umgang mit Tod und Sterben. Eingeladener Vortrag im Rahmen der Ringvorlesung „Therapeutisches Handeln in herausfordernden Versorgungssituationen“ an der Universität zu Lübeck, Oktober 2019.
- Migala, S. & Flick, U. (2019): Kritische Perspektiven auf Care. Verständnisweisen von Führungskräften zur Frage kollektiver Verantwortung für eine gute Sorge am Lebensende – eine organisationsethische Analyse. Vortrag beim Kongress der DGGG, September 2019, Berlin.
- Migala, S. (2019): Welche Impulse kann eine philosophische Ethik der Achtsamkeit für die Sorgearbeits-Debatte angesichts des demografischen Wandels in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung leisten? Ein Arbeitspapier als Diskussionsbeitrag und Vortrag zu Care-Ethik & Kritischer Gerontologie bei der Jahrestagung des Fachübergreifenden Ausschusses AK Kritische Gerontologie in Frankfurt am Main, 22./23. Februar 2019.
- Migala, S. (2018): Diversität(en) in Teams der Versorgung am Lebensende – eine Frage der Organisationsethik? Perspektiven von Führungskräften der Pflege und Sozialen Arbeit

zu Chancen und Entwicklungspotenzialen. Eingeladener Vortrag/Workshop am 05.12.2018 beim 2. Fachforum welcome@healthcare in Wuppertal: Interkulturelle Praxis in Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Migala, S. & Flick, U. (2018): Kulturelle Diversität in der Versorgung am Lebensende – Alles (k)ein Problem? Posterpräsentation beim Kongress für Versorgungsforschung, Oktober 2018, Berlin.

Migala, S. & Flick, U. (2018): Vielfalt in Care-Kontexten am Lebensende – eine Frage der Ethik? Vortrag beim Kongress der DGGG, September 2018, Köln.

Migala, S. (2018): Versorgungssituation von russischsprachigen Migrant\*innen am Lebensende – Alles (k)ein Problem? Ergebnisse einer Sekundäranalyse aus ethischer Perspektive. Eingeladener Vortrag zur Abschlusstagung des Göttinger Palliativforums am 01.06.2018.

Migala, S. & Flick, U. (2017): Altern und Sterben in Diversität – Implikationen einer intersektionalen Perspektive für die Analyse gesundheitspolitischer Diskurse. Vortrag bei der gemeinsamen Jahrestagung der Sektionen III und IV der DGGG, 29. September 2017, Fulda.

### **10.3 Geplante Publikationen**

Migala, S. & Flick, U. (in Vorbereitung): End of Life Care – Welche Impulse kann eine philosophische Ethik der Achtsamkeit für die Care-Debatte angesichts des demografischen Wandels in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung leisten?

Migala, S. & Flick, U. (in Vorbereitung): Lehrkonzeption zum Thema Interkulturalität/Diversität und Förderung organisationsethischer Strukturen im Kontext der Versorgung am Lebensende/Palliative Care

Kümpers, S. & Ahner, K. (Hrsg.) (angenommener Vorschlag für 2021): Themenheft der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie: „Care Ethik und ihre Potenziale für eine kritische Gerontologie“, mit Beiträgen von:

Kohlen, Helen: „Der "political turn“ der Care Ethik. Konsequenzen für die Praxis in Pflege und Medizin“

Köppen, Marilena von: "Partnerschaftliche Forschungsbeziehungen aufbauen: Kann partizipative Forschung von der Care Ethik lernen?"

Migala, Silke: "Care-Ethik und Diversität in der Pflege - Reflexionen aus der Praxis"

Wernicke, Florian: „Advokatorische Ethik in der Praxis - Sektorenübergreifende Kooperationen zum Schutz vulnerabler Erwachsenenengruppen“

Positionspapier der AG Palliativversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund der DGP (in Vorbereitung): Sicherstellung der qualifizierten bzw. professionellen Sprachmittlung als Voraussetzung für Chancengleichheit beim Zugang zu Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung unter Mitwirkung von Asita Behzadi, Charité; Yasemin Günay, Hospizdienst DaSein München; Maximiliane Jansky, Universitätsmedizin Göttingen; Silke Migala, Freie Universität Berlin; Elizabeth Schmidt-Pabst, Lazarus Hospiz Berlin u.a.

Migala, Silke (in Vorbereitung): Kommentar zum Symposium (Moderation: Kerstin Hämel, Universität Bielefeld): Möglichkeiten der Förderung von Gesundheit und Partizipation in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, Kongress der DGGG 2020 bzw. 2021 (aufgrund der Corona-Pandemie)

#### **10.4 Lehrveranstaltungen mit Projektbezug**

- Wintersemester 2017/18
  - Lehrforschungsprojekte im Masterstudiengang Bildungswissenschaft zur „Interkulturalität der Versorgung“
  - Seminar im Bachelorstudiengang „Gesundheits- und Pflegemanagement“ an der Alice Salomon Hochschule: „Diversität am Lebensende als Thema der Pflege(ethik)“
- Sommersemester 2018
  - Betreuung von Abschlussarbeiten (Masterthesis) mit Projektbezug
- Wintersemester 2018/19
  - Lehrforschungsprojekt im Masterstudiengang Bildungswissenschaft zur „Interkulturalität der Versorgung“
  - Seminar im Bachelorstudiengang „Gesundheits- und Pflegemanagement“ an der Alice Salomon Hochschule: „Diversität am Lebensende als Thema der Pflege(ethik)“
- Wintersemester 2019/20
  - Vortrag im Rahmen einer Ringvorlesung der Universität zu Lübeck
  - Seminar im Bachelorstudiengang „Gesundheits- und Pflegemanagement“ an der Alice Salomon Hochschule: „Diversität am Lebensende als Thema der Pflege(ethik)“

#### **Lehrforschungsberichte**

Schmidt, Lena (2019): Eine Analyse über die Darstellung von Diversität in Leitbildern sozialer Institutionen.

Lechner, Benedikt (2018): Im Geflecht aus Forderung und Assertion – Leistung und Steuerung in der politischen Rede über Gerechtigkeit in der Pflege.

Schilling, Anna Lena & Schneider, Paula (2018): Spiritual Care in der Versorgung am Lebensende – Diverse Sichtweisen auf den Umgang mit spirituellen Bedürfnissen.

Wächter, Franziska (2018): Spiritual Care in Versorgungseinrichtungen am Lebensende. Über Strategien in konfessionell gebundenen Einrichtungen im Vergleich zu Einrichtungen ohne kirchliche Trägerschaft spirituelle Kompetenzen zu generieren.

### **Mitwirkung an Publikationen**

Schmidt-Pabst, Elizabeth (2018): Curriculum „Qualifizierung zur Pflege-, Kultur- und Sprachmittlerin“ (PKuS), unter Mitwirkung von Dr. Katharina Graffmann-Weschke, AOK PflegeAkademie; Nazife Sari, Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e.V.; Dr. Brigitte Weißmeier, Dr. Olivia Dibelius, Dr. Martina Stallmann, Institut für Innovation und Beratung an der Evangelischen Hochschule Berlin e.V.; Gülü Kuzu, Kompetenzzentrum Interkulturelle Öffnung in der Altenhilfe, Berlin; Silke Migala, Forschungsprojekt „Interkulturalität der Versorgung am Lebensende – Anspruch und Wirklichkeit aus einer organisationsethischen Perspektive“ Freie Universität Berlin und Alexandra Lange, Diakonisches Bildungszentrum Lobetal

### **10.5 Verfügbarkeit über Internet**

Informationen über das Projektvorhaben und aktuelle Veröffentlichungen werden auf der Homepage des Arbeitsbereichs veröffentlicht: [www.fu-berlin.de/ivl](http://www.fu-berlin.de/ivl)

## **11 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotenzial)**

### ***Welche Erfahrungen/Ergebnisse sind für den Transfer, ggf. für die Vorbereitung und Begleitung der Gesetzgebung des BMG geeignet?***

Die Ergebnisse werden dem Bundesministerium für Gesundheit mit diesem Endbericht, dem Diskussionspapier sowie den Publikationen uneingeschränkt zur Verfügung gestellt. Sie ermöglichen die weitere Auseinandersetzung der politischen Akteur\*innen mit unterschiedlichen Perspektiven auf die Herausforderungen, die mit dem demografischen Wandel und (nicht nur) kultureller Diversität einhergehen und kann als Ausgangspunkt für die Entwicklung von Positionspapieren durch am Diskurs beteiligte Akteur\*innen dienen. Die Ergebnisse zeigen weiterhin Möglichkeiten auf, wie an und auf unterschiedlichen Ebenen angesetzt werden kann, um aus ethischer Sicht problematische Situationen in diesem Versorgungsbereich zu vermeiden und die Versorgung zu optimieren.

Die Erkenntnisse aus dem Projekt geben Anregungen zu Diskussionen und Ideen, die sich auf die Gestaltung einer interkulturellen hospizlichen und pflegerischen Versorgung am Lebensende und Förderung der interkulturellen Kompetenz auch von ehrenamtlichen Helfer\*innen

beziehen. Zur Sensibilisierung für die Herausforderungen aus organisationethischer Perspektive und zur Verbesserung der Versorgungssituation können aus den Ergebnissen konzeptionelle Vorschläge zur Implementierung von Maßnahmen in Einrichtungen entwickelt werden.

Um die beteiligten Verantwortlichen zu erreichen und einen Beitrag zum gesundheitspolitischen Diskurs zu leisten, sollten die Erkenntnisse des Projekts über und in entsprechenden Gremien z.B. von Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. und in Projekten und Stabsstellen der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales verbreitet und diskutiert werden.

Ebenso sollten u.a. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.; Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V., Deutscher Ethikrat, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen auf die Ergebnisse aufmerksam gemacht werden.

Die Resultate wurden verstärkt in Studiengänge der Berliner Hochschulen und Universitäten, in Einrichtungen für Fort- und Weiterbildungen sowie durch Publikationen und Tagungen disseminiert (siehe Punkt 10).

#### ***Wie wirken sich die Projektergebnisse auf die Gesundheitsversorgung/Pflege aus?***

Aussagen über messbare Auswirkungen können hier nicht getroffen werden. Die Erfahrungen aus den Disseminationsveranstaltungen haben gezeigt, dass die Ergebnisse fachliche Diskussionen anstoßen und die Praxis an weiterführenden Konzeptionen zur Verbesserung der Versorgungssituation interessiert ist.

Mit den Projektergebnissen konnten Beiträge für Diskussionen auf Fachveranstaltungen, Positionspapiere und Qualifizierungsmaßnahmen geleistet werden:

Die Mitarbeit im Fachausschuss/Arbeitskreis „Kritische Gerontologie“ der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie führte zu zwei Arbeitspapieren und Diskussionsbeiträgen, die Ergebnisse des Projekts zum Gegenstand hatten (siehe auch Publikationsliste). Im Rahmen der Dissemination wurden Ergebnisse des Projekts für die Entwicklung eines Curriculums für die Qualifizierung von „Pflege-, Kultur- und SprachmittlerInnen“ (PKuS) eingebracht, das in Kooperation zwischen der PflegeAkademie der AOK Nordost, dem Diakonischen Werk und dem Institut für Innovation und Beratung an der Evangelischen Hochschule Berlin e.V. entwickelt wurde. Darüber hinaus führte die Mitarbeit in der AG „Palliativversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund“ der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zur Entwicklung eines Positionspapiers zur Frage der Sprachmittlung am Lebensende. Das Positionspaper befindet sich zurzeit im Abstimmungsprozess (Mitwirkende: u.a. der Charité, Universitätsmedizin Göttingen, des Hospizdienst DaSein München, Lazarus Hospiz Berlin).

#### ***Was wird nach Projektende mit den aufgebauten Strukturen passieren?***

Auf die aufgebauten Strukturen kann/soll bei möglichen zukünftigen Forschungsanträgen bzw. -projekten zurückgegriffen werden.

Das Lehrkonzept wird für zukünftige Lehrveranstaltungen, z.B. im Wintersemester 20/21 an der Humboldt-Universität zu Berlin im BA-Studiengang Rehabilitationspädagogik als Grundlage für ein Seminar im Modul Soziologische Grundlagen der Rehabilitation zur Anwendung kommen.

### ***Weitere Implikationen der Ergebnisse (z.B. für weiterführende Fragestellungen)?***

Die Inhalte und Materialien für Präsentationen und Workshops stehen zur Verfügung und sind als Grundlage für die weitere Entwicklung eines Fort- und Weiterbildungsmanuals für Einrichtungen der Versorgung am Lebensende geeignet. Aufgrund des Interesses zahlreicher Einrichtungen und Gremien (z.B. Arbeitskreis „Alter und Gesundheit“ bei Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.; Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung c/o SEKIS in Berlin; PflegeAkademie der AOK Nordost) an den Ergebnissen wird die Entwicklung eines Weiter- und Fortbildungsmanuals für eine diversitätssensible Versorgung am Lebensende, die zu einer ethische Organisationsentwicklung beiträgt, empfohlen.

Die Ergebnisse bieten Anknüpfungspunkte für die Entwicklung von Interventionen zur Organisationsentwicklung und deren Evaluation. So könnten die Auswirkungen der Projektergebnisse auf die Gesundheitsversorgung/Pflege untersucht werden.

## **12 Publikationsverzeichnis**

- Migala, S. & Flick, U. (2020). Altern und Sterben in Diversität – Implikationen einer intersektionalen Perspektive für die Analyse pflegepolitischer Diskurse. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* [Aging and dying in diversity-implications of an intersectional perspective for analyzing care policy discourses], 53(3), 222–227. <https://doi.org/10.1007/s00391-020-01703-8>
- Migala, S. & Flick, U. (2020). Making It Relevant: Qualitative Inquiry in the Public Sphere Focusing End-of-Life Care and Migration. *Qualitative Inquiry*, 26(2), 187–199. <https://doi.org/10.1177/1077800419857107>
- Migala, S. & Flick, U. (2019). Cultural and Individual Barriers to Palliative Care From Different Angles: Data Triangulation in Practice. *Qualitative Inquiry*, 25(8), 786–798. <https://doi.org/10.1177/1077800418809475>
- Migala, S. & Flick, U. (2018): Individual needs, cultural barriers, public discourses. Taking Qualitative Inquiry into the Public Sphere. In: N.K. Denzin & M. Giardina (eds.): *Qualitative Inquiry in the Public Sphere*. New York: Routledge, S. 90-107.
- Migala, S.; Sokolova, O. & Flick, U. (2017). "Ich bin aber Gott sei Dank kein ausgeprägter Atheist." Verständnisweisen postsowjetischer Juden in Deutschland von Religiosität und ihre Bedeutung für die Versorgung am Lebensende. In Stephan M. Probst (Hrsg.): *Die Begleitung Kranker und Sterbender im Judentum. Bikkur Cholim, jüdische Seelsorge und das jüdische Verständnis von Medizin und Pflege* (S. 227-241). Berlin: Hentrich & Hentrich Verlag.

## **Master- und Doktorarbeiten**

Wächter, Franziska (2019): Bedeutungen von Spiritualität im Hospiz. Eine Rekonstruktion subjektiver Sichtweisen auf Spiritualität unter Pflegekräften und Sozialarbeiter\*innen.

Lechner, Benedikt (2019): Stigmatisierung und psychische Erkrankung in der parlamentarischen Debatte zum bayrischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz.

Migala, Silke (2020): Palliative Care – Rekonstruktion von Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und Fremdheitserfahrungen

## **Kongressbeiträge (Vorträge, Poster, unveröffentlichte Arbeitspapiere)**

Falk, K.; Hämel, K.; & Migala, S (2020): Ökonomisierung und Pflege. Ein Arbeitspapier als Diskussionsbeitrag und Vortrag bei der Jahrestagung des Fachübergreifenden Ausschusses AK Kritische Gerontologie in Fulda, 21./22. Februar 2020.

Migala, S. (2019): Progrediente Erkrankungen und Umgang mit Tod und Sterben. Eingeladener Vortrag im Rahmen der Ringvorlesung „Therapeutisches Handeln in herausfordernden Versorgungssituationen“ an der Universität zu Lübeck, Oktober 2019.

Migala, S. & Flick, U. (2019): Kritische Perspektiven auf Care. Verständnisweisen von Führungskräften zur Frage kollektiver Verantwortung für eine gute Sorge am Lebensende – eine organisationsethische Analyse. Vortrag beim Kongress der DGGG, September 2019, Berlin.

Migala, S. (2019): Welche Impulse kann eine philosophische Ethik der Achtsamkeit für die Sorgearbeits-Debatte angesichts des demografischen Wandels in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung leisten? Ein Arbeitspapier als Diskussionsbeitrag und Vortrag zu Care-Ethik & Kritischer Gerontologie bei der Jahrestagung des Fachübergreifenden Ausschusses AK Kritische Gerontologie in Frankfurt am Main, 22./23. Februar 2019.

Migala, S. (2018): Diversität(en) in Teams der Versorgung am Lebensende – eine Frage der Organisationsethik? Perspektiven von Führungskräften der Pflege und Sozialen Arbeit zu Chancen und Entwicklungspotenzialen. Eingeladener Vortrag/Workshop am 05.12.2018 beim 2. Fachforum welcome@healthcare in Wuppertal: Interkulturelle Praxis in Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Migala, S. & Flick, U. (2018): Kulturelle Diversität in der Versorgung am Lebensende – Alles (k)ein Problem? Posterpräsentation beim Kongress für Versorgungsforschung, Oktober 2018, Berlin.

Migala, S. & Flick, U. (2018): Vielfalt in Care-Kontexten am Lebensende – eine Frage der Ethik? Vortrag beim Kongress der DGGG, September 2018, Köln.

Migala, S. (2018): Versorgungssituation von russischsprachigen Migrant\*innen am Lebensende – Alles (k)ein Problem? Ergebnisse einer Sekundäranalyse aus ethischer Perspektive. Eingeladener Vortrag zur Abschlusstagung des Göttinger Palliativforums am 01.06.2018.

Migala, S. & Flick, U. (2017): Altern und Sterben in Diversität – Implikationen einer intersektionalen Perspektive für die Analyse gesundheitspolitischer Diskurse. Vortrag bei der gemeinsamen Jahrestagung der Sektionen III und IV der DGGG, 29. September 2017, Fulda.

### 13 Literatur

1. Albrecht N-J, Borde T, Durlanik L (Hrsg) (2005) Sprach- und Kulturmittlung. Ein neuer Weg zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen und MigrantInnen. Migration - Gesundheit - Kommunikation. Cuvillier, Göttingen.
2. Auernheimer G (1999) Notizen zum Kulturbegriff unter dem Aspekt interkultureller Bildung. In: Gemende M, Schröer W, Sting S (Hrsg) Zwischen den Kulturen. Pädagogische und sozialpädagogische Zugänge zur Interkulturalität. Juventa-Verl., Weinheim, S 27–36.
3. Baart A, Timmerman G (2016) Plädoyer für eine empirisch begründete Ethik. In: Conradi E, Vosman F (Hrsg) Praxis der Achtsamkeit. Schlüsselbegriffe der Care-Ethik. Campus Verlag, Frankfurt am Main, New York, NY, S 129–146.
4. Beauchamp TL, Childress JF (2013) Principles of biomedical ethics. Oxford University Press, New York, Oxford.
5. Benhabib S (1996) Selbst im Kontext. Kommunikative Ethik im Spannungsfeld von Feminismus, Kommunitarismus und Postmoderne. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
6. Bogner A, Littig B, Menz W (2014) Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung, Wiesbaden.
7. Brzoska P, Yilmaz-Aslan Y, Probst S (2018) Umgang mit Diversität in der Pflege und Palliativversorgung am Beispiel von Menschen mit Migrationshintergrund. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 51:636–641. <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1265-8>.
8. Bührmann AD, Schneider W (2008) Vom Diskurs zum Dispositiv. Eine Einführung in die Dispositivanalyse, Bielefeld.
9. Buyx A (2005) Eigenverantwortung als Verteilungskriterium im Gesundheitswesen. Ethik Med 17:269–283. <https://doi.org/10.1007/s00481-005-0398-2>.
10. Carbado DW, Crenshaw KW, Mays VM et al. (2013) Intersectionality: Mapping the Movements of a Theory. Du Bois review: social science research on race 10:303–312. <https://doi.org/10.1017/S1742058X13000349>.
11. Conradi E (2001) Take care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Zugl.: Basel, Univ., Diss., 1999, Frankfurt/Main.
12. Conradi E (2010) Ethik und Politik. Wie eine Ethik der Achtsamkeit mit politischer Verantwortung verbunden werden kann. In: Remmers H, Kohlen H (Hrsg) Bioethics, Care and

- Gender. Herausforderungen für Medizin, Pflege und Politik. V & R Unipress, Göttingen, S 91–116.
13. Conradi E (2011) Kosmopolitische Zivilgesellschaft. Inklusion durch gelingendes Handeln. Campus Verlag, Frankfurt am Main, New York.
  14. Corti L (2018) Data Collection in Secondary Analysis. In: Flick U (Hrsg) The SAGE Handbook of Qualitative Data Collection, 1 Oliver's Yard, 55 City Road London EC1Y 1SP, S 164–181.
  15. Denninger T (2020) Behinderung und Alter – Betrachtungen aus einer intersektionalen Perspektive. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 53:211–215.  
<https://doi.org/10.1007/s00391-020-01693-7>.
  16. Deutscher Ethikrat (2016) Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus.
  17. Diaz-Bone R (2010) Kulturwelt, Diskurs und Lebensstil. Eine diskurstheoretische Erweiterung der Bourdieuschen Distinktionstheorie, Wiesbaden.
  18. Düwell M (2005) Sozialwissenschaften, Gesellschaftstheorie und Ethik. Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 10. <https://doi.org/10.1515/9783110182521.5>.
  19. Düwell M (2008) Bioethik. J.B. Metzler, Stuttgart.
  20. Düwell M, Hübenthal C, Werner MH (Hrsg) (2011) Handbuch Ethik. J. B. Metzler'sche Verlagsbuchhandlung, Stuttgart, Weimar.
  21. Fegter S, Kessl F, Langer A et al. (2015) Erziehungswissenschaftliche Diskursforschung. Theorien, Methodologien, Gegenstandskonstruktionen. In: Fegter S, Kessl F, Langer A, Ott M, Rothe D, Wrana D (Hrsg) Erziehungswissenschaftliche Diskursforschung, Wiesbaden, S 9–55.
  22. Flick U (2007) Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung, Reinbek bei Hamburg.
  23. Flick U (2014) An introduction to qualitative research, London.
  24. Flick U (2018) Triangulation in Data Collection. In: Flick U (Hrsg) The SAGE Handbook of Qualitative Data Collection, 1 Oliver's Yard, 55 City Road London EC1Y 1SP, S 527–544.
  25. Friese S Qualitative data analysis with ATLAS.ti.
  26. Giesel KD (2007) Leitbilder in den Sozialwissenschaften. Begriffe, Theorien und Forschungskonzepte. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
  27. Gilligan C (1982) In a different voice. Psychological theory and women's development. Harvard Univ. Press, Cambridge, Mass.
  28. Grützmann T, Rose C, Peters T (2012) Interkulturelle Kompetenz in der medizinischen Praxis. Ethik Med 24:323–334. <https://doi.org/10.1007/s00481-012-0223-7>.
  29. Hamburger F (2018) Abschied von der Interkulturellen Pädagogik. Plädoyer für einen Wandel sozialpädagogischer Konzepte, Weinheim, Basel.

30. Hankivsky O (2014) Rethinking Care Ethics: On the Promise and Potential of an Intersectional Analysis. *Am Polit Sci Rev* 108:252–264.  
<https://doi.org/10.1017/S0003055414000094>.
31. Heintel P (2010) Organisation der Ethik. In: Krobath T (Hrsg) *Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik*. Lambertus, Freiburg, Br., S 453–483.
32. Heller B (2012) Das Leben festhalten mit offenen Armen. Sterben, Tod und Trauer im Judentum. In: Heller B (Hrsg) *Wie Religionen mit dem Tod umgehen. Grundlagen für die interkulturelle Sterbebegleitung*, Freiburg im Breisgau, S 87–114.
33. Husebø S (2009) Kommunikation. In: Husebø S, Klaschik E (Hrsg) *Palliativmedizin. Grundlagen und Praxis. Schmerztherapie, Gesprächsführung, Ethik*, Heidelberg, 147–205.
34. Huster S (2008) Gesundheitsgerechtigkeit: Public Health im Sozialstaat. *JuristenZeitung* 18:859–867.
35. Huster S (2012) Vulnerable Patientengruppen und Leistungsbeschränkungen im öffentlichen Versorgungssystem. *MedR* 30:565–570. <https://doi.org/10.1007/s00350-012-3224-0>.
36. Jäger S (2015) *Kritische Diskursanalyse. Eine Einführung*, Münster.
37. Jansky M, Owusu-Boakye S, Nauck F (2017) Palliative Versorgung von Menschen mit türkischem oder arabischem Migrationshintergrund in Niedersachsen. Eine Befragung spezialisierter Palliativversorger. *Bundesgesundheitsbl.* 60:45–54.  
<https://doi.org/10.1007/s00103-016-2473-x>.
38. Junker C, Roth J (2018) Intersektionalität als diskursanalytisches Basiskonzept. In: Warnke IH (Hrsg) *Handbuch Diskurs*. De Gruyter, Berlin, Boston, S 152–169.
39. Kappauf HW (2004) Kommunikation in der Onkologie. *Der Hautarzt; Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete* 55:709–714.  
<https://doi.org/10.1007/s00105-004-0767-7>.
40. Keller R (2011) *Wissenssoziologische Diskursanalyse. Grundlegung eines Forschungsprogramms*, Wiesbaden.
41. Keller R, Bosančić S (2018) Wissenssoziologische Diskursanalyse. Die Analyse sozialen Wandels am Beispiel öffentlicher Debatten über Abfall in Deutschland und Frankreich. In: Akremi L, Baur N, Knoblauch H, Traue B (Hrsg) *Handbuch Interpretativ forschen*. Beltz Juventa, Weinheim, Basel, S 886–915.
42. Kerner I (2009) *Differenzen und Macht. Zur Anatomie von Rassismus und Sexismus*. Campus Verlag.
43. Kettner M (2014) Normative Anatomie von Organisationen. Ein diskursethischer Ansatz zur Vermittlung von Organisation und Moral. In: Bieber C, Grundmann SS (Hrsg) *Ethik*

- und Politikmanagement. ZPol Sonderband 2013. Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Baden-Baden, S 59–78.
44. Kliche O, Agbih S, Altanis-Protzer U et al. (2018) Ethische Aspekte des Dolmetschens im mehrsprachig-interkulturellen Arzt-Patienten-Verhältnis. *Ethik Med* 30:205–220. <https://doi.org/10.1007/s00481-018-0488-6>.
  45. Kohlen H (2009) *Conflicts of Care. Hospital Ethics Committees in the USA and Germany*. Campus Verlag GmbH, Frankfurt am Main.
  46. Kohlen H (2011) *Care-Praxis und Gerechtigkeit. Der konkrete Andere in Medizin und Pflege*. In: Dederich M, Schnell MW (Hrsg) *Anerkennung und Gerechtigkeit in Heilpädagogik, Pflegewissenschaft und Medizin. Auf dem Weg zu einer nichtexklusiven Ethik*. transcript, Bielefeld [Germany], S 217–231.
  47. Kohlen H (2015) *Welche Ethik? Eine Skizze zur Entwicklung ethischer Fragen in der Pflege*. In: Brandenburg H, Güther H, Proft I (Hrsg) *Kosten kontra Menschlichkeit. Herausforderungen an eine gute Pflege im Alter*. Matthias-Grünwald-Verl., Ostfildern, S 131–137.
  48. Kohlen H (2016) *Sorge als Arbeit und Ethik der Sorge - Zwei wissenschaftliche Diskurse*. In: Conradi E, Vosman F (Hrsg) *Praxis der Achtsamkeit. Schlüsselbegriffe der Care-Ethik*. Campus Verlag, Frankfurt am Main, New York, NY, S 115–127.
  49. Kohlen H (2016) *Sterben als Regelungsbedarf, Palliative Care und die Sorge um das Ganze*. *Ethik Med*. <https://doi.org/10.1007/s00481-015-0378-0>.
  50. Kohls M (2012) *Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel*. Forschungsbericht 12, Nürnberg.
  51. Kohls M (2012) *Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel - Forschungsbericht 12*, Nürnberg.
  52. Krampe E-M (2014) *Professionalisierung der Pflege im Kontext der Ökonomisierung*. In: Manzei A, Schmiede R (Hrsg) *20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen*. Springer Fachmedien, Wiesbaden, S 179–197.
  53. Krenn M (2004) „... und dann fall ich über den Menschen her.“. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 29:60–76.
  54. Krenn M (2014) *Kapitalistische Dynamik und die gesellschaftliche Organisation von Pflege- und Sorgearbeit*, Jena.
  55. Kruse A, Schmitt E (2016) *Soziale Ungleichheit, Gesundheit und Pflege im höheren Lebensalter*. *Bundesgesundheitsbl.* 59:252–258. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2285-4>.
  56. Kühl S (2017) *Was sind Leitbilder? - Einleitung*. Springer Fachmedien, Wiesbaden.

57. Leistner U, Kretzschmann C, Heil A et al. (2015) „Bloß diesen Sinn kann man nicht so gut verstehen... wegen den Wörtern“ – Qualitative Studie zur Bedarfsgerechtigkeit von Gesundheitsinformationen für sozial Benachteiligte. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 77:848–853.  
<https://doi.org/10.1055/s-0034-1387715>.
58. Lewicki A (2017) Christliche Wohlfahrtsverbände. Vielfalt und Diskriminierung in der Seniorenpflege. <https://mediendienst-integration.de/artikel/vielfalt-und-diskriminierung-in-der-seniorenpflege.html> (01.12.2019).
59. Lottmann R (2020) Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in der Altenhilfe – Intersektionale Perspektiven und die Relevanz von Situationen und Kontexten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 53:216–221. <https://doi.org/10.1007/s00391-020-01704-7>.
60. Lutz H, Vivar MTH, Supik L (2013) Fokus Intersektionalität - eine Einleitung. In: Lutz H, Vivar MTH, Supik L (Hrsg) *Fokus Intersektionalität*. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden, S 9–31.
61. Marckmann G, Strech D (2010) Konzeptionelle Grundlagen einer Public Health Ethik. In: Strech D, Marckmann G (Hrsg) *Public Health Ethik*. Lit, Berlin, Münster, S 43–65.
62. Mazouz N (2011) Gerechtigkeit. In: Düwell M, Hübenthal C, Werner MH (Hrsg) *Handbuch Ethik*. J. B. Metzler'sche Verlagsbuchhandlung, Stuttgart, Weimar, S 371–376.
63. Medjedovic I (2010) Sekundäranalyse. In: Mey G, Mruck K (Hrsg) *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*, Wiesbaden, S 304–319.
64. Melching H (2017) Neue gesetzliche Regelungen für die Palliativversorgung und ihre Implikationen für Politik und Praxis. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 60:4–10. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2480-y>.
65. Michelsen K (2009) Dissent in public health ethics. A guarantor for political credibility? *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 52:512–518.  
<https://doi.org/10.1007/s00103-009-0844-2>.
66. Migala S, Flick U (2019) Cultural and Individual Barriers to Palliative Care From Different Angles: Data Triangulation in Practice. *Qualitative Inquiry* 25:786–798.  
<https://doi.org/10.1177/1077800418809475>.
67. Migala S, Flick U (2019) Making It Relevant: Qualitative Inquiry in the Public Sphere Focusing End-of-Life Care and Migration. *Qualitative Inquiry* 17:107780041985710.  
<https://doi.org/10.1177/1077800419857107>.
68. Migala S, Flick U (2020) Making It Relevant: Qualitative Inquiry in the Public Sphere Focusing End-of-Life Care and Migration. *Qualitative Inquiry* 26:187–199.  
<https://doi.org/10.1177/1077800419857107>.

69. Misoch S (2017) „Lesbian, gay & grey“ : Besondere Bedürfnisse von homosexuellen Frauen und Männern im dritten und vierten Lebensalter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 50:239–246. <https://doi.org/10.1007/s00391-016-1030-4>.
70. Monteverde S (2013) Pflegeethik und die Sorge um den Zugang zu Pflege. *Pflege* 26:271–280. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000305>.
71. Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, Union der deutschen Akademien der Wissenschaften (2015) Palliativversorgung in Deutschland. Perspektiven für Praxis und Forschung. Stellungnahme, Halle (Saale).
72. Neuhäuser C (2012) Drei Dimensionen der Verantwortung von Konsumenten und Unternehmen. *Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik* 13:278–296.
73. Pauer-Studer H (1996) *Das Andere der Gerechtigkeit*. De Gruyter, Berlin, Boston.
74. Peintinger M (2011) Lebensqualität als Element partnerschaftlicher Entscheidungen. In: Peintinger M (Hrsg) *Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*. Facultas, Wien, S 145–158.
75. Pleschberger S, Müller-Mundt G (2017) Palliativversorgung von pflegebedürftigen Menschen. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) *Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Schattauer; Schattauer Verlag, Stuttgart, S 165–185.
76. Rabe M (2013) Organisation als Rahmen moralischen Handelns im Gesundheitswesen. *Ethik Med* 25:285–286. <https://doi.org/10.1007/s00481-013-0281-5>.
77. Radbruch L, Bausewein C, Simon ST et al. (2011) Europäische Empfehlungen zur Palliativversorgung und Hospizarbeit und ihre Umsetzung in Deutschland. *Palliativmedizin* 12:177–185. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1266142>.
78. Rehmann-Sutter C (2011) Bioethik. In: Düwell M, Hüenthal C, Werner MH (Hrsg) *Handbuch Ethik*. J. B. Metzler'sche Verlagsbuchhandlung, Stuttgart, Weimar, S 247–253.
79. Richter AS (2017) Die Multidimensionalität intersektionaler Positionierungen am Beispiel von Alter, Geschlecht und ostdeutscher Herkunft<sup>1</sup>. In: Dierckx H, Jacob S, Wagner D (Hrsg) *Intersektionalität und Biographie*. Budrich UniPress.
80. Sahmel K-H (2018) Pflegenotstand - ist das Ende der Menschlichkeit erreicht? Plädoyer gegen die Ökonomisierung der Pflege. *Pflegezeitschrift* 71:18–22.
81. Salloch S, Ritter P, Wäscher S et al. (2016) Was ist ein ethisches Problem und wie finde ich es? Theoretische, methodologische und forschungspraktische Fragen der Identifikation ethischer Probleme am Beispiel einer empirisch-ethischen Interventionsstudie. *Ethik Med* 28:267–281. <https://doi.org/10.1007/s00481-016-0384-x>.
82. Sauerland D (2016) Probleme einer zunehmenden Ökonomisierung im deutschen Pflegesystem. In: Dabrowski M, Wolf J (Hrsg) *Menschenwürde und Gerechtigkeit in der Pflege*. Ferdinand Schöningh, Paderborn, S 63–95.

83. Sauter D (2018) Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme psychiatrisch Pflegenden. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden.
84. Scherer B (2009) Verantwortung und Identifikation in Organisationen. In: Leithäuser T, Meyerhuber S, Schottmayer M (Hrsg) Sozialpsychologisches Organisationsverstehen. Birgit Volmerg zum 60. Geburtstag. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
85. Schröer H (2009) Interkulturelle Öffnung und Diversity Management. Ein Vergleich der Strategien. Migration und Soziale Arbeit 31:203–211.
86. Schröer H (2015) Diversity und interkulturelle Öffnung. Sozialmagazin:30–36.
87. Schuchter P (2016) Sich einen Begriff vom Leiden Anderer machen. Eine praktische Philosophie der Sorge. transcript, Bielefeld.
88. Schuchter P, Heller A (2016) Von der klinischen zur politischen Ethik. Sorge- und Organisationsethik empirisch. In: Platzer J, Großschädl F (Hrsg) Entscheidungen am Lebensende. Medizinethische und empirische Forschung im Dialog. Nomos, Baden-Baden, S 141–162.
89. Schweda M, Coors M, Mitzkat A et al. (2018) Ethische Aspekte des Alter(n)s im Kontext von Medizin und Gesundheitsversorgung: Problemaufriss und Forschungsperspektiven. Ethik Med 30:5–20. <https://doi.org/10.1007/s00481-017-0456-6>.
90. Schweda M, Schick Tanz S, Raz A et al. (2017) Jenseits kultureller Stereotype: Einstellungen zu medizinischen Entscheidungen am Lebensende bei religiösen und nicht-religiösen Personen in Deutschland, Israel und den USA. In: Probst SM (Hrsg) Bikur ḥolim. Die Begleitung Kranker und Sterbender im Judentum : Bikkur Cholim, jüdische Seelsorge und das jüdische Verständnis von Medizin und Pflege. Hentrich & Hentrich, Berlin, S 199–226.
91. Slotala L (2014) Modernisierung und Widerborstigkeit. In: Manzei A, Schmiede R (Hrsg) 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Springer Fachmedien, Wiesbaden, S 199–216.
92. Spickhoff A (2010) Spezielle Patientenrechte für Migranten? Juristische und rechtsethische Überlegungen. In: Deutscher Ethikrat (Hrsg) Tagungsdokumentation: Migration und Gesundheit. Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung, S 59–77.
93. Stadelbacher S (2017) Das Lebensende als Randgebiet des Sozialen? Zur Praxis des ‚guten‘ Sterbens zu Hause am Beispiel der ambulanten Hospiz- und Palliativarbeit. In: Jakoby N, Thönnies M (Hrsg) Zur Soziologie des Sterbens. Aktuelle theoretische und empirische Beiträge. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden, S 49–70.
94. Statistisches Bundesamt (DESTATIS), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (2018) Bevölkerung und Demografie. Auszug aus dem Datenreport 2018 - Kapitel 1.

95. Tezcan-Güntekin H, Razum O (2017) Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Schattauer; Schattauer Verlag, Stuttgart, S 73–81.
96. Tronto JC (1993) *Moral boundaries. A political argument for an ethic of care*. Routledge, New York, NY.
97. Vosman F (2016) Kartographie einer Ethik der Achtsamkeit - Rezeption und Entwicklung in Europa. In: Conradi E, Vosman F (Hrsg) *Praxis der Achtsamkeit. Schlüsselbegriffe der Care-Ethik*. Campus Verlag, Frankfurt am Main, New York, NY, S 33–51.
98. Walgenbach K (2013) Postscriptum: Intersektionalität - Offenheit, interne Kontroversen und Komplexität als Ressourcen eines gemeinsamen Orientierungsrahmens. In: Lutz H, Vivar MTH, Supik L (Hrsg) *Fokus Intersektionalität*. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden, S 265–277.
99. Walgenbach K (2017) *Heterogenität - Intersektionalität - Diversity in der Erziehungswissenschaft*. UTB GmbH; Barbara Budrich.
100. Wehkamp K-H (2008) *Public-Health-Ethik. Bedarf und Diskurs in Deutschland*. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 51:119–126.  
<https://doi.org/10.1007/s00103-008-0440-x>.
101. Wehkamp K-H (2014) *Interkulturalität im Gesundheitswesen: Organisationsethische Aspekte*. In: Coors M, Grutzmann T, Peter T (Hrsg) *Interkulturalität und Ethik. Der Umgang mit Fremdheit in Medizin und Pflege*, S 81–88.
102. Welsh C (2017) *Autonomie und Menschenrechtsschutz am Lebensende. Eine Einführung*. In: Welsh C, Ostgathe C, Frewer A, Bielefeldt H (Hrsg) *Autonomie und Menschenrechte am Lebensende. Grundlagen, Erfahrungen, Reflexionen aus der Praxis*. transcript, Bielefeld, S 7–24.
103. Wenner J, Razum O (2016) *Ethische Fragen der Migrantinnen- und Migrantengesundheit*. In: Schröder-Bäck P, Kuhn J (Hrsg) *Ethik in den Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung*. Beltz Juventa, Weinheim, Bergstr, S 182–191.
104. Wrana D *Zur Relationierung von Theorien, Methoden und Gegenständen*. In: S 617–627.

## Anhang

### Anlage 1: Übersicht Leitbilder

Leitbild	Einrichtung	Konfession/ Weltanschauung	Träger	Anzahl Einrich- tungen
LB 01	Unterstützung familiärer Pflege	ohne/übergreifend	freigemeinnützig	
LB 02	Geriatric, Pflegeheim	christlich, evangelisch	kirchlich	2
LB 03	Unterstützung familiärer Pflege	ohne/übergreifend	freigemeinnützig	
LB 04	Unterstützung familiärer Pflege	christlich, evangelisch	kirchlich	2
LB 05	Palliativstation	ohne/übergreifend	privat	
LB 06	Unterstützung familiärer Pflege	ohne/übergreifend	freigemeinnützig	
LB 07	Hospizdienst, Unterstützung familiärer Pflege	ohne/übergreifend	freigemeinnützig	2
LB 08	Hospizdienst	ohne/übergreifend	freigemeinnützig	
LB 09	Palliativstation	christlich, katholisch	kirchlich	
LB 10	Pflegedienst/Tagespflege	christlich, evangelisch	kirchlich	
LB 11	Pflegedienst/Tagespflege	christlich, evangelisch	kirchlich	
LB 12	Hospizdienst	buddhistisch	freigemeinnützig	
LB 13	Hospizdienst	buddhistisch	freigemeinnützig	
LB 14	Palliativstation	christlich, katholisch	kirchlich	
LB 15	Geriatric, Pflegeheim, Qualitätsmanagement KH	christlich, katholisch	kirchlich	3
LB 16	Hospiz	christlich, evangelisch	kirchlich	
LB 17	Hospiz	christlich, evangelisch	kirchlich	
LB 18	Hospizdienst	christlich, evangelisch	kirchlich	
LB 19	Pflegedienst/Tagespflege	ohne/übergreifend	privat	
LB 20	Unterstützung familiärer Pflege	ohne/übergreifend	freigemeinnützig	
LB 21	Unterstützung familiärer Pflege	ohne/übergreifend	freigemeinnützig	
LB 22	Hospizdienst	humanistisch	freigemeinnützig	
LB 23	Pflegeheim	ohne/übergreifend	privat	
LB 24	Pflegeheim	ohne/übergreifend	privat	
LB 25	Pflegeheim	ohne/übergreifend	privat	
LB 26	Pflegedienst/Tagespflege	islamisch	freigemeinnützig	
LB 27	Pflegedienst/Tagespflege	Islamisch, sunnitisch	privat	

## Anlage 2: Materialkorpus Diskursanalyse

Papier ID	Quelle
1	Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bundesverband e.V. (Hg.) (2009): Grundsatzprogramm der Arbeiterwohlfahrt. Berlin (Schriftenreihe Theorie und Praxis). Online verfügbar unter <a href="https://www.awo.org/sites/default/files/2016-10/Grundsatzprogramm_Layout_neu_09.pdf">https://www.awo.org/sites/default/files/2016-10/Grundsatzprogramm_Layout_neu_09.pdf</a> , zuletzt geprüft am 16.06.2017.
2	Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bundesverband e.V. (Hg.) (2012): Bürgerschaftliches Engagement in der AWO - Beschlussfassung Bundesausschuss August 2012. Eine Positionsbestimmung. Online verfügbar unter <a href="https://www.awo.org/sites/default/files/2017-01/2012-AWO-Position-zum-Buergerschaftliches-Engagement-in-der-AWO.pdf">https://www.awo.org/sites/default/files/2017-01/2012-AWO-Position-zum-Buergerschaftliches-Engagement-in-der-AWO.pdf</a> , zuletzt geprüft am 16.06.2017.
3	Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bundesverband e.V. (Hg.) (2014): Solidarischer Sozialstaat. Arbeiterwohlfahrt für eine sozialere und gerechtere Gesellschaft. Online verfügbar unter <a href="https://www.awo.org/sites/default/files/2017-01/AWO_Solidarischer_Sozialstaat.pdf">https://www.awo.org/sites/default/files/2017-01/AWO_Solidarischer_Sozialstaat.pdf</a> , zuletzt geprüft am 16.06.2017.
4	Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bundesverband e.V. (Hg.) (2015): Stellungnahme des AWO Bundesverbandes e.V. zum Entwurf für ein Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften. (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II). Online verfügbar unter <a href="https://www.bundestag.de/blob/389546/2b0bb7bdd602dd48fa4f5a6d22dcf3f9/arbeiterwohlfahrt-bundesverband-e-v---awo--und-bagfw-data.pdf">https://www.bundestag.de/blob/389546/2b0bb7bdd602dd48fa4f5a6d22dcf3f9/arbeiterwohlfahrt-bundesverband-e-v---awo--und-bagfw-data.pdf</a> , zuletzt geprüft am 16.06.2017.
5	Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bundesverband e.V. (Hg.) (2015): Stellungnahme des AWO Bundesverbandes zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG). Online verfügbar unter <a href="https://www.bundestag.de/blob/387390/bb2457dff1ec754de44378b53400b4aa/arbeiterwohlfahrt-bundesverband-e-v---awo--data.pdf">https://www.bundestag.de/blob/387390/bb2457dff1ec754de44378b53400b4aa/arbeiterwohlfahrt-bundesverband-e-v---awo--data.pdf</a> , zuletzt geprüft am 16.06.2017.
6	Arbeitsgruppe der Migrantenselbst- und dachorganisationen (Hg.) (2015): Gesundheit und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft. Stellungnahme und Handlungsempfehlungen der Migrantenselbstorganisationen zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte und Flüchtlingen. Online verfügbar unter <a href="https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/bundeskanzlerin-merkel-und-staatsministerin-oezo%C4%9Fuz-diskutieren-mit-experten-ueber-herausforderungen-fuer-gesundheit-und-pflege-in-der-einwanderungsgesellschaft-483462">https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/bundeskanzlerin-merkel-und-staatsministerin-oezo%C4%9Fuz-diskutieren-mit-experten-ueber-herausforderungen-fuer-gesundheit-und-pflege-in-der-einwanderungsgesellschaft-483462</a> , zuletzt geprüft am 16.06.2017.
7	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW) (Hg.) (2014): Altenpflege in Deutschland. Ethisch vertretbare Anwerbung von ausländischen Arbeits- und Fachkräften in der Pflege, zuletzt geprüft am 14.06.2017.
8	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW) (Hg.) (2014): Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zum Entwurf der Bundesregierung für ein Fünftes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch - Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz - 5. SGB XI-ÄndG), zur Stellungnahme des Bundesrats (BR DRS 223/14) sowie zum Änderungsantrag zu Artikel 1 Nr. 27, zuletzt geprüft am 14.06.2017.
9	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW) (Hg.) (2015): Stellungnahme zum Referentenentwurf für ein Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften. (Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II), zuletzt geprüft am 14.06.2017.
10	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW) (Hg.) (2016): Stellungnahme der BAGFW zum Gesetzentwurf für ein Drittes Gesetz zur Stärkung der

	pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Gesetze (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) BT-Drucksache 18/9518, zuletzt geprüft am 14.06.2017.
11	Bündnis 90/Die Grünen (Hg.) (2015): Grüne Zeitpolitik für ein selbstbestimmtes und solidarisches Leben. Beschluss. Sitzung des Länderrats, zuletzt geprüft am 15.09.2017.
12	Bündnis 90/Die Grünen (Hg.) (2015): Palliativ-Offensive jetzt! Für ein besseres Leben am Lebensende. Beschluss. Sitzung des Länderrats. Online verfügbar unter <a href="http://www.gruene.de/fileadmin/user_upload/Beschluesse/Laenderrat_2015/Beschluss_Palliativ-Offensive.pdf">http://www.gruene.de/fileadmin/user_upload/Beschluesse/Laenderrat_2015/Beschluss_Palliativ-Offensive.pdf</a> , zuletzt geprüft am 14.06.2017.
13	Bündnis 90/Die Grünen (Hg.) (2016): Integrative Pflegeausbildung - Pflegeberuf aufwerten, Fachkenntnisse erhalten. Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Harald Terpe, Dr. Franziska Brantner, Katja Dörner, Kai Gehring, Ulle Schauws, Tabea Rößner, Doris Wagner, Beate Walter-Rosenheimer, Brigitte Pothmer, Corinna Rüffer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Drucksache 18/7880. Deutscher Bundestag, zuletzt geprüft am 15.09.2017.
14	Bündnis 90/Die Grünen (Hg.) (2016): Religions- und Weltanschauungsfreiheit in der offenen Gesellschaft. Beschluss. Online verfügbar unter <a href="http://www.gruene.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/BDK_2016_Muenster/RW-01_Religions-_und_Weltanschauungsfreiheit.pdf">http://www.gruene.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/BDK_2016_Muenster/RW-01_Religions-_und_Weltanschauungsfreiheit.pdf</a> , zuletzt geprüft am 14.06.2017.
15	Bündnis 90/Die Grünen (Hg.) (2016): Wir investieren in Gerechtigkeit. Beschluss. 40. Ordentliche Bundesdelegiertenkonferenz. Online verfügbar unter <a href="http://www.gruene.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/BDK_2016_Muenster/SO-01_Wir_investieren_in_Gerechtigkeit.pdf">http://www.gruene.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/BDK_2016_Muenster/SO-01_Wir_investieren_in_Gerechtigkeit.pdf</a> , zuletzt geprüft am 14.06.2017.
16	Bündnis 90/Die Grünen (Hg.) (2017): „Care“-Berufe aufwerten, Arbeitsbedingungen verbessern und Personal gewinnen. Beschluss des Bundesvorstands, zuletzt geprüft am 15.09.2017.
17	CDU (Hg.): Gesundheitsversorgung sektorenübergreifend planen und gestalten. Beschluss des Bundesfachausschusses Gesundheit und Pflege. Online verfügbar unter <a href="https://www.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/gesundheitsversorgung-sektorenebergreifend-gestalten-161123.pdf?file=1">https://www.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/gesundheitsversorgung-sektorenebergreifend-gestalten-161123.pdf?file=1</a> , zuletzt geprüft am 14.06.2017.
18	CDU (Hg.): Positionspapier „Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“. Bundesfachausschuss Arbeit und Soziales, Gesundheitspolitik. Online verfügbar unter <a href="https://www.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/110513-Weiterentwicklung-der-Pflegeversicherung.pdf?file=1">https://www.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/110513-Weiterentwicklung-der-Pflegeversicherung.pdf?file=1</a> , zuletzt geprüft am 14.06.2017.
19	CDU (Hg.): Prävention und Rehabilitation stärken - Pflegebedürftigkeit verhindern. Beschluss des Bundesfachausschusses Gesundheit und Pflege. Online verfügbar unter <a href="https://www.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/160302-bfa-beschluss-praevention-rehabilitation-staerken.pdf?file=1">https://www.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/160302-bfa-beschluss-praevention-rehabilitation-staerken.pdf?file=1</a> , zuletzt geprüft am 14.06.2017.
20	CDU/CSU Fraktion im Deutschen Bundestag (Hg.) (2017): Für gute Pflege im Alter. Betroffene, Angehörige und Pflegekräfte profitieren von Reformen, zuletzt geprüft am 17.09.2017.
21	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Bundesvorstand (Hg.) (2011): Positionspapier des DBfK zur Reform der Pflegeversicherung. Online verfügbar unter <a href="https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Position-Pflegeversicherungsreform-2011-03-22.pdf">https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Position-Pflegeversicherungsreform-2011-03-22.pdf</a> , zuletzt geprüft am 22.05.2017.
22	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Bundesvorstand (Hg.) (2016): Position des DBfK zum Einsatz von primärqualifizierten Bachelor of Nursing in der Pflegepraxis. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. Online verfügbar unter <a href="https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Position-BSN-Einsatz-in-Praxis_2016-07-26final.pdf">https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Position-BSN-Einsatz-in-Praxis_2016-07-26final.pdf</a> , zuletzt geprüft am 22.05.2017.
23	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Bundesvorstand (Hg.) (2016): Position des DBfK zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der ambulanten Pflege.

	Online verfügbar unter <a href="https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier-Einfuehrung-neuer-PBB_2016-12-01.pdf">https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier-Einfuehrung-neuer-PBB_2016-12-01.pdf</a> , zuletzt geprüft am 22.05.2017.
<b>24</b>	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Bundesvorstand (Hg.) (2017): Position des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe gegen Diskriminierung, Rassismus und Extremismus. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. Online verfügbar unter <a href="https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Position-DBfK-gegen-Rassismus-2017-04-28.pdf">https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Position-DBfK-gegen-Rassismus-2017-04-28.pdf</a> , zuletzt geprüft am 22.05.2017.
<b>25</b>	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Bundesvorstand (Hg.) (2017): Position des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. Online verfügbar unter <a href="https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Position-DBfK-zu-geschaeftsmaessiger-Suizidfoerderung-2017-02-13.pdf">https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Position-DBfK-zu-geschaeftsmaessiger-Suizidfoerderung-2017-02-13.pdf</a> , zuletzt geprüft am 22.05.2017.
<b>26</b>	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Bundesvorstand (Hg.) (2017): Resolution des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe zu den Nachhaltigen Entwicklungszielen (Sustainable Development Goals SDGs). Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. Online verfügbar unter <a href="https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Resolution-des-DBfK-zu-SDGs-2017-05-012.pdf">https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Resolution-des-DBfK-zu-SDGs-2017-05-012.pdf</a> , zuletzt geprüft am 22.05.2017.
<b>27</b>	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (Hg.) (2008): Positionspapier zur Beratung bei der Erstellung einer Patientenverfügung. Online verfügbar unter <a href="http://dvsg.org/fileadmin/dateien/Stellungnahmen/PositionspapierPatientenverfuegungStand10.12.2008.pdf">http://dvsg.org/fileadmin/dateien/Stellungnahmen/PositionspapierPatientenverfuegungStand10.12.2008.pdf</a> , zuletzt geprüft am 16.06.2017.
<b>28</b>	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (Hg.) (2014): Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch - Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz - 5. SGB XI-ÄndG). Online verfügbar unter <a href="http://dvsg.org/fileadmin/dateien/05Aktuelles/03Stellungnahmen_Positionen/2014-07-10DVSG-Stellungnahme_%205%20%20SGB%20XI-AendG%20%28FINAL%29.pdf">http://dvsg.org/fileadmin/dateien/05Aktuelles/03Stellungnahmen_Positionen/2014-07-10DVSG-Stellungnahme_%205%20%20SGB%20XI-AendG%20%28FINAL%29.pdf</a> , zuletzt geprüft am 16.06.2017.
<b>29</b>	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (Hg.) (2015): Stellungnahme zum Entwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (HPG) Bundestagsdrucksache 18/5170. Online verfügbar unter <a href="http://dvsg.org/fileadmin/dateien/07Publikationen/01StellungnahmenPositionen/DVSG-Stellungnahme_Hospiz-_und_Palliativgesetz_Final_.pdf">http://dvsg.org/fileadmin/dateien/07Publikationen/01StellungnahmenPositionen/DVSG-Stellungnahme_Hospiz-_und_Palliativgesetz_Final_.pdf</a> , zuletzt geprüft am 16.06.2017.
<b>30</b>	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (Hg.) (2015): Stellungnahme zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II) BT-Drucksache 18/5926. Online verfügbar unter <a href="http://dvsg.org/fileadmin/dateien/07Publikationen/01StellungnahmenPositionen/2015-09-20_DVSG-DBSH_Stellungnahme_PSG_II_BT-Drucksache_18-5926.pdf">http://dvsg.org/fileadmin/dateien/07Publikationen/01StellungnahmenPositionen/2015-09-20_DVSG-DBSH_Stellungnahme_PSG_II_BT-Drucksache_18-5926.pdf</a> , zuletzt geprüft am 16.06.2017.
<b>31</b>	Deutscher Caritas Verband e.V. (2012): Sozialpolitische Positionen zur Caritas-Kampagne 2012 "Armut macht krank". In: neue caritas (4), S. 33–53, zuletzt geprüft am 14.06.2017.
<b>32</b>	Deutscher Caritas Verband e.V. (Hg.) (2014): Stellungnahme zum Gesetzentwurf für ein Fünftes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (Drs. 18/1789), zuletzt geprüft am 14.06.2017.
<b>33</b>	Deutscher Caritas Verband e.V. (Hg.) (2015): Stellungnahme zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (BT Drs. 18/5926). Freiburg.

34	Deutscher Caritasverband e.V. (Hg.) (2015): Gesundheit und Pflege im demografischen Wandel. Herausforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten bei der Finanzierung und Erbringung von Gesundheits- und Pflegeleistungen im demografischen Wandel. Unter Mitarbeit von Thomas Becker (Hintergrundpapier), zuletzt geprüft am 14.06.2017.
35	Deutscher Caritasverband e.V.; Diakonie Deutschland (Hg.) (2015): Stellungnahme Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) (Stellungnahme), zuletzt geprüft am 14.06.2017.
36	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (Hg.) (2015): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG), zuletzt geprüft am 14.06.2017.
37	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (Hg.) (2015): Stellungnahme zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II), zuletzt geprüft am 14.06.2017.
38	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (Hg.) (2016): Stellungnahme zum Entwurf der Bundesregierung eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Gesetze (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), zuletzt geprüft am 14.06.2017.
39	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (Hg.) (2016): Wertedialog. Was wirklich wichtig ist... Impressionen. Impulse. Denkanstöße., zuletzt geprüft am 22.05.2017.
40	Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hg.) (2015): Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. Berlin (Gesundheit), zuletzt geprüft am 14.06.2017.
41	Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hg.) (2016): Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufsgesetz). Berlin (Soziale Arbeit und soziale Berufe), zuletzt geprüft am 14.06.2017.
42	Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hg.) (2016): Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Referentenentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III). Berlin (Alter und Pflege), zuletzt geprüft am 14.06.2017.
43	Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hg.) (2017): Würde und Selbstbestimmung älterer Menschen in der letzten Lebensphase – Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Stärkung der hospizlichen Begleitung und Palliativversorgung. Berlin (Alter und Pflege), zuletzt geprüft am 14.06.2017.
44	Deutsches Rotes Kreuz (Hg.): Eckpunktepapier Menschen helfen – Gesellschaft gestalten Aufbruch des DRK in das neue Jahrzehnt 2011 - 2020. Fortführung der Strategie 2010plus durch inhaltliche Profilbildung des DRK, zuletzt geprüft am 14.06.2017.
45	Deutsches Rotes Kreuz (Hg.): Interkulturelle Öffnung im DRK – eine Einführung. Berlin, zuletzt geprüft am 14.06.2017.
46	Deutsches Rotes Kreuz (Hg.) (2011): Ehrenamtliches Engagement im Hauptaufgabenfeld Ambulante Pflege. Berlin, zuletzt geprüft am 14.06.2017.
47	Deutsches Rotes Kreuz (Hg.) (2014): Altenhilfe im Deutschen Roten Kreuz - eine Positionsbestimmung - (Positionsbestimmung), zuletzt geprüft am 14.06.2017.
48	Deutsches Rotes Kreuz (Hg.) (2014): Stellungnahme des Deutschen Roten Kreuzes zum Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch ... (Stellungnahme), zuletzt geprüft am 14.06.2017.

49	Deutsches Rotes Kreuz (Hg.) (2015): Stellungnahme des Deutschen Roten Kreuzes zum Entwurf eines Gesetzes Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. (Hospiz- und Palliativgesetz HPG) (Stellungnahme), zuletzt geprüft am 14.06.2017.
50	Deutsches Rotes Kreuz (Hg.) (2015): Stellungnahme des Deutschen Roten Kreuzes zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG) (Stellungnahme), zuletzt geprüft am 14.06.2017.
51	Deutsches Rotes Kreuz (Hg.) (2015): Stellungnahme des Deutschen Roten Kreuzes zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) (Stellungnahme), zuletzt geprüft am 14.06.2017.
52	Diakonie Deutschland (Hg.) (2014): Stellungnahme der Diakonie Deutschland -Evangelischer Bundesverband zum a) Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch - Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz - 5. SGB XI-ÄndG) BT-Drucksache 18/1798 sowie zum Änderungsantrag 2 der Fraktionen CDU/CSU und SPD, Ausschussdrucksache 18.14.0052.1 vom 17.09.2014 b) Antrag der Fraktion DIE LINKE: Menschenrecht auf gute Pflege verwirklichen - Soziale Pflegeversicherung solidarisch weiterentwickeln, BT-Drucksache 18/1953 (Stellungnahme), zuletzt geprüft am 14.06.2017.
53	Diakonie Deutschland (Hg.) (2015): Stellungnahme der Diakonie Deutschland -Evangelischer Bundesverband e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Bt-Drs. 18/4282), zuletzt geprüft am 14.06.2017.
54	Diakonie Deutschland (Hg.) (2015): Stellungnahme der Diakonie Deutschland -Evangelischer Bundesverband zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) auf BT-Drs. 18/5926, zuletzt geprüft am 14.06.2017.
55	Die Linke. Im Bundestag (Hg.): Gesundheitspolitik (Themenpapiere der Fraktion). Online verfügbar unter <a href="https://www.linksfraktion.de/themen/a-z/detailansicht/gesundheitspolitik.pdf">https://www.linksfraktion.de/themen/a-z/detailansicht/gesundheitspolitik.pdf</a> , zuletzt geprüft am 14.06.2017.
56	Die Linke. Im Bundestag (Hg.): Gute Pflege für Alle. Online verfügbar unter <a href="https://www.linksfraktion.de/fileadmin/user_upload/Folder_Pflege.pdf">https://www.linksfraktion.de/fileadmin/user_upload/Folder_Pflege.pdf</a> , zuletzt geprüft am 14.06.2017.
57	Die Linke. Im Bundestag (Hg.): Pflegereform – Pflegestärkungsgesetze (Themenpapiere der Fraktion). Online verfügbar unter <a href="https://www.linksfraktion.de/themen/a-z/detailansicht/pflegereform-pflegestaerkungsgesetze.pdf">https://www.linksfraktion.de/themen/a-z/detailansicht/pflegereform-pflegestaerkungsgesetze.pdf</a> , zuletzt geprüft am 14.06.2017.
58	Die Linke. Im Bundestag (Hg.): Prävention, Gesundheitsförderung und (Themenpapiere der Fraktion). Online verfügbar unter <a href="https://www.linksfraktion.de/themen/a-z/detailansicht/praevention-gesundheitsfoerderung-und.pdf">https://www.linksfraktion.de/themen/a-z/detailansicht/praevention-gesundheitsfoerderung-und.pdf</a> , zuletzt geprüft am 14.06.2017.
59	Die Linke. Im Bundestag (Hg.) (2015): Hospizgesetz: Bessere Versorgung am Lebensende - aber der Rechtsanspruch darauf fehlt! Rede von Birgit Wöllert, zuletzt geprüft am 14.06.2017.
60	Die Linke. Im Bundestag (Hg.) (2016): Gute Ausbildung - Gute Arbeit - Gute Pflege. Antrag der Abgeordneten Petra Zimmermann, Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald, Nicole Gohlke, Dr. Rosemarie Hein, Katja Kipping, Dr. Petra Sitte, Azize Tank, Kathrin Vogler, Birgit Wöllert und der Fraktion DIE LINKE. Drucksache 18/7414. Deutscher Bundestag. Berlin, zuletzt geprüft am 14.06.2017.
61	Die Linke. Im Bundestag (Hg.) (2016): Pflegestärkungsgesetze zementieren Zwei-Klassen-Pflege. Positionspapier des AK I Soziales, Gesundheit und Rente. Online verfügbar unter <a href="https://www.linksfraktion.de/fileadmin/user_upload/Positionspapiere/2016/Positionspapier_Pflegestaerkungsgesetze.pdf">https://www.linksfraktion.de/fileadmin/user_upload/Positionspapiere/2016/Positionspapier_Pflegestaerkungsgesetze.pdf</a> , zuletzt geprüft am 22.05.2017.

62	Die Linke. Im Bundestag (Hg.) (2017): Pflegeberufe: Regierung verweigert Reform. Rede von Pia Zimmermann.
63	FDP (Hg.) (2015): Eigenverantwortung auch durch private Vorsorge stärken. Online verfügbar unter <a href="https://www.liberaled.de/printpdf/30085">https://www.liberaled.de/printpdf/30085</a> , zuletzt geprüft am 14.06.2017.
64	FDP (Hg.) (2016): Die Würde des Menschen in Grenzsituationen des Lebens. Beschluss des Bundesvorstandes der FDP. Online verfügbar unter <a href="https://www.fdp.de/sites/default/files/uploads/2016/05/25/20160314buvodiewuerdedesmenscheningrenzsituationendeslebens.pdf">https://www.fdp.de/sites/default/files/uploads/2016/05/25/20160314buvodiewuerdedesmenscheningrenzsituationendeslebens.pdf</a> , zuletzt geprüft am 14.06.2017.
65	FDP (Hg.) (2016): Pflege – Liberale Antworten auf eine demografische Herausforderung. Beschluss des Bundesvorstandes der FDP. Online verfügbar unter <a href="https://www.fdp.de/sites/default/files/uploads/2016/12/06/2016-11-14-buvo-pflege-liberale-antworten-auf-eine-demographische-herausforderung.pdf">https://www.fdp.de/sites/default/files/uploads/2016/12/06/2016-11-14-buvo-pflege-liberale-antworten-auf-eine-demographische-herausforderung.pdf</a> , zuletzt geprüft am 14.06.2017.
66	FDP (Hg.) (2016): Selbstbestimmt bis zum Lebensende. Beschluss des Bundesvorstandes der FDP. Online verfügbar unter <a href="https://www.fdp.de/sites/default/files/uploads/2016/05/25/20160314buvoselbstbestimmtbiszumlebensende.pdf">https://www.fdp.de/sites/default/files/uploads/2016/05/25/20160314buvoselbstbestimmtbiszumlebensende.pdf</a> , zuletzt geprüft am 14.06.2017.
67	FDP (Hg.) 2017: Schauen wir nicht länger zu. Programm der Freien Demokraten zur Bundestagswahl 2017. Online verfügbar unter <a href="https://www.fdp.de/sites/default/files/uploads/2017/05/29/20170523-schauen-wir-nicht-langer-zu.pdf">https://www.fdp.de/sites/default/files/uploads/2017/05/29/20170523-schauen-wir-nicht-langer-zu.pdf</a> , zuletzt geprüft am 14.06.2017.
68	FDP/DVP Fraktion im Landtag Baden-Württemberg (Hg.) (2014): Zur Einführung eines Fördermodells zur 24-Stunden-Betreuung in der eigenen Häuslichkeit (Impulspapier). Online verfügbar unter <a href="http://fdp-dvp.de/downloads/positionspapier-zur-einfuehrung-eines-foerdermodells-zur-24-stunden-betreuung-in-der-eigenen-haeuslichkeit.pdf">http://fdp-dvp.de/downloads/positionspapier-zur-einfuehrung-eines-foerdermodells-zur-24-stunden-betreuung-in-der-eigenen-haeuslichkeit.pdf</a> , zuletzt geprüft am 14.06.2017.
69	FDP-Kreisverband Rendsburg-Eckernförde (Hg.) (2016): Die FDP S-H lehnt das geplante Pflegeberufereformgesetz ab, zuletzt geprüft am 14.06.2017.
70	GKV-Spitzenverband (Hg.) (2015): Praktikabilitätsstudie zur Einführung NBA in der Pflegeversicherung (Schriftenreihe, Band 12). Online verfügbar unter <a href="https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/GKV_Schriftenreihe_Pflege_Band_12.pdf">https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/GKV_Schriftenreihe_Pflege_Band_12.pdf</a> , zuletzt geprüft am 16.06.2017.
71	GKV-Spitzenverband (Hg.) (2015): Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung. Positionen des GKV-Spitzenverbandes. Online verfügbar unter <a href="https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_Hospiz-Palliativversorgung_barrierefrei.pdf">https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_Hospiz-Palliativversorgung_barrierefrei.pdf</a> , zuletzt geprüft am 16.06.2017.
72	GKV-Spitzenverband (Hg.) (2016): Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016 zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) BT-Drs. 18/9518. Online verfügbar unter <a href="https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/p_stellungnahmen/2016_10_12_Stellungnahme_PSG_III_final.pdf">https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/p_stellungnahmen/2016_10_12_Stellungnahme_PSG_III_final.pdf</a> , zuletzt geprüft am 16.06.2017.
73	GKV-Spitzenverband (Hg.) (2016): Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 26.05.2016 zum Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) vom 09.03.2016 (18/7823). Online verfügbar unter <a href="https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/p_stellungnahmen/160526_Stn_GKV-SV_zum_GE_PflBRefG.pdf">https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/p_stellungnahmen/160526_Stn_GKV-SV_zum_GE_PflBRefG.pdf</a> , zuletzt geprüft am 16.06.2017.
74	Nationale Präventionskonferenz (Hg.) (2016): Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V. Online verfügbar unter <a href="https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Praevention/160219_Bundesrahmenempfehlungen_.pdf">https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Praevention/160219_Bundesrahmenempfehlungen_.pdf</a> , zuletzt geprüft am 22.05.2017.

75	PKV Verband der Privaten Krankenversicherung (Hg.) (2015): Stellungnahme Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) BT-Drucksache 18/5170. Online verfügbar unter <a href="https://www.pkv.de/politik/stellungnahmen_zur_gesetzgebung/2014-2016/stellungnahme-zum-entwurf-eines-hospiz-und-palliativgesetzes-hpg/sststellungnahme-zum-entwurf-eines-hospiz-und-palliativgesetzes-hpg.pdf">https://www.pkv.de/politik/stellungnahmen_zur_gesetzgebung/2014-2016/stellungnahme-zum-entwurf-eines-hospiz-und-palliativgesetzes-hpg.pdf</a> , zuletzt geprüft am 16.06.2017.
76	PKV Verband der Privaten Krankenversicherung (Hg.) (2015): Stellungnahme Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) BT-Drucksache 18/5926. Antrag der Fraktion DIE LINKE Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in der Pflege – Solidarische Pflegeversicherung einführen BT-Drucksache 18/5110. Online verfügbar unter <a href="https://www.pkv.de/politik/stellungnahmen_zur_gesetzgebung/2014-2016/stellungnahme-zum-entwurf-eines-zweiten-pflegestaerkungsgesetzes-psgii/stellungnahme-zum-entwurf-eines-zweiten-pflegestaerkungsgesetzes-psgii.pdf">https://www.pkv.de/politik/stellungnahmen_zur_gesetzgebung/2014-2016/stellungnahme-zum-entwurf-eines-zweiten-pflegestaerkungsgesetzes-psgii/stellungnahme-zum-entwurf-eines-zweiten-pflegestaerkungsgesetzes-psgii.pdf</a> , zuletzt geprüft am 16.06.2017.
77	PKV Verband der Privaten Krankenversicherung (Hg.) (2015): Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) Drucksache 18/4282. Online verfügbar unter <a href="https://www.pkv.de/politik/stellungnahmen_zur_gesetzgebung/2014-2016/stellungnahme-zum-gesetzentwurf-der-gesundheitsfoerderung-und-der-praevention/stellungnahme-zum-entwurf-eines-praeventionsgesetzes.pdf">https://www.pkv.de/politik/stellungnahmen_zur_gesetzgebung/2014-2016/stellungnahme-zum-gesetzentwurf-der-gesundheitsfoerderung-und-der-praevention/stellungnahme-zum-entwurf-eines-praeventionsgesetzes.pdf</a> , zuletzt geprüft am 16.06.2017.
78	PKV Verband der Privaten Krankenversicherung (Hg.) (2016): Stellungnahme Gesetzentwurf der Bundesregierung Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) BT-Drucksache 18/9518 Änderungsanträge der Fraktionen CDU/CSU und SPD Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) Ausschussdrucksache 18(14)0206.1 Antrag der Fraktion DIE LINKE Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten BT-Drucksache 18/8725 Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen BT-Drucksache 18/9668. Online verfügbar unter <a href="https://www.pkv.de/politik/stellungnahmen_zur_gesetzgebung/2014-2016/stellungnahme-zum-entwurf-des-dritten-pflegestaerkungsgesetzes-psg-iii/stellungnahme-zum-entwurf-eines-gesetzes-zur-aenderung-betaeubungsmittel-rechtlicher-und-anderer-vorschriften.pdf">https://www.pkv.de/politik/stellungnahmen_zur_gesetzgebung/2014-2016/stellungnahme-zum-entwurf-des-dritten-pflegestaerkungsgesetzes-psg-iii/stellungnahme-zum-entwurf-eines-gesetzes-zur-aenderung-betaeubungsmittel-rechtlicher-und-anderer-vorschriften.pdf</a> , zuletzt geprüft am 16.06.2017.
79	SPD-Bundestagsfraktion (Hg.): Positionspapier der SPD-Bundestagsfraktion zur Reform der Pflegeversicherung. „Für eine umfassende Pflegereform: Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe stärken“. Online verfügbar unter <a href="http://www.spdfraktion.de/system/files/documents/01592300.pdf">http://www.spdfraktion.de/system/files/documents/01592300.pdf</a> , zuletzt geprüft am 14.06.2017.
80	SPD-Bundestagsfraktion (Hg.) (2015): Bessere Unterstützung am Lebensende. Bundestag berät Gesetz zur Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung, zuletzt geprüft am 17.09.2017.
81	SPD-Bundestagsfraktion (Hg.) (2015): Nur gute Arbeitsbedingungen sichern die Pflege von morgen! Beschluss der SPD-Bundestagsfraktion vom 04.09.2015. Online verfügbar unter <a href="http://www.spdfraktion.de/system/files/documents/pflege.pdf">http://www.spdfraktion.de/system/files/documents/pflege.pdf</a> , zuletzt geprüft am 22.05.2017.
82	SPD-Bundestagsfraktion (Hg.) (2015): Gesellschaft neu denken. Demografiekongress der SPD-Bundestagsfraktion. Berlin. Online verfügbar unter <a href="http://www.spdfraktion.de/system/files/documents/web-dokumente-1-16-demografiekongress.pdf">http://www.spdfraktion.de/system/files/documents/web-dokumente-1-16-demografiekongress.pdf</a> , zuletzt geprüft am 14.06.2017.
83	SPD-Bundestagsfraktion (Hg.) (2016): Das Grundgesetz als Leitbild im Deutschland der kulturellen und religiösen Vielfalt (Positionen der SPD-Bundestagsfraktion, 16). Online

	verfügbar unter <a href="http://www.spdfraktion.de/system/files/documents/web-pos-1616-miteinander-vielfalt.pdf">http://www.spdfraktion.de/system/files/documents/web-pos-1616-miteinander-vielfalt.pdf</a> , zuletzt geprüft am 14.06.2017.
<b>84</b>	SPD-Bundestagsfraktion (Hg.) (2016): Für eine gute und menschenwürdige Pflege. Gesetze zur Stärkung der Pflege. Unter Mitarbeit von Petra Ernstberger. Online verfügbar unter <a href="http://www.spdfraktion.de/system/files/documents/web-pflegestaerkungsgesetze-12seiter.pdf">http://www.spdfraktion.de/system/files/documents/web-pflegestaerkungsgesetze-12seiter.pdf</a> , zuletzt geprüft am 14.06.2017.
<b>85</b>	SPD-Bundestagsfraktion (Hg.) (2016): Zeit für Engagement. Aktive Bürgergesellschaft – Die Basis unserer Demokratie (Positionen der SPD-Bundestagsfraktion, 7). Online verfügbar unter <a href="http://www.spdfraktion.de/system/files/documents/web_pos_0716_zeiten_engagement.pdf">http://www.spdfraktion.de/system/files/documents/web_pos_0716_zeiten_engagement.pdf</a> , zuletzt geprüft am 14.06.2017.
<b>86</b>	SPD-Bundestagsfraktion (Hg.) (2017): Gesundheit und Pflege. Der Mensch im Mittelpunkt. Online verfügbar unter <a href="http://www.spdfraktion.de/system/files/documents/faltblatt-bilanz-gesagtgetangerecht-gesundheit-und-pflege.pdf">http://www.spdfraktion.de/system/files/documents/faltblatt-bilanz-gesagtgetangerecht-gesundheit-und-pflege.pdf</a> , zuletzt geprüft am 14.06.2017.
<b>87</b>	Volkssolidarität Bundesverband e.V. (Hg.) (2014): Stellungnahme der Volkssolidarität Bundesverband e. V. zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 24. September 2014. zum Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitung für Pflegbedürftige, Pflegevorsorgefonds (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz – 5. SGB XI-ÄndG) Bundestags-Drucksache 18/1798 vom 23.06.2014 sowie zum Antrag der Fraktion DIE LINKE Menschenrecht auf gute Pflege verwirklichen – Soziale Pflegeversicherung solidarisch weiterentwickeln Bundestags-Drucksache 18/1953 vom 01.07.2014, zuletzt geprüft am 14.06.2017.
<b>88</b>	Volkssolidarität Bundesverband e.V. (Hg.) (2015): Stellungnahme der Volkssolidarität Bundesverband e. V. zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages zum Entwurf der Bundesregierung für ein Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II), Bundestags-Drucksache 18/5926, zuletzt geprüft am 14.06.2017.
<b>89</b>	Volkssolidarität Bundesverband e.V. (Hg.) (2016): Stellungnahme der Volkssolidarität Bundesverband e.V. zum Entwurf der Bundesregierung für ein Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), Bundestags-Drucksache 18/9518. Online verfügbar unter <a href="https://www.volkssolidaritaet.de/fileadmin/content/bundesverband/Constanze_Gross_Neu/20160616_Stellungnahme_Entwurf_PSG_III.PDF">https://www.volkssolidaritaet.de/fileadmin/content/bundesverband/Constanze_Gross_Neu/20160616_Stellungnahme_Entwurf_PSG_III.PDF</a> , zuletzt geprüft am 14.06.2017.
<b>90</b>	Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V. (Hg.): Trauma und Intervention. Zum professionellen Umgang mit Überlebenden der Shoah und ihren Familienangehörigen. Online verfügbar unter <a href="http://www.zwst.org/cms/documents/347/de_DE/pflegebuch-trauma-intervention-rz-web.pdf">http://www.zwst.org/cms/documents/347/de_DE/pflegebuch-trauma-intervention-rz-web.pdf</a> , zuletzt geprüft am 14.06.2017.