



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
Main Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2016

---

## Chancengleiche Palliative Care im Migrationskontext?

Salis Gross, Corina

**Abstract:** In der Schweiz ist die migrationssensitive kurative medizinische Versorgung bereits gut aufgearbeitet. Diese Kenntnisse könnten nun in die Entwicklung einer chancengleichen Palliative Care einfließen. Grosse Hürden bestehen noch im Zugang und der Nutzung der Angebote, sowie in der Behandlung und Betreuung. Für speziell benachteiligte Gruppen wie Suchtkranke aus dieser Population dürften sich die vorhandenen Barrieren kumulieren.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-133848>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Salis Gross, Corina (2016). Chancengleiche Palliative Care im Migrationskontext? SuchtMagazin, 2016(2):15-20.

# Chancengleiche Palliative Care im Migrationskontext?

**In der Schweiz ist die migrationsensitive kurative medizinische Versorgung bereits gut aufgearbeitet. Diese Kenntnisse könnten nun in die Entwicklung einer chancengleichen Palliative Care einfließen. Grosse Hürden bestehen noch im Zugang und der Nutzung der Angebote, sowie in der Behandlung und Betreuung. Für speziell benachteiligte Gruppen wie Suchtkranke aus dieser Population dürften sich die vorhandenen Barrieren kumulieren.**

## Corina Salis Gross

Dr. phil., Bereichsleiterin «Diversität und Chancengleichheit» bei der Firma Public Health Services GmbH, Sulgeneckstrasse 35, CH-3007 Bern, Tel. +41 (0)31 301 00 64, salisgross@public-health-services.ch, www.public-health-services.ch

Schlagwörter:

Palliative Care | Migration | Transkulturelle Kompetenz | Sterben | Tod |

## Ausgangslage

Im Rahmen der «Nationalen Strategie Palliative Care 2013-2015» arbeitet das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zusammen mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Fachgesellschaft palliative.ch darauf hin, dass schwer kranke und sterbende Menschen in der Schweiz eine ihren Bedürfnissen angepasste Palliative Care erhalten und ihre Lebensqualität verbessert wird. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es ausschlaggebend, dass die Bevölkerung in der Schweiz um den Nutzen der Palliative Care weiss und deren Angebote kennt. Es ist jedoch weder bekannt, welche Kenntnisse die MigrantInnen (bei einem Anteil von einem Viertel bis einem Drittel an der Gesamtbevölkerung) über Palliative Care und über die möglichen Angebote haben, noch inwiefern sie diese Angebote auch in Anspruch nehmen. Das BAG mandatierte die Firma Public Health Services mit einer entsprechenden Studie.<sup>1</sup> Public Health Services verfolgte dabei eine enge Zusammenarbeit mit dem NFP67-Projekt «Doing death and doing diversity in Swiss nursing homes» am Institut für Sozialanthropologie der Universität Bern.<sup>2</sup>

## Ziele

- Die Studie zeigt mittels qualitativer Erhebungen die bestehenden Potenziale und Lücken in der Versorgung der Migrationsbevölkerung auf, damit das Teilprojekt «Sensibilisierung» der «Nationalen Strategie Palliative Care 2013-2015» auch diese Bevölkerungsgruppe gezielt ansprechen resp. die entsprechenden AkteurInnen auf deren Bedürfnisse aufmerksam machen kann.
- Die Erkenntnisse werden mittels Empfehlungen auch für die Bereiche der Versorgungsstrukturen, Leistungen (Anbieter und Fachpersonen) sowie Kompetenzen

(der Anbieter, Fachpersonen, Schlüsselpersonen) nutzbar gemacht und helfen dabei, den weiteren Handlungsbedarf für Bund, Kantone, Gemeinden und Leistungserbringer festzulegen.

## Vorgehen

Das qualitative Design der Erhebung beinhaltet folgende Elemente:

- Literaturrecherche national und international
- Participant Rapid Appraisal zu Erfahrungen und Bedürfnissen der Migrationsbevölkerung mit zwei methodischen Schwerpunkten: a) Rekonstruktion konkreter Fälle von Migrantinnen und Migranten in der Palliative Care (n=6), und b) Fokusgruppen und Interviews mit VertreterInnen der Migrationsbevölkerung (ReligionsvertreterInnen (n=5) und Fachpersonen der Arbeitsgruppe «Migration und Gesundheit» des Forum für die Integration von Migrantinnen und Migranten in der Schweiz FIMM (n=6))
- Erhebung bei den zehn grössten Anbietern der spezialisierten stationären Palliative Care, zur Nutzung des Angebotes durch MigrantInnen und zum Bedarf an entsprechender Anpassung (telefonische Befragung)

## Ergebnisse der Literaturrecherche

International liegt bereits ein beträchtlicher Korpus an Literatur aus Ländern vor, die über ein gut ausgebautes Palliative-Care-Angebot und eine explizite Minderheitenpolitik verfügen. Die Texte verweisen auf erhebliche Barrieren im Zugang und in der Nutzung der vorhandenen Angebote (Kommunikation, Religion, Strukturen für Angehörige etc.). Das Konzept «Palliative Care» ist gemäss der Literatur stark individualistisch und angelsächsisch geprägt, so dass es der Migrationsbevölkerung z.T. nur schwer zugänglich ist. Zudem zeigen sich strukturelle Barrieren durch finanzielle Kosten (Arbeitsausfälle von Angehörigen durch die Betreuung zu Hause, Rückführungskosten vor und nach dem Tod, Kosten durch erschwerte Kommunikation). In der Schweiz wurde das Thema migrationsensitive Palliative Care noch kaum bearbeitet, ein grosses Potential liegt jedoch in den hier differenziert aufgearbeiteten Thematiken

Migration und Gesundheit und transkulturelle Kompetenz, zu denen auch in der Praxis gut erprobte Instrumente zur migrations-sensitiven Ausgestaltung der Regelversorgung vorhanden sind.

In der Folge wird über die jeweiligen Kontexte und Schwerpunkte der gesichteten Literatur hinaus zusammengefasst, was in unterschiedlichen Studien zu verschiedenen Gruppen der Migrationsbevölkerung im Hinblick auf verschiedene Angebote der Palliative Care aus unterschiedlichen Ländern immer wieder als Besonderheit (besondere Bedürfnisse, besonderer Bedarf) der Migrationsbevölkerung – sei es nun aufgrund von deren Herkunft, der Migrationserfahrung oder der Positionen und Erfahrungen im Aufenthaltsland – hervorgehoben wird. Zudem wird zusammengetragen, inwiefern sich die Literatur zu Lösungsansätzen äussert und welche Empfehlungen für die Praxis wiederholt gemacht werden.

### Zugang und Nutzung von Angeboten

Eine unterdurchschnittliche Nutzung der Angebote durch die Migrationsbevölkerung ist in verschiedenen Kontexten festgestellt und nachgewiesen worden.

In der Literatur werden folgende Gründe dafür genannt:

- fehlendes Wissen über Angebote
- Vorurteile gegenüber Angeboten: nur für Mehrheitsbevölkerung/Mittelschicht, nur für Christen, nicht erschwinglich, Gesundheitswesen diskriminiert Minderheiten sowieso, Palliative Care hat etwas mit Suizidbeihilfe zu tun etc.
- schlechte geographische Erreichbarkeit respektive Hochschwelligkeit der Angebote
- unsicherer oder fehlender Aufenthaltsstatus bei den Betroffenen, was grundsätzlich vom Gesundheitswesen ausschliesst resp. dessen aktive Nutzung einschränkt
- (vorübergehend) geringerer Bedarf an bestehenden Angeboten (wegen «healthy migrant effects», z. B. bezüglich Krebsraten, demographisches Alter), der sich aber mit der Zeit der Mehrheitsbevölkerung angleichen wird
- mehrfach nachgewiesen wurde eine unterdurchschnittliche Information über Angebote und weniger häufige Überweisung an Dienstleistungen durch Gesundheitsfachkräfte, insbesondere durch (Haus-) Ärztinnen und Ärzte. Als Gründe hierfür werden genannt: erschwerte Kommunikation (u. a. Sprache) und Vorannahmen, dass die Migrationsbevölkerung es vorziehe, informell zu Hause zu pflegen sowie auch in der Lage sei, die damit einhergehenden Belastungen zu tragen.

### Besonderheiten in der Behandlung und Betreuung

Vielfach erwähnt werden schwierige Kommunikationsbedingungen, aufgrund von Sprachkenntnissen, aber auch aufgrund des u. U. unterschiedlichen Rollenverhaltens in Gesprächen und der unklaren Zuständigkeiten für Information und Entscheidungen (Patient, Patientin? Andere Familienmitglieder? Wenn ja, welche? Ärztin/Arzt? Höhere göttliche Instanz?):

- Erschwerte Kommunikation, wenn Übersetzende involviert sind, insbes. wenn Angehörige oder nicht spezifisch ausgebildete Mitarbeitende übersetzen. Kommunikationssituationen werden durch den Einbezug von Übersetzenden komplexer, sie sind zeit- und kostenaufwändiger.
- Die Kommunikation wird in den gesichteten Studien insbesondere von den Professionellen als mangelhaft

resp. schwierig empfunden; Kommunikation scheint für Ärztinnen und Ärzte schwieriger zu sein als für die professionellen Pflegenden.

- Informationspraxis: Dem Ideal der direkten und umfassenden ärztlichen Aufklärung über Diagnose und Prognose steht u. U. ein Wunsch nach indirekter Kommunikation, nach Schonung der Betroffenen oder gar nach Nicht-Offenlegung entgegen.
- Entscheidungspraxis: Dasselbe gilt für das Entscheiden; Die starke Orientierung an der Selbstbestimmung der PatientInnen kann (insbesondere, aber nicht nur) im Migrationskontext auf Unverständnis stossen resp. verweigert werden. Entscheidungskompetenzen können bei anderen Familienangehörigen gesehen werden, in der Familie als Kollektiv gefällt werden wollen, einer medizinischen (oder auch anderen professionellen) Autoritätsinstanz zugewiesen werden oder auch einer göttlichen Instanz obliegen.
- Breit dokumentiert ist auch der Wunsch nach Aufrechterhaltung der Hoffnung auf Heilung bis zuletzt; damit verbunden auch der Wunsch nach maximalen kurativen Therapien und lebensverlängernden Massnahmen bis zuletzt. In der Literatur aufgegriffene Begründungen dafür aus der Migrationsbevölkerung sind folgende: Einerseits gibt die Hoffnung Kraft, andererseits wird das Aufgeben der Hoffnung als «Kapitulation» resp. als einer höheren (göttlichen) Entscheidungsmacht «ins Handwerk pfuschen» wahrgenommen
- Das Streben nach möglichst offener Information und autonomer Entscheidung in einer existentiellen Lebensphase stellt hohe Anforderungen an die Health Literacy der Betroffenen; auch Angehörige der Mehrheitsgesellschaft können sich diesen Postulaten verweigern resp. sie nicht verstehen
- Relevant sind zudem spezifische religiöse und soziokulturelle Gepflogenheiten im Umgang mit Krankheit und Sterben, z. B. soziale Anteilnahme (Krankenbesuche), spezifische Diäten und Essensgewohnheiten, Hygienevorstellungen, Privatheitsvorstellungen, geschlechterspezifische Rollen, Pflegeideale und -erwartungen (Ideal der familiären Pflege) im Rahmen unterschiedlicher Verwandtschafts- und Reziprozitätsordnungen.
- Dazu gehören auch spezifische religiöse und soziokulturelle Gepflogenheiten im Umgang mit dem Tod, wie z. B. Herrichten des Körpers, Bestattung, Ausdruck von Trauer.
- Charakteristisch für die besondere Situation von Migrierten am Lebensende ist die Option der Rückkehr ins Herkunftsland und der Nutzung dortiger Angebote resp. Ressourcen (Heilungsangebote, Betreuungsangebote, Bestattungsangebote); bestehende Studien zeigen, dass eine Rückkehr im Sterben häufig zum Thema wird (z. T. auch nur in Form eines Besuchs, um Abschied von wichtigen Personen zu nehmen), dass die Umstände aber erschwert sein können, wenn diese Option zu spät thematisiert wird. Zudem kann der Wunsch nach Rückführung nach dem Tod aufkommen, was mit erhöhtem administrativem und finanziellem Aufwand, ev. auch unter Zeitdruck (z. B. bei Bestattung nach islamischen Regeln) organisiert werden muss.

Diese Besonderheiten treten nicht nur in der Migrationsbevölkerung auf, dort aber tendenziell häufiger als in der Gesamtbe-

völkerung, und sie treten in individuell sehr unterschiedlichen Ausprägungen auf. Relevante kollektive Kontextfaktoren können gemäss Literatur sein: Konzeption des Gesundheitssystems und seiner Umgangsweise mit Minderheiten; Position der Migrationsgruppe in der Aufnahmegesellschaft (hat Einfluss auf sozioökonomischen Status, geographische Konzentration von «Communities», Organisationsgrad der «Communities» etc.), «Alter» der Migration, Migrationstypus (Arbeit, Flucht, koloniale Migration u.a.).

### **Erfahrungen und Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung**

Die Erfahrungen und Bedürfnisse von MigrantInnen in der Palliative Care wurden über die Rekonstruktion von Fällen Betroffener (resp. Angehöriger von Betroffenen) erhoben sowie über die Befragung von VertreterInnen der Migrationsbevölkerung (ReligionsvertreterInnen, Fachpersonen mit Migrationshintergrund).

#### *Angehörige*

Zu-Hause-Sterben tauchte als Wunsch in den Interviews nicht auf. Im häuslichen Bereich scheinen die Familiensysteme rasch an ihre Grenzen zu gelangen (finanziell, hinsichtlich genügend Wissen um die unterstützenden Strukturen und ihre Nutzung, aufgrund der Wohn- und Arbeitssituation etc.). Mehrfach wird hingegen das hohe Vertrauen in das Gesundheitssystem in der Schweiz betont und insbesondere bezüglich Spitälern hervorgehoben. Dies vor allem im Vergleich mit der Versorgungssituation in den Herkunftsländern und unter Kenntnis der kurativen Medizin (Palliative Care ist weitgehend unbekannt). Und auch die Erfahrungen mit heterogenem Personal (Personal mit Migrationshintergrund) werden als positiv empfunden (gleiche Sprache, Verständnis und Vertrauen u.U. rascher etabliert). Migrationssensitive Kommunikation und psychosoziale Begleitung sowie Entscheidungsfindungsprozesse und Wertevermittlung werden als erschwert bewertet, da die Berücksichtigung dieser Elemente in den Institutionen proaktiv eingefordert und z.T. auch selber organisiert werden müsse. Die Unterstützung durch die Vertretenden der eigenen religiösen Institutionen oder «Communities» wird dabei stark genutzt. Patientenverfügungen und das Konzept «Palliative Care» waren nicht bekannt. Vor und nach dem Sterben ist die Frage nach Rückführungsmöglichkeiten der kranken oder verstorbenen Person ein grosses Thema, sowie auch die rasche Einreise von Angehörigen. Die migrationsbedingt komplexeren administrativen Belange nach einem Todesfall werden als sehr belastend erlebt, da wiederum Wissen und unterstützende Strukturen fehlen. Insgesamt beinhalten Rückführungen vor und nach dem Tod hohe administrative und finanzielle Hürden.

#### *ReligionsvertreterInnen*

Die befragten ReligionsvertreterInnen werden häufig bereits vor dem Tod durch die PatientInnen oder deren Angehörige einbezogen. Vereinzelt bestehen auch mehr oder weniger formalisierte Kontakte zu Versorgungsanbietern. Sie begleiten die Familien oder die Sterbenden nicht nur in religiösen und psychosozialen Belangen, sondern auch mit Wissensvermittlung oder administrativer Unterstützung. Dabei gelangen sie aber oft an Grenzen, da diese Unterstützung bis auf eine Ausnahme auf freiwilliger Basis geschieht. Einzig der sunnitische Imam konnte dies im Rahmen seiner (vom Herkunftsland finanzierten) Tätigkeit leisten. Die anderen an der Befragung vertretenen Religionsgruppen (kurdische Aleviten, tamilische Hindus, serbische Orthodoxe, albanischsprachige Sunniten) verfügen über z.T. sehr schwache Strukturen. Bei diesen müs-

sen die Bedürfnisse der Sterbenden oder der Angehörigen (vor und nach einem Todesfall) transnational abgedeckt werden, indem z.B. SpezialistInnen eingeflogen oder rituelle Bedürfnisse im Herkunftsland organisiert und finanziert werden. Das ist mit Kosten, Zeitdruck und allenfalls mit komplizierten administrativen Vorgängen verbunden, was als belastend erlebt wird. Die Patientenverfügung und das Konzept der «Palliative Care» sind den Befragten nicht bekannt. Sie betonen, dass beides leicht missverstanden werden könne, im Sinne von Sterbehilfe. Linderndes Caring werde noch kaum als Leistung von medizinischen Versorgern wahrgenommen, da die Medizin weitgehend nur als kurativ bekannt sei. Das Interesse an einer Zusammenarbeit bei der Planung und Umsetzung einer migrationssensitiven Palliative Care wurde deutlich geäussert, aber auch benannt, dass diese Einbindung formalisierter als bisher geschehen sollte.

#### *Fachpersonen mit Migrationshintergrund*

Die Fachpersonen wurden um eine Einschätzung der Bedürfnisse gebeten sowie um das Benennen von allfälligen Priorisierungen von Massnahmen. Obwohl alle Befragten beruflich im Gesundheits- oder Sozialwesen tätig sind, waren das Wissen zur Patientenverfügung, zum Konzept «Palliative Care» und zu den bestehenden Angeboten in der Schweiz mehrheitlich gering. Den Wissensstand in der breiten Migrationsbevölkerung schätzten die Befragten als sehr gering ein, auch migrationssensitive oder muttersprachliche Materialien waren nicht bekannt. Als wichtigste Massnahmen priorisierten sie deshalb die gezielte Informationsvermittlung und Sensibilisierung der Migrationsbevölkerung durch die bekannten wirksamen Vorgehensweisen (partizipativ, beziehungsgeleitet, Setting-Ansatz). Dabei sollten die Potentiale der bestehenden Selbstorganisationen unbedingt genutzt werden. Es wurde auf spezielle Angebote verwiesen, die bereits punktuell bestehen (z.B. spezialisierte Bestattungsunternehmen, informelle Finanzierungsnetzwerke in den «Communities» oder informelle Kooperationen zwischen Herkunftsland und der Schweiz für spezifische Aspekte wie z.B. Bestattungen), sowie auf die Nutzung von biomedizinischen und volksmedizinischen oder rituellen Leistungen im Herkunftsland. Wichtigste Massnahmen sollten, so die Befragten, neben der Informationsvermittlung auf die Weiterbildung des Fachpersonals ausgerichtet sein (Sensibilisierung und kommunikative Befähigung), auf den systematisierten Bezug von professionellen und in Palliative Care geschulten Übersetzenden und auf den Einbezug von Schlüsselpersonen aus den «Communities» in die palliative Versorgung am Lebensende.

### **Nutzung und Bedarf der spezialisierten stationären Palliative Care**

#### *Nutzung*

Der Anteil an PatientInnen mit Migrationshintergrund liegt in den untersuchten zehn spezialisierten stationären Angeboten<sup>3</sup> in der Schweiz nach Einschätzung der befragten InstitutionsvertreterInnen mehrheitlich bei 10-20% (7 Institutionen), sowie vereinzelt bei 5% (1 Institution) und bei 30-40% (2 Institutionen). Dabei verteilen sich die Nationalitäten entsprechend der regionalen Bevölkerungsstruktur: Die Lateinische Schweiz zeigt mehr Patientinnen und Patienten aus Italien, Spanien und Portugal. Die deutschsprachige Schweiz hat eher Deutsche, ItalienerInnen, PatientInnen aus der Türkei (bis zu 30%) sowie aus Ländern des ehemaligen Jugoslawien. In Genf ist die Durchmischung am stärksten. Die Geschlechterverteilung wird als ausgeglichen eingeschätzt, und die meisten PatientInnen sind älter als 50 Jahre, wobei die Hauptgrup-

pe bei 61-80 Jahren liegt. Kommuniziert wird v.a. in den drei Landessprachen. Die meisten Institutionen haben Zugang zu Übersetzenden in vier bis sieben weiteren Sprachen, wobei die Bezahlung nicht überall gesichert ist.

### *Herausforderungen und Ressourcen*

Als grösste Herausforderung in den Institutionen der spezialisierten Palliative Care wird von den befragten Fachpersonen die Kommunikation genannt (Sprache, der Wunsch nach indirekter Kommunikation bei Diagnose, Prognose und Behandlung, Kommunikation zum Wechsel von kurativen zu palliativen Interventionen). Dazu gehört auch die individuelle Klärung der religiösen und spirituellen Bedürfnisse sowie die sozialen und kulturellen Spezifitäten zu Sterben und Tod: Hier wird betont, dass allgemeine Informationen (wie Infoblätter, Handbücher oder Internetquellen) weniger hilfreich sind als die auf das spezifische Individuum und seine Familie ausgerichtete direkte Unterstützung durch Schlüsselpersonen aus den «Communities». Die Institutionalisierung dieser Zusammenarbeit ist jedoch noch kaum realisiert. Weitere Punkte sind der u.a. durch die Kommunikationsbarrieren entstehende grössere Zeitaufwand, das Fehlen von Handlungsabläufen oder Tools, der Bedarf an Räumen (Rituale, grosse Besuchergruppen, laute Manifestationen von Trauer), sowie die organisatorischen und finanziellen Aspekte bei Rückführungen vor und nach dem Tod oder bei der Einreise von Verwandten. Patientenverfügungen oder das Konzept «Palliative Care» sind nach Einschätzung der Institutionsvertretenden noch kaum bekannt, ausser bei Personen aus Ländern des nördlichen Europa, die sich auch eher auf das schriftliche Festhalten von vorausschauenden Bestimmungen einlassen würden. Die anderen Gruppen hätten in der Regel eher Mühe, einzelne Schritte im Voraus zu benennen (insbesondere Sedation, künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, Reanimation und die Diagnose-/Prognosevermittlung) und sich von der Hoffnung auf Genesung und den Erwartungen an entsprechende Interventionen zu lösen. Dies hänge v.a. damit zusammen, dass das Konzept der Palliative Care in diesen Herkunftsländern noch wenig bekannt oder etabliert sei. Als spezielle Ressourcen werden in allen Institutionen die Präsenz der Familie und der Stellenwert der Religion genannt: Ängste vor dem Sterben würden durch beide Elemente potentiell stark reduziert und spezielle Bedürfnisse können durch die Unterstützungspotenziale dieser beiden Netzwerke leichter mobilisiert und abgedeckt werden. Auch sei eine starke finanzielle Solidarität ersichtlich.

### *Migrationssensitive Angebote*

Die Erhebung zeigt, dass migrationsspezifische Angebote noch eingeschränkt sind: In keiner Institution gibt es Informationsmaterial in anderen ausser den Landessprachen. Nur in drei Institutionen ist nach eigener Einschätzung genügend transkulturelle Kompetenz bei den involvierten Fachpersonen vorhanden. Bei den in Palliative Care geschulten Freiwilligen fehlt eine zusätzliche Schulung in transkultureller Kompetenz noch überall. Bei vier Institutionen werden Ansätze einer migrationsspezifischen Anamnese durchgeführt. Kontakte mit nicht-christlichen ReligionsvertreterInnen bestehen in fünf Institutionen über die Spitalseelsorgenden, in drei Institutionen sind Listen vorhanden. Zwei Institutionen haben Kontakte zu weiteren Selbstorganisationen der Migrationsbevölkerung. Neutrale spirituelle Räume sind in drei Institutionen vorhanden, sieben haben Zugriff auf Räume für grössere Besuchergruppen. Am etabliertesten ist die Zusammenarbeit mit interkulturellen Übersetzungsdiensten, wobei bemerkt wird, dass diese kaum auf die spezifischen Komplexitäten in der Palliative Care vorbereitet seien.

### *Bedarfseinschätzung*

Die Institutionen melden insgesamt trotz der eingeschränkten Angebote noch wenig Bedarf an. Übersetzte oder angepasste Broschüren wären für zwei Institutionen wichtig. Vier Institutionen wären daran interessiert, ihr Personal vertieft transkulturell zu schulen. Drei Institutionen wünschen sich mehr Informationen zu religiösen Fragen im Umgang mit PatientInnen mit Migrationshintergrund, zwei Institutionen möchten ihre Patientinnen und Patienten im Bereich Rückführungen finanziell unterstützen können. Diese Antworten machen deutlich, dass noch kaum systematisierte Interventionen für die migrationssensitive Öffnung der Angebote geplant sind. Zwei Institutionen sind jedoch dem Label «Swiss Hospitals for Equity»<sup>4</sup> angeschlossen und daher bemüht, die Kompetenzen ihres Personals im Umgang mit Patienten und Patientinnen unterschiedlichster Herkunft zu optimieren sowie den Zugang und die Behandlungsqualität für die Migrationsbevölkerung zu sichern.

Trotz den noch wenig konkretisierten Bedarfseinschätzungen zeigen sich die GesprächspartnerInnen in den Interviews jedoch dem Thema gegenüber als offen, was eine gute Ausgangsbasis für die weitere Sensibilisierung sein kann.

## **Empfehlungen zur Sensibilisierung**

### *Migrationsbevölkerung*

Das Konzept «Palliative Care» und die entsprechenden Angebote sind bekannt zu machen. Inhaltlich ist auf Unterschiede zur kurativen Medizin hinzuweisen, Palliative Care ist dabei von Sterbehilfe abzugrenzen, und es ist zu beachten, dass die Begriffe «Lebensqualität» und «Würde» anknüpfungsfähiger sein können als bspw. «Autonomie» und «individuelle Selbstbestimmung».

### *Vorgehen:*

Zielgruppenspezifische, beziehungsgeleitete und interaktiv gestaltete Informationsvermittlung in den Selbstorganisationen und informellen Gruppierungen (allenfalls eingebettet in Veranstaltungen zu allgemeinen Gesundheitsthemen), in migrationssensitiv ausgestalteten Beratungen (z.B. zum Ausfüllen von Patientenverfügungen). Berücksichtigung der migrationsspezifischen Elemente bei der Realisierung von öffentlichen Impulsen für die Gesamtbevölkerung, Politik, Leistungserbringer und Fachpersonen.

### *Politische Akteure:*

Gezielte Thematisierung diversitätssensitiver Palliative Care im Sinne eines Mainstreamings in den bestehenden Gefässen.

### *Leistungserbringer:*

Sensibilisierung im Hinblick auf die Vorteile einer migrationssensitiven Öffnung (inkl. systematische Erhebung von diversitätssensitiven Daten) mittels Nutzung der bestehenden Gefässe und Sensibilisierung auf bestehende Risiken von Benachteiligungen und Diskriminierungseffekten im Versorgungsangebot.

### *Fachpersonen:*

Sensibilisierung der EntscheidungsträgerInnen und der Bildungsverantwortlichen in den Fachgesellschaften für den Bedarf an Bildungselementen im Bereich «transkulturelle Kompetenz in der Palliative Care» sowie eines Bildungsmoduls für Übersetzende.



### Empfehlungen zu den Versorgungsstrukturen

- Migrationssensitive Öffnung der Versorgungsstrukturen unterstützen und Sicherstellung des systematischen Einbezugs von Übersetzenden.
- Nutzung des Potenzials von Selbstorganisationen und Schlüsselpersonen der Migrationsbevölkerung, sowie Etablierung von lokalen Netzwerken für die institutionalisierte Zusammenarbeit zwischen Selbstorganisationen und Leistungserbringern.
- Strukturschwächen der Selbstorganisationen beachten, ggf. nach Möglichkeiten der Stärkung suchen (z. B. über Entschädigungen für Begleitung, über strukturelle Einbindung in die Angebote, über die Etablierung von Weiterbildungsangeboten für Freiwillige und über die zielgerichtete Öffnung der formellen Freiwilligenarbeit für die Migrationsbevölkerung).
- Selbsthilfe-Fonds-Lösungen für die finanzielle Unterstützung bei Rückführungen in der Migrationsbevölkerung breit bekannt machen, ggf. auch Fonds-Lösungen in den Angeboten einrichten.
- Beratungsangebote für finanzielle Fragen etablieren und/oder bekannt machen.
- Aufarbeiten der rechtlich-administrativen Grundlagen für humanitäre Visa bei Härtefällen am Lebensende.

### Empfehlungen zu Leistungen

Die Unterstützung der PatientInnen und ihrer Angehörigen sollte verstärkt werden. Dies kann mittels Prüfung der Übernahme folgender Elemente in die Prozesse der Qualitätssicherung geschehen:

- Umfassende und sensitiv kommunizierte Information zu

Palliative Care an die PatientInnen und ihre Angehörigen, bei Eintritt in ein Angebot und idealerweise bereits vor der Zuweisung in ein Angebot.

- Sicherstellen einer angemessenen Kommunikation (u. U. auch indirekte Kommunikation, Hoffnungserhalt).
- Sicherstellung des Zugangs zu professioneller, in Palliative Care geschulter Übersetzung.
- Sicherstellung einer migrationssensitiven Begleitung durch den Sterbeprozess und in der Übergangsphase nach Eintritt des Todes.
- Sicherstellen der psychosozialen und/oder religiösen Begleitung durch Schlüsselpersonen aus den «Communities».
- Option der Rückführung systematisch und früh thematisieren und auf entsprechende Hürden sowie bestehende Unterstützungsmöglichkeiten hinweisen.
- Die Option der Pflege zu Hause sowie die bestehenden Unterstützungsmöglichkeiten für die Angehörigen kommunizieren.
- Für die Fachpersonen sollten bestehende Instrumente aus der migrationssensitiven Versorgung um Besonderheiten am Lebensende erweitert<sup>5</sup> und systematisch eingesetzt sowie unterstützende Strukturen für Konfliktsituationen bereitgestellt werden.

### Empfehlungen zu Kompetenzen

- Empowerment von PatientInnen und Angehörigen durch Unterstützung von Selbsthilfegruppierungen oder PatientInnen- resp. Angehörigenschulungen.
- Bildung von Fachpersonen: Verknüpfung der Themenkomplexe «Transkulturelle Kompetenz» und

«Palliative Care» sowie Stärkung beider Themen in der Aus- und Weiterbildung. Schulung des Pflegepersonals und der ÄrztInnen in «Motivational Interviewing». Schulung von Schlüsselpersonen, religiösen SpezialistInnen und Fachpersonen der Interkulturellen Vermittlung: Weiterbildungsangebote in Palliative Care für Personen aus der Migrationsbevölkerung, die in die Begleitung von Betroffenen und Angehörigen involviert sind.

- Forschung: Bestimmen von Forschungsschwerpunkten und Förderung von Forschung zu Migration und Palliative Care in der Schweiz, insbesondere in den Bereichen Zugang und Versorgungsqualität.

## Fazit

Und was bedeutet dies nun für die suchtkranken oder von Drogen und anderen Suchtmitteln abhängigen Personen aus der Migrationsbevölkerung? Sie werden in der Literatur und auch in unserer Befragung (noch) nicht speziell erwähnt, da sowohl in der Forschung wie auch in der Praxis hier noch eine grosse Lücke besteht. Wenn wir jedoch bedenken, dass die reflexive Moderne auch beim Sterben die sozialen Ungleichheiten eher noch verstärkt – wie das von Werner Schneider im Leadartikel in diesem Heft eindrücklich analysiert wird –,<sup>6</sup> so dürften sich die Barrieren bei diesen benachteiligten Gruppen erheblich verstärken. Das sogenannte «entbettete» Sterben allerdings, könnte für einige Betroffene u.U. etwas weniger virulent werden, falls die Einschätzungen der Befragten stimmen, wonach die Verankerung in sozialen und religiösen Netzwerken durchaus vorhanden ist und auch das Vertrauen in die Gesundheitsinstitutionen. ●

## Literatur

Salis Gross, Corina/Soom Ammann, Eva/Sariaslan, Emine/Schneeberger Geisler, Susanne (2014): Chancengleiche Palliative Care. Bedarf und Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung in der Schweiz. München: Akademische Verlagsgemeinschaft.

SRK – Schweizerisches Rotes Kreuz (2015): Checklisten Migrationsensitive Palliative-Care. Begleitbericht. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Nationale Strategie Palliative Care. Bern: BAG/Schweizerisches Rotes Kreuz.

## Endnoten

- 1 Der hier vorliegende Artikel entspricht in leicht erweiterter Form dem executive summary zu dieser Studie (vgl. Salis Gross et al. 2014). Sämtliche Quellenangaben finden sich in der Buchpublikation sowie in den Downloads zur Studie auf den Seiten des BAG: [www.tinyurl.com/hozsvy6](http://www.tinyurl.com/hozsvy6), Zugriff 08.04.2016.
- 2 Siehe [www.nfp67.ch](http://www.nfp67.ch)
- 3 Befragt wurden die folgenden Institutionen der spezialisierten stationären Palliative Care: CHUV Centre hospitalier universitaire vaudois (service des soins palliatifs) Lausanne; Diaconis Bern (Station für Palliative Therapie) Bern; Hôpital neuchâtelois La Chrysalide (Centre de référence en soins palliatifs) La Chaux-de-Fonds; HUG Hôpitaux universitaires Genève (Hôpital de Bellerive, Service de médecine palliative) Collogne-Bellerive; Inselspital (Universitäres Zentrum für Palliative Care) Bern; IOSI Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (Ospedale Regionale Bellinzona e Valli) Viganello; Kantonsspital St.Gallen (Palliativzentrum) St.Gallen; Palliativklinik Hospiz im Park, Arlesheim, Spital Affoltern a.A. (Station Palliative Care) Affoltern a.A.; Universitätsspital Zürich (Kompetenzzentrum Palliative Care) Zürich.
- 4 Vgl. [www.hospitals4equity.ch](http://www.hospitals4equity.ch)
- 5 Im Anschluss an die Studie wurden nun erste Instrumente in Form von Checklisten entwickelt, sowie ein Begleitbericht (SRK 2015) zu den Listen erstellt. Sie stehen als Downloads auf den Seiten des BAG zur Verfügung: [www.tinyurl.com/jht9tdv](http://www.tinyurl.com/jht9tdv), Zugriff 08.04.2016.
- 6 Vgl. Schneider in diesem Heft.

## Bücher zum Thema



**Sucht und Suizidalität**  
Barbara Schneider/Tilman Wetterling  
2015, Kohlhammer, 170 S.

Bei an Suizid Verstorbenen lag häufig eine Suchterkrankung vor und bei Suchtkranken ist das Risiko für Suizid(-versuche) stark erhöht. Dieses Buch fasst das aktuelle Wissen zu Suizidalität sowie die wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Suizidalität bei Suchterkrankungen zusammen. Möglichkeiten zur Behandlung, einschliesslich Prävention, werden dargestellt. Internationale Erfahrungen zeigen, dass wichtige Elemente einer erfolgreichen Suizidprävention die Information und Schulung von Fachkräften und Kontaktpersonen von Suizidgefährdeten sind. Das Buch richtet sich insbesondere an diese Personengruppen und will einen Beitrag zur Suizidprävention bei Suchtstörungen leisten.



**Naloxon – Überlebenshilfe im Drogennotfall**  
Anna Dichtl/Heino Stöver (Hrsg.)  
2015, Fachhochschulverlag, 114 S.

Bei lebensbedrohlichen Opiatüberdosierungen kann Naloxon das Leben retten: Vorausgesetzt, Opiatgebrauchende und ihr Umfeld – also medizinische Laien – werden im Rahmen von Take-Home-Programmen mit dem Opiatantagonisten ausgestattet und für den Drogennotfall geschult. Die Beiträge beleuchten den aktuellen wissenschaftlichen Stand zur Naloxonabgabe als Prophylaxe tödlicher Drogennotfälle und geben Einblicke in verschiedene Praxisfelder der Naloxonabgabe in Deutschland, Grossbritannien, Spanien und Italien.