



palliative ch

gemeinsam + kompetent
ensemble + compétent

insieme + con competenza

palliative ch

Zeitschrift der Schweiz. Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung
Revue de la Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs
Rivista della Società Svizzera di Medicina e Cure Palliative

Nr. 4-2015



Palliative Care und Migration · Soins palliatifs et migration ·
Cure palliative e migrazione

INHALTSVERZEICHNIS · TABLE DES MATIÈRES · INDICE

5	Editorial · Éditorial · Editoriale	49	<i>Claudia Michel und Daniela Wittwer</i> Zusammenspiel von Profis, Angehörigen und Gemeinden: das Spannungsfeld der Palliative Care
<hr/>		51	<i>Karin Tschanz</i> Zertifikatslehrgänge in Palliative und Spiritual Care – Interprofessionelles und praxisorientiertes Lernen für Fachpersonen
Palliative Care und Migration · Soins palliatifs et migration · Cure palliative e migrazione		52	<i>Fabienne Teike Lüthi et Ilaria Bernardi Zuca</i> DAS spécialiste en soins palliatifs
6	<i>Corina Salis Gross, Eva Soom Ammann, Emine Sariaslan und Susanne Schneeberger Geisler</i> Migrationssensitive Palliative Care – Bedarf und Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung in der Schweiz	<hr/>	
10	Soins palliatifs tenant compte des phénomènes migratoires – demandes et besoins de la population migrante en Suisse	International	
15	Riassunto italiano	53	New WHO infographic on palliative care released
16	<i>Heidi Diefenbacher</i> Die Pflege von Menschen aus anderen Kulturen	<hr/>	
19	Résumé français	Das hat mich bewegt... · Cela m'a touché... · Mi ha commosso...	
19	Riassunto italiano	54	<i>Christian Ruch</i> Herbststürme am Stadland
20	<i>Christian Ruch</i> Das Tibetische Totenbuch – ein Reiseführer ins Jenseits?	56	Tempêtes d'automne sur la Stadland
24	Résumé français	58	Tempeste autunnali a Stadland
25	Riassunto italiano	<hr/>	
26	Migrationssensitive Checkliste in der Palliative Care – Fragen an den Patienten, die Patientin	Pallioscope	
29	Migrationssensitive Checkliste in der Palliative Care – Fragen an die Angehörigen	60	<i>Christian Ruch</i> «Endlich ist es da!» – das neue Standardwerk «Handbuch Palliativmedizin» und sein «kleiner Bruder», die «Palliativmedizin Essentials»
32	Check-list en matière de soins palliatifs adaptée à la sensibilité des populations migrantes – Questions aux patients	62	<i>Maya Monteverde</i> Christoph Held, «Was ist «gute» Demenzpflege? Demenz als dissoziatives Erleben – Ein Praxishandbuch für Pflegende»
35	Check-list en matière de soins palliatifs adaptée à la sensibilité des populations migrantes – Questions aux proches	<hr/>	
38	Questionario che tiene conto delle diverse sensibilità dei migranti in materia di cure palliative – Domande al paziente	Nachrichten palliative ch · Nouvelles palliative ch · Notizie palliative ch	
41	Questionario che tiene conto delle diverse sensibilità dei migranti in materia di cure palliative – Domande ai familiari	63	<i>Christian Ruch</i> Die letzte retraite war ein bunter Marktplatz der Ideen
<hr/>		64	La dernière retraite était une bourse aux idées bigarrée
Bildung und Forschung · Formation et Recherche · Formazione e Ricerca		65	L'ultimo ritiro è stato un variopinto mercato di idee
44	<i>Mirjam Mezger</i> Alternative Religiosität in der Palliative Care? Eine religionswissenschaftliche Untersuchung	66	<i>Christian Ruch</i> Guter Weg oder falscher Anreiz? Spezialisierte Palliative Care im SwissDRG-Tarifsystem
47	Résumé français		
48	Riassunto italiano		

- 68 La bonne voie ou incitation allant dans le mauvais sens? Les soins palliatifs spécialisés dans le système tarifaire Swiss DRG
- 70 Strategia opportuna o stimolo sbagliato? Cure palliative specializzate nel sistema tariffario SwissDRG

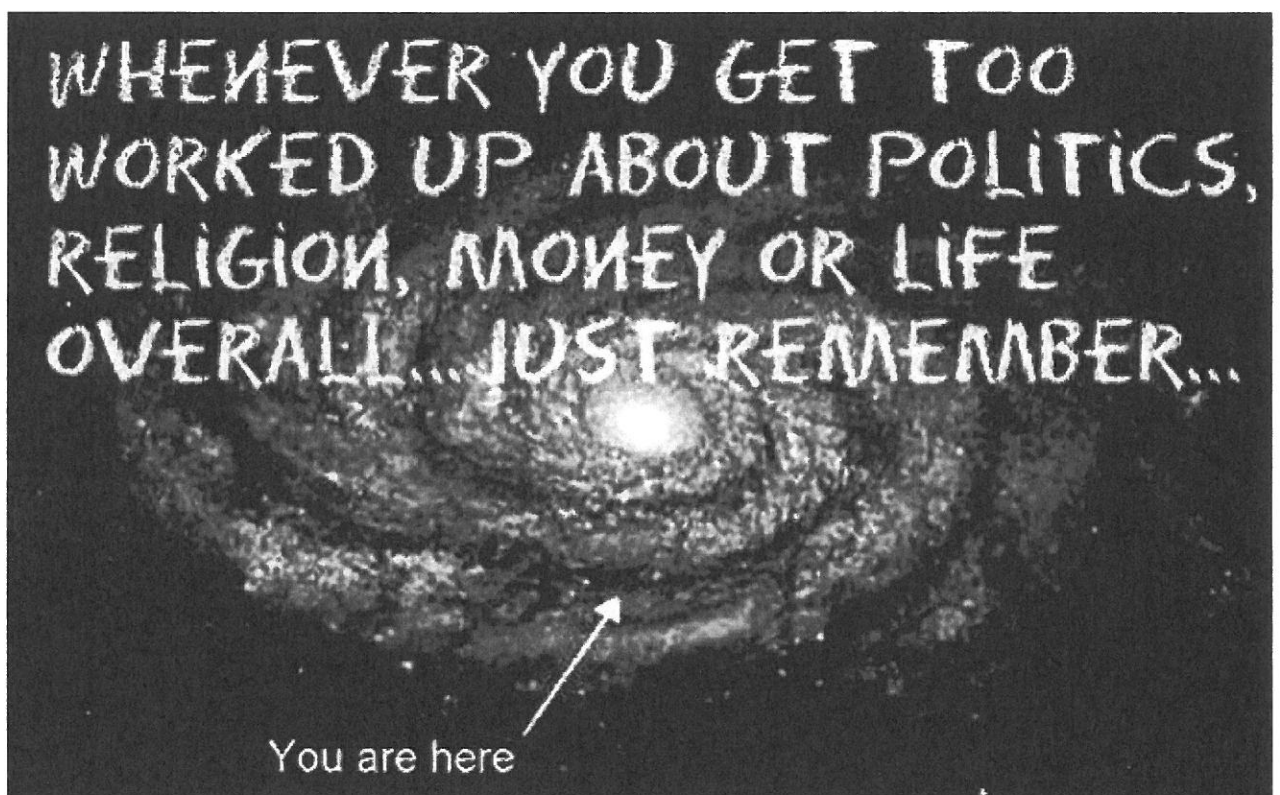
75 Kalender · Calendrier

79 Impressum

Sektionen · Sections · Sezioni

- 72 Zürich und Schaffhausen
- 73 Graubünden

Coverfoto: Yvonne Bollhalder, Chur



Migrationssensitive Palliative Care – Bedarf und Bedürfnisse der Migrations- bevölkerung in der Schweiz

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 schwerkranke 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 Erhebung. Public Health Services verfolgt dabei eine enge Zusammenarbeit mit dem NFP67-Projekt «Doing death and doing diversity in Swiss nursing homes» am Institut für Sozialanthropologie der Universität Bern.

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 Akteure 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.

Methodik

Das qualitative Design der Erhebung beinhaltet folgende Elemente:

1. Literaturrecherche national und international.

2. 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 mit Fachpersonen der Arbeitsgruppe «Migration und Gesundheit» des FIMM Forum für die Integration von Migrantinnen und Migranten in der Schweiz (n=6)).
3. Erhebung bei den zehn grössten Anbietern der spezialisierten stationären Palliative Care, zur Nutzung des Angebotes und zum Bedarf an migrationssensitiver 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 migrationssensitive Palliative Care noch kaum bearbeitet, ein grosses Potential liegt jedoch in den hier differenziert aufgearbeiteten Thematiken Migration und Gesundheit und transkultureller Kompetenz, zu denen auch in der Praxis gut erprobte Instrumente zur migrationssensitiven Ausgestaltung der Regelversorgung vorhanden sind.

Erfahrungen und Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung

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

Angehörige: Das Sterben zu Hause 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. Die Erfahrungen mit heterogenem Personal (Personal mit Migrationshintergrund) werden als positiv empfunden (gleiche Sprache, Verständnis und Vertrauen u.U. rascher etabliert). Migrationsensitive 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 müssen 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 migrations sensitiven 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 zu 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 migrations sensitive 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 Beizug 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 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 Hauptgruppe 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 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 ausser in 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, und 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 «Migrant friendly Hospitals» 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

Sensibilisierung

Sensibilisierung der 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 beispielsweise «Autonomie» und «individuelle Selbstbestimmung».
- **Vorgehen:** zielgruppenspezifische, beziehungsgeleitete und interaktiv gestaltete Informationsvermittlung in den Selbstorganisationen und informellen Gruppierungen (allenfalls eingebettet in Veranstaltungen zu all-

gemeinen Gesundheitsthemen), in migrationssensitiv ausgestalteten Beratungen (z. B. zum Ausfüllen von Patientenverfügungen). Berücksichtigung der migrations-spezifischen Elemente bei der Realisierung von öffentlichen Impulsen für die Gesamtbevölkerung.

Sensibilisierung der politischen Akteure, der Leistungserbringer und der Fachpersonen der Palliative Care:

- 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.

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.

Leistungen

- Die Unterstützung der PatientInnen und ihrer Angehörigen sollte verstärkt werden. Dies kann mittels Prüfung der Übernahme der folgenden 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 und systematisch eingesetzt sowie unterstützende Strukturen für Konfliktsituationen bereitgestellt werden.

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».
- Bildung 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.

*Corina Salis Gross, Eva Soom Ammann,
Emine Sariaslan und Susanne Schneeberger Geisler*

Dieser Text ist das Executive Summary des oben genannten Berichts vom April 2014 der Firma PHS Public Health Services, Bern, im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit, Nationale Strategie Palliative Care. Der komplette Bericht ist abrufbar unter <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13777/14309/index.html?lang=de>

Abdruck mit freundlicher Genehmigung des BAG