

Migrationssensible Palliative Care

Lehrmodul für Fachpersonen und Freiwillige



September 2024

Schweizerisches Rotes Kreuz 

Inhaltsverzeichnis


Einleitung	4
1. Umgang mit Vielfalt – Migrationssensibles Handeln	5
1.1 Ziel	5
1.2 Inhalt	5
a) «Es wird viel über Diversität gesprochen – was ist damit gemeint? Und was hat das mit meiner Arbeit zu tun?»	5
b) «Manche Personen haben eine ganz andere Auffassung von Betreuung und wie es in der Institution ablaufen sollte als ich. Woher kommt das?»	6
c) «Ich finde es anspruchsvoll, mit Menschen aus anderen Kulturen zu arbeiten, da ich diese Kulturen nicht genug kenne und sie die unsere nicht.»	7
1.3 Verwendete und weiterführende Literatur	7
2. Migrationssensible Kommunikation in der Palliative Care	8
2.1 Ziel	8
2.2 Inhalt	8
a) «Ich bin unsicher, was ich sagen darf oder soll. Wie erkläre ich etwas einer erkrankten Person und deren Angehörigen aus einem ganz anderen Kontext?»	8
b) «Wie kann ich mich mit Personen verständigen, wenn wir kaum eine gemeinsame Sprache sprechen?»	10
2.3 Verwendete und/oder weiterführende Literatur	11
3. Unterschiedliche Vorstellungen von Krankheit, Sterben und Tod	12
3.1 Ziel	12
3.2 Inhalt	12
a) «Wie sehen unterschiedliche Vorstellungen über den Zusammenhang von Körper und Seele aus? In welchem Zusammenhang sehe ich meinen Körper und meine Seele?»	12
b) «Es ist genauso wichtig, etwas über die kranke Person und ihr Umfeld zu wissen, wie von welcher Krankheit sie betroffen ist. Warum ist es sinnvoll, zwischen Kranksein (<i>illness</i>) und Krankheit (<i>disease</i>) zu unterscheiden?»	13
c) «Welche unterschiedlichen Vorstellungen von Sterben und Tod gibt es?»	14
3.3 Verwendete und weiterführende Literatur	15


4. Angehörige und Entscheidungsfindung	16
4.1 Ziel	16
4.2 Inhalt	16
a) «Ich bin es gewohnt, mit Menschen direkt zu sprechen und mit ihnen ihre Erwartungen und Ängste zu klären. Bei Migrationsfamilien muss ich oft via Angehörigesprechen. Wie soll ich das tun, ohne das Gefühl zu haben, die betroffene Person auszuschliessen?»	16
b) «Die Angehörigen sind rund um die Uhr bei der erkrankten Person. Ich finde dies nicht ideal. Wie kann ich damit umgehen?»	17
c) «Wie kann ich mir sicher sein, dass der Wille der sterbenden Person auch wirklich ihr Wille ist, wenn so viele Familienangehörige reinreden?»	18
4.3 Verwendete und weiterführende Literatur	20
5. Spiritualität, Rituale, Rückführung ins Herkunftsland	21
5.1 Ziel	21
5.2 Inhalt	21
a) «Was wird unter Spiritualität verstanden?»	21
b) «Welche Bedeutung hat die Spiritualität und Religiosität am Lebensende?»	22
c) «Wie kann ich religiöse Anliegen thematisieren, wenn ich die entsprechenden Traditionen nicht kenne?»	24
d) «Wie thematisiere ich Wünsche und Vorstellungen rund um eine allfällige Rückkehr vor dem Tod bzw. Rückführung nach dem Tod ins Herkunftsland?»	24
5.3 Verwendete und weiterführende Literatur	26
Glossar	27

Einleitung


Der Bundesrat hat am 18. September 2020 den Postulatsbericht 18.3384 «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende»¹ verabschiedet. Darin beauftragt er die Plattform **Palliative Care**, Massnahmen zu erarbeiten mit dem Ziel, den Zugang zu Palliative-Care-Angeboten für vulnerable Personengruppen zu verbessern. Die Palliative Care verfolgt das Ziel, die Leiden von Menschen, die unheilbar, schwerkrank oder bereits im Sterbeprozess sind, bestmöglich zu lindern und so ihre Lebensqualität möglichst hochzuhalten. Heute sind Angebote der Palliative Care nicht ausreichend in die Gesundheitsversorgung integriert und nicht alle Personengruppen haben den gleichen Zugang zu diesen Angeboten. Es gibt Hinweise darauf, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen aufgrund individueller oder struktureller Merkmale nur beschränkt Zugang zu Palliative-Care-Angeboten haben; zu diesen vulnerablen Personengruppen gehören namentlich Kinder und Jugendliche, Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung, Menschen mit psychischen Erkrankungen und bestimmte Personengruppen mit Migrationshintergrund. Menschen mit Migrationshintergrund² und zusätzlich belastenden Faktoren (beispielsweise wirtschaftlich, sozial und gesundheitlich mehrfach-belastet) haben demnach einen erschwerten Zugang zur Gesundheitsversorgung im Bereich Palliative Care.

Für den Bereich Palliative Care kommt hinzu, dass Menschen mit einem anderen **soziokulturellen** Hintergrund oft auch andere Vorstellungen von Sterben und Tod haben. Damit sich die **Lebensqualität** in der letzten Lebensphase für diese Menschen verbessert, braucht es in Zukunft adäquate Informationen und Sensibilisierung sowohl für Fachpersonen als auch für Betroffene.


Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) hat das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) Schulungsmaterialien für migrationssensibles Handeln entwickelt. Dabei wurden bereits existierende Materialien überarbeitet und neue erstellt. Das Projekt entstammt dem Postulatsbericht 18.3384 und zielt darauf ab, den Zugang zur Palliative Care zu verbessern. Ziel dieses **Lehrmoduls**  ist es deshalb, Fachpersonen und freiwillige Helfende für migrationsspezifische Aspekte im Bereich Palliative Care zu sensibilisieren und ihre **transkulturellen Kompetenzen** zu verbessern.

Zu fünf Schwerpunkten werden migrationsspezifische Aspekte im Bereich Palliative Care beleuchtet. Anhand von in der Praxis aufkommenden Fragen wurden theoretische Grundlagen und Übungen zusammengestellt. Die Übungen dienen der **Selbstreflexion** über das eigene Handeln und können in Gruppen oder auch individuell erarbeitet werden. Für Schulungszwecke stehen **Anleitungen**  für Übungen und die Moderation von Diskussionen zur Verfügung.



Alle Inhalte befinden sich auf
migesplus.ch/pc-de 

Begriffe, die im Text rot ausgezeichnet sind, wie Palliative Care, werden im Glossar aufgeführt.

¹ Bundesrat (2020): Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende (Postulatsbericht 18.3384). Online verfügbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care.html>  (Zugriff am 30.4.2024)

² Amstad, Hermann (2020): Palliative Care für vulnerable Patientengruppen – Konzept zuhanden der Plattform Palliative Care des Bundesamtes für Gesundheit. Online verfügbar unter www.plattform-palliativecare.ch  (Zugriff am 30.4.2024)

1. Umgang mit Vielfalt – Migrationssensibles Handeln

1.1 Ziel

Die Teilnehmenden

- sind sich der unterschiedlichen Prägungen ihrer selbst und der anderen Menschen bewusst
- erarbeiten sich Grundlagenwissen zum migrationssensiblen Handeln

1.2 Inhalt

Es geht um Fragen wie...

- a) *«Es wird viel über **Diversität** gesprochen – was ist damit gemeint? Und was hat das mit meiner Arbeit zu tun?»*
- b) *«Manche Personen haben eine ganz andere Auffassung von Betreuung und wie es in der Institution ablaufen sollte als ich. Woher kommt das?»*
- c) *«Ich finde es anspruchsvoll, mit Menschen aus verschiedenen **Kulturen** zu arbeiten, da ich diese Kulturen nicht gut kenne und sie die unsere nicht.»*

a «Es wird viel über Diversität gesprochen – was ist damit gemeint? Und was hat das mit meiner Arbeit zu tun?»

Diversität heisst Vielfalt. Jeder einzelne Mensch ist durch viele unterschiedliche Faktoren beeinflusst. Somit gibt es innerhalb jeder Institution, jeder Personengruppe und jedes Teams Diversität, d. h. die Gruppe ist heterogen. Es soll individuell auf die Person in ihrem Kontext – auch **Lebenswelt** genannt – eingegangen werden. In der Palliative Care ist dies besonders wichtig. Z. B. hat ein kranker älterer Mann, der auf dem Land aufgewachsen ist, nach der Lehre vierzig Jahre bei derselben Firma gearbeitet hat und Grossvater von sechs Enkelkindern ist, andere Bedürfnisse als eine kranke Frau, die von einer asiatischen Grossstadt allein in die Schweiz migriert ist und seit fünfzehn Jahren an einer Schweizer Universität forscht. Das Herkunftsland ist nur ein Diversitätsmerkmal unter vielen.

Migrationssensibles Handeln oder auch **Transkulturelle Kompetenz (TKK)** heisst nichts anderes als ein konstruktiver Umgang mit Vielfalt. Damit ist gemeint, dass in unterschiedlichen Lebenswelten mit verschiedensten Menschen professionell gehandelt werden kann. Dies ist eine wichtige berufliche und persönliche Kompetenz in der heutigen komplexen Welt voller Vielfalt.

Es geht also darum, wie die Voraussetzungen geschaffen werden können, damit die Person sich sicher und respektiert fühlt, um sich öffnen und ihre Anliegen mitteilen zu können. Dabei wird die Person instinktiv spüren, ob ihr Gegenüber für ihre Weltanschauung offen ist oder ob sie sie mit der eigenen vergleicht und verurteilt. Es ist wichtig, sich der eigenen Einstellung und der Stolpersteine, die sich daraus für die Begegnung mit dem Gegenüber ergeben, bewusst zu werden.

Eine zentrale Voraussetzung für die migrationssensible Begleitung ist die **Selbstreflexion**. Wie sehr unsere eigene Lebenswelt unsere Sichtweisen und Wertvorstellungen prägt, wird uns häufig erst bewusst, wenn wir in Kontakt kommen mit Menschen aus anderen Lebenswelten, mit Verhaltensweisen, die uns fremd erscheinen und die wir nicht verstehen. Voraussetzungen für migrationssensibles Handeln sind somit zuallererst das Reflektieren der eigenen Lebenswelt, das Hinterfragen von Selbstverständlichem, das

gedankliche Verlassen der eigenen Lebenswelt und das Sich-Einlassen auf andere Perspektiven. Hilfreich können dabei folgende Fragen sein:

- Welche Erfahrungen haben mich nachhaltig geprägt?
- Wie gehe ich mit meinen Gefühlen der Unsicherheit um?
- Was hilft mir, Herausforderungen zu bewältigen? Was gibt mir Kraft?
- Welche Informationen brauche ich, um Betroffene gut und angemessen begleiten zu können?



Hilfsmittel / Unterrichtsmaterial

Sich Gedanken über seine eigene Identität und seine Haltung machen.

Die Identitätskreise können dabei unterstützen: **Individualität und Haltung** ↗

b «Manche Personen haben eine ganz andere Auffassung von Betreuung und wie es in der Institution ablaufen sollte als ich. Woher kommt das?»

Jeder Mensch ist durch viele Faktoren beeinflusst, z. B. Familie, Gender, Alter, soziale Schicht, sexuelle Orientierung, Ethnie, Bildung, Religion, Beruf, Persönlichkeit, Biografie, Politik, Freizeitgestaltung. Dazu gehören auch bisherige Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem, Umgang mit schwerer Krankheit innerhalb der Familie, religiöse Vorstellungen von Sterben und Tod und dem «Danach». Als hilfreiches Instrument zur Wahrnehmung der Vielfaltsfaktoren dient das **«Diversitätsrad»** ↗. Es zeigt die wichtigsten Diversitätsmerkmale auf. Diese Merkmale beeinflussen, wie ein Mensch etwas wahrnimmt, bewertet und handelt. Manche Menschen werden aufgrund eines oder mehrerer dieser Diversitätsmerkmale diskriminiert.

Auch in der Gesundheitsversorgung kommt es zu **Diskriminierung**. Oft gehen bestimmte Einstellungen und Verhaltensweisen nicht auf die Herkunft zurück, sondern auf Faktoren, die durch die Migration beeinflusst werden. Z. B. kann der **Aufenthaltsstatus** einen Verzicht auf eine ärztliche Konsultation zur Folge haben, weil die Angst vor den Behörden zu gross ist. Auch finanzielle Ängste oder mangelnde Sprachkenntnisse können dazu führen, dass Termine nicht oder zu spät wahrgenommen werden. Gleichzeitig haben auch die Fachpersonen ihre Prägungen. Als Beispiel dazu seien die Begriffe «Mamma-mia-Syndrom» oder «Morbus Bosporus» genannt. Damit werden Menschen aus dem Mittelmeerraum als wehleidig stigmatisiert. Schlimmstenfalls wird einer Person eine adäquate oder gar überlebensnotwendige Untersuchung und Behandlung vorenthalten, da davon ausgegangen wird, dass diese Person Schmerzen vortäuscht und ihr nichts fehlt.

Da in der beruflichen Situation zwischen der Gesundheitsfachperson und dem kranken Menschen immer ein Machtgefälle besteht, muss besonders darauf geachtet werden, Betroffene und ihre Angehörigen nicht aufgrund gewisser Diversitätsmerkmale zu diskriminieren. Es ist Aufgabe jeder Institution, eine klare Haltung bezüglich Diskriminierung und Ausgrenzung einzunehmen. Dazu sind eigene Prozesse und Strukturen hinsichtlich möglicher **struktureller Diskriminierung zu** hinterfragen.



Hilfsmittel / Unterrichtsmaterial

Welche unterschiedlichen Sichtweisen, Werte und Verhalten fallen mir in meinem

Berufsalltag auf? Wie kann ich diese beschreiben, ohne zu werten? **Das Diversitätsrad** ↗

c «Ich finde es anspruchsvoll, mit Menschen aus anderen Kulturen zu arbeiten, da ich diese Kulturen nicht genug kenne und sie die unsere nicht.»

«Kultur» wird oft sehr verallgemeinernd benutzt. Ethnie, Herkunftsland und Religion sind nur drei von vielen Faktoren, die Menschen beeinflussen. Menschen desselben Herkunftslandes können unterschiedliche Vorstellungen und Werte haben und sich als Person sehr unterschiedlich verhalten. Früher war mit «Kultur» etwas Statisches, Unveränderbares gemeint. Heute wird von unterschiedlichen Zugehörigkeiten (z. B. Einelternfamilie, Sportclub, Generation) und **intersektionalen** Identitäten (z. B. eine lesbische Frau mit Migrationshintergrund) gesprochen. Das heisst, jede Person bewegt sich in ihrem Kontext, in ihrer Lebenswelt, verfügt über eigene Identitätsmerkmale und wird durch diese unterschiedlich beeinflusst.

Migrationssensibles Handeln vermittelt einen Weg, um Stereotypen wie z. B. «Kultur» und «Religion» aufzubrechen. Es geht darum, die Bedürfnisse der Menschen zu erfassen, zu verstehen und entsprechend zu handeln. Am einfachsten geschieht dies meist durch Nachfragen. Anstatt bei einer Person aus einem muslimischen Land von vornherein anzunehmen, dass sie kein Schweinefleisch isst und keinen Alkohol trinkt, kann sie – wie alle anderen Personen auch – gefragt werden, welche Essgewohnheiten sie pflegt.

Mit verschiedenen Menschen zu arbeiten, ist anspruchsvoll. Zeitdruck und fehlende Ressourcen verunmöglichen oft den achtsamen Umgang mit Patientinnen und Patienten und ihren (migrationsspezifischen) Bedürfnissen. Es kann helfen, Situationen im Nachhinein zu reflektieren und zu besprechen (z. B. an einer Teamsitzung, Inter- oder Supervision). Durch Selbstreflexion werden eigene Prägungen bewusst gemacht. Prägungen beeinflussen die eigene Wahrnehmung der Umwelt und die Haltung gegenüber anderen Menschen.

1.3 Verwendete und weiterführende Literatur

Bundesamt für Gesundheit: Begriffe von A bis Z. Nächste Angehörige.

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/begriffe-a-z/naechste-angehoerige.html>

(Zugriff am 24. Mai 2024)

Domenig, Dagmar (Hrsg.; 2021): Transkulturelle und transkategoriale Kompetenz. Lehrbuch zum Umgang mit Vielfalt, Verschiedenheit und Diversität für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Hogrefe

Eychmüller, Steffen (Hrsg.; 2015): Palliativmedizin Essentials. Das 1×1 der Palliative Care. Hogrefe

Gardenswartz, Lee; Rowe, Anita (1993). *Managing Diversity. A complete desk reference and planning guide.* New York: Pfeiffer & Company

SRK (*Bühlmann, Renate; Hanetseder, Christa*, 2015): Migration – Alter – Gesundheit: Die Situation älter werdender Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Eine Toolbox für Fach- und Lehrpersonen.

<https://www.migesplus.ch/publikationen/lehrmittel-migration-alter-gesundheit>

(Zugriff am 30.4.24)

2. Migrationssensible Kommunikation in der Palliative Care

2.1 Ziel

Die Teilnehmenden

- können die **personenzentrierte Gesprächsführung** nach Rogers anwenden
- sind sich Zeichen der **paraverbalen Kommunikation** bewusst
- kennen Hilfsmittel für die migrationssensible Kommunikation (z. B. Fragetechniken, die migrations-sensitive Checkliste Palliative Care, **transkulturelle Anamnese**, **interkulturelles Dolmetschen**)

2.2 Inhalt

Es geht um Fragen wie...

- a) *«Ich bin unsicher, was ich sagen darf oder soll. Wie erkläre ich etwas einer erkrankten Person und deren Angehörigen aus einem ganz anderen **Kontext?**»*
- b) *«Wie kann ich mich mit Personen verständigen, wenn wir kaum eine gemeinsame Sprache sprechen?»*

a «Ich bin unsicher, was ich sagen darf oder soll. Wie erkläre ich etwas einer erkrankten Person und deren Angehörigen aus einem ganz anderen Kontext?»



An einer schweren Krankheit zu leiden, ist für die meisten Menschen anspruchsvoll und mit Unsicherheit, Ängsten und oft auch Ohnmacht verbunden. Diese Gefühle können verstärkt werden, wenn Menschen z. B. wenig Kenntnisse der Landessprache haben, das schweizerische Gesundheitswesen kaum kennen oder Diskriminierungserfahrungen gemacht haben.

Alltägliche berufliche Handlungen oder Regeln können für einzelne Personen neu und unverständlich sein. Hier ist der Perspektivenwechsel wichtig, damit die kranke Person bzw. ihre Angehörigen ihren Bedürfnissen entsprechend informiert werden. Klarheit und Transparenz können Sicherheit vermitteln.

Bei Familien ist es wichtig, dass das gesamte System berücksichtigt wird. Familien weisen oft Mehrfachbelastungen auf, und zwar nicht nur dann, wenn Kinder krank sind. Z. B. hat die kranke alleinerziehende Mutter existenzielle Ängste in Bezug auf ihre Kinder («Was passiert mit meinen Kindern, wenn ich nicht zuhause bin?» etc.). Fachpersonen sollten sich diesen Mehrfachbelastungen bewusst sein. Sorgen um andere Familienmitglieder lenken ab und verringern die Aufmerksamkeit für Gespräche oder Kooperation.

Eine Haltung der Offenheit, Neugier und Empathie sowie gewisse Fragetechniken helfen, das Gegenüber besser zu verstehen, und können dem Gegenüber helfen, sich besser verstanden zu fühlen:

- offene Fragen stellen, denn diese können nicht mit «Ja» oder «Nein» beantwortet werden.
Zum Beispiel: «Was würde Ihnen helfen, um sich hier/jetzt wohler zu fühlen?»
- Spiegelungsfragen stellen, um Missverständnissen vorzubeugen. Zum Beispiel:
«Wenn ich Sie recht verstehe, meinen Sie...?»
- zirkuläre Fragen stellen, um den Kontext einzubeziehen und einen Überblick zu erhalten.
Zum Beispiel: «Was denken Sie, was Ihre Kinder von dieser Regelung halten werden?»

Die **migrationssensitive Checkliste in der Palliative Care**  enthält mögliche Fragen an Angehörige und an Patientinnen und Patienten. Diese Checkliste deckt Bereiche wie Symptome und Beschwerden, Entscheidungsfindung und Unterstützung der Angehörigen ab. **Der Fragekatalog der transkulturellen Anamnese**  gibt einen Überblick über migrationspezifische Themen, kann jedoch auch bei allen anderen Patientinnen und Patienten angewandt werden.

Hilfreich ist es, sich an der personenzentrierten Gesprächsführung zu orientieren. Das Schaffen einer vertrauensvollen Atmosphäre und der sogenannten hilfreichen Beziehung ermöglicht der betroffenen Person,

angstfrei und kreativ ihre Anliegen zu formulieren. Die hilfeschuchende Person, ihre Gefühle, Wünsche, Wertvorstellungen und Ziele stehen im Mittelpunkt; die Sichtweise der unterstützenden Fachperson tritt in den Hintergrund. Ratschläge und Bewertung werden vermieden und durch aktives Zuhören ersetzt. Wichtig sind dabei die drei folgenden Grundhaltungen:

1. die Empathie als einfühlsames Verstehen der Welt und der Probleme aus Sicht der betroffenen Person
2. die positive Wertschätzung gegenüber der betroffenen Person mit ihren Schwierigkeiten und Eigenheiten
3. die Kongruenz in der eigenen Haltung (Echtheit gegenüber der betroffenen Person) als offenes Wahrnehmen des eigenen Erlebens als Fachperson, die mit der betroffenen Person in Beziehung steht

Idealerweise wird zuerst die Situation erfasst, bevor eine Handlung eingeleitet wird. Im Palliative-Care-Alltag gibt es oft Situationen mit Zeitdruck. Eine gesamtheitliche Erfassung zu Beginn kann im späteren Verlauf der Behandlung viel Zeit einsparen. Folgendes Modell (Erfassen, Verstehen, Handeln) unterstützt dabei. Es kann auch nachträglich angewandt werden, um allein oder im Team eine Situation zu reflektieren (Z. B. Fallbesprechung, Intervention, Supervision).

Erfassen	<ul style="list-style-type: none"> – Wahrnehmen der individuellen Situation – Sicherstellen der Verständigung – Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung – Transkulturelle Anamnese
Verstehen	<ul style="list-style-type: none"> – Neutrale, vorurteilsfreie Haltung – Sicherstellen des gegenseitigen Vertrauens – Diversitätsspezifisches Wissen – Empathie
Handeln	<ul style="list-style-type: none"> – Orientierung an den realen Bedürfnissen des Gegenübers – Anwendung des Fachwissens auch im Diversitätskontext – Handeln richtet sich nach den vorgegebenen Zielen

Folgende Fragen können dabei unterstützen:

1. **Wahrnehmen der individuellen Situation:** Wie kann ich die individuelle Situation erfassen? Wieviel muss ich über mein Gegenüber wissen? Wie gelingt die individuelle Wahrnehmung in Situationen mit eingeschränkter Kommunikation?
2. **Sicherstellen der Verständigung:** Auf welche Weise kann ich die Verständigung sicherstellen? Was hilft mir dabei? Wie kann ich Missverständnisse verhindern?
3. **Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung:** Mit welchen Massnahmen kann ich eine gegenseitig vertrauensvolle Beziehung aufbauen? Was ist mir wichtig in der Beziehung, auf was achte ich?
4. **Neutrale, vorurteilsfreie Haltung:** Wie kann ich sicherstellen, dass ich in der Interaktion neutral bleibe? Ist mein Handeln von Stereotypen und Vorurteilen beeinflusst?
5. **Diversitätsspezifisches Wissen:** Wie kann ich oder mein Team diversitätsspezifisches Wissen aufbauen, weiterentwickeln und erhalten?
6. **Handeln richtet sich nach den vorgegebenen Zielen:** Was ist mein Auftrag? Was soll erreicht werden? Was ist meine Rolle? Wie klar und transparent ist der gesteckte Rahmen und wie gross ist der Handlungsspielraum für mich und mein Gegenüber?



Hilfsmittel /Unterrichtsmaterial

- Mehrfachbelastungen können die Kommunikation beeinflussen. Ein Beispiel aus dem Universitäts-Kinderspital Zürich: **Kurzfilm: Mehrfachbelastung von Familien – Wichtigkeit einer Anamnese** ↗
- Migrationssensitive Checkliste in der Palliative Care mit Fragen an Angehörige und an Patientinnen und Patienten: **Migrationssensitive Checkliste in der Palliative Care** ↗
- Fragetechniken zur Transkulturellen Gesprächsführung: **Merkblatt** ↗
Fragekatalog über migrationsspezifische Themen, die im Gespräch angewendet werden können: **Transkulturelle Anamnese** ↗

b «Wie kann ich mich mit Personen verständigen, wenn wir kaum eine gemeinsame Sprache sprechen?»

Alle Patientinnen und Patienten haben ein Recht auf Mitsprache, **Selbstbestimmung** und Information. Deshalb ist es unabdingbar, einen Weg zu finden, wie die Verständigung sichergestellt werden kann. Die migrationssensitive Checkliste in der Palliative Care hält fest: «Wenn die Verständigung aufgrund der Fremdsprachigkeit eingeschränkt ist, sollten Gespräche mit der erkrankten Person und den Angehörigen mit Unterstützung durch professionelle Dolmetschende stattfinden. Dies gilt auch für Gespräche zur Information über Palliative Care, Diagnose und Prognose sowie zur Entscheidungsfindung.»

Bei wichtigen Gesprächen sollten nie minderjährige Kinder zum Dolmetschen hinzugezogen werden, auch nicht auf Wunsch der erkrankten Person. Diese Rolle überfordert die Kinder.

Professionelle Dolmetschende (vor Ort, via Telefon oder Video) sind auch anderen Verwandten und Bekannten vorzuziehen. Letztere sind u. a. oft persönlich involviert und betroffen, möchten allenfalls die kranke Person vor der Diagnose schützen oder kennen die Fachbegriffe nicht gut genug. Studien des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) zeigen auf, dass der Einsatz von interkulturellen Dolmetschenden kurzfristig zusätzliche Kosten auslöst, langfristig jedoch im Gesundheitswesen, in der Wirtschaft und in der Gesellschaft Kosten einspart (**Einsatz und Nutzen des interkulturellen Dolmetschens** ↗)

Über 90 Prozent der Kommunikation erfolgt nonverbal (Körpersprache, Gestik, Augenkontakt, Mimik) und paraverbal (Tonfall, Sprechtempo, Lautstärke). Die Worte selbst machen nur einen kleinen Teil der Botschaft aus. In einer Situation, in der keine gemeinsame Sprache besteht oder Personen sich nicht (mehr) mit Worten ausdrücken und verständigen können, erhalten Körpersprache, Gestik, Betonung, Mimik, Lautstärke etc. noch mehr Gewicht. Damit können wichtige Signale oder Stimmungen gesendet werden wie: «Ich nehme mir Zeit für Sie» versus «Ich bin in Eile und sollte schon woanders sein» oder «Ich nehme Sie als Mensch wahr» versus «Sie bedeuten viel Zusatzaufwand; Sie sind eine Last». Es geht darum, sich bewusst zu werden, welche Botschaften wir mit unserer Präsenz, unserem Körper und unserer Stimme aussenden.



Hilfsmittel /Unterrichtsmaterial

- Vor- und Nachteile von niederschweligen Übersetzungstools:
Dolmetsch- und Übersetzungsapplikationen | migesplus.ch ↗
- Fallbeispiele für gelungene und misslungene Kommunikation:
Lernplattform für das interkulturelle Dolmetschen (inter-pret.ch) ↗
- Minderjährige Kinder eignen sich nicht als Dolmetschende. Ein Film von Farnoosh Samadi und Ali Asgari (Studio FILMO, Rom, 2016): «Il silenzio».
Film auf youtube ↗ (auf kurdisch und englisch mit italienischen Untertiteln).

2.3 Verwendete und/oder weiterführende Literatur

Bundesamt für Gesundheit (BAG): Interkulturelles Dolmetschen;
Interkulturelles Dolmetschen (admin.ch) [↗](#) (Zugriff am 30.4.2024)

Bühlmann, Renate (2015): Migrationssensitive Checkliste in der Palliative Care: Fragen an die Patientin, den Patienten – Fragen an die Angehörigen. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit.
<https://www.migesplus.ch/publikationen/migrationssensitive-checkliste-in-der-palliative-care> [↗](#)
(Zugriff am 30.4.24).

Domenig, Dagmar; Stauffer, Yvonne; Georg, Jürgen: Transkulturelle Pflegeanamnese, in:
Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz (2007), Verlag Hans Huber. S. 301–310.

Domenig, Dagmar (2021): Transkulturelle und transkategoriale Kompetenz. Lehrbuch zum Umgang mit Vielfalt, Verschiedenheit und Diversität für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Hogrefe.

INTERPRET, die schweizerische Interessengemeinschaft für interkulturelles Dolmetschen und Vermitteln;
Interkulturelles Dolmetschen und Vermitteln in der Schweiz – Interpret (inter-pret.ch) [↗](#)
(Zugriff am 30.4.24)

Rogers, Carl R. (1985): Die nicht-direktive Beratung. Fischer.

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

Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2013): Medizin-ethische Richtlinie «Palliative Care». **<https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>** [↗](#) (Zugriff am 30.4.24)

3. Unterschiedliche Vorstellungen von Krankheit, Sterben und Tod

3.1 Ziel

Die Teilnehmenden

- sind sich bewusst, dass es unterschiedliche Körper-, Seelen- und Krankheitskonzepte gibt
- kennen unterschiedlichen Vorstellungen von Kranksein und Sterben

3.2 Inhalt

Es geht um Fragen wie...

- «Wie sehen unterschiedliche Vorstellungen über den Zusammenhang von Körper und Seele aus? In welchem Zusammenhang sehe ich meinen Körper und meine Seele?»*
- «Es ist genauso wichtig, etwas über die kranke Person und ihr Umfeld zu wissen, wie von welcher Krankheit sie betroffen ist. Warum ist es sinnvoll, zwischen **Kranksein** (illness) und **Krankheit** (disease) zu unterscheiden?»*
- «Welche unterschiedlichen Vorstellungen von Sterben und Tod gibt es?»*

a «Wie sehen unterschiedliche Vorstellungen über den Zusammenhang von Körper und Seele aus? In welchem Zusammenhang sehe ich meinen Körper und meine Seele?»

Voraussetzung für eine gute Versorgung am Lebensende ist, dass die Fachpersonen die Bedürfnisse der Personen und ihres Umfelds richtig erkennen und dokumentieren, um sie dem gesamten Behandlungsteam zugänglich zu machen. Eine Fachperson im Gesundheitswesen sollte immer versuchen, einen Bezug zu den Lebenswelten, Wertvorstellungen und persönlichen Erfahrungshintergründen der Personen herzustellen. Es ist wichtig, die Körper-, Seelen- und Krankheitskonzepte der betreffenden Person zu kennen. So können ihr Verhalten und ihre Äusserungen besser verstanden, eingeordnet und darauf reagiert werden. Solche Konzepte sind durch folgende Faktoren geprägt: Religion, Weltanschauung, Bildung, Alter, Herkunft (Stadt-Land, Abstammung), medizinische Vorstellungen (medizinische Lehre) etc.

Ein Individuum ist in ein soziales Umfeld eingebunden. Das bedeutet, dass es bestimmten Verpflichtungen und Regeln nachkommt, wie z. B. Gehorsamkeit, Respekt und Tabus. Es ist auch möglich, dass sich Mitglieder einer sozialen Gruppe nach übernatürlichen oder magischen Kräften richten. Z. B. kann eine Erklärung von Eltern eines todkranken Kindes lauten, dass das Kind wegen des bösen Blickes (auch böses Auge genannt) tödlich erkrankte, weil die Nachbarin neidisch auf das Kind ist. Gleichzeitig kann die westliche Schulmedizin je nachdem nicht erklären, wieso bei diesem Kind genau diese schwere Krankheit ausgebrochen ist. Je nach Vorstellung und Erklärungsmuster werden für die Personen und deren Umfeld unterschiedliche Reaktionen und Behandlungen Sinn ergeben. Das heisst jedoch nicht, dass das Gesundheitspersonal die Vorstellungen des Gegenübers gutheissen und übernehmen muss. Doch kann das Gesundheitspersonal nachvollziehbar offenlegen, worauf seine Empfehlungen, Verschreibungen und Behandlungen beruhen. Wenn es gelingt, die Vorstellungen des Gegenübers einzubeziehen, ist es wahrscheinlicher, dass gemeinsam in dieselbe Richtung gearbeitet wird.

Die Vorstellungen vom menschlichen Körper sind unterschiedlich und können in drei Hauptgruppen eingeteilt werden:

- Vorstellungen über ideale Form und Grösse des Körpers inklusive Bekleiden und Schmücken der Körperoberfläche
- Vorstellungen zur inneren Struktur und zum Bau des Körpers
- Vorstellungen zum Funktionieren des Körpers

Das Kennen der jeweiligen Vorstellungen hilft Fachpersonen, gezielter zu interagieren. Gleichgewichtskonzepte wie beispielsweise die Verbindung von Körper und Seele sind wichtig. Sie beeinflussen die eigene Vorstellung davon, wie Körper und Seele miteinander in Verbindung stehen.

Alle **medizinischen Traditionen** befassen sich mit der Verbindung von Körper und Seele. Z. B. können Herz- oder Leberschmerzen Trauer, Trennung oder Verlust zugeordnet werden. Körper- und Seelenkonzepte werden sowohl von sozialen Strukturen und ihren Regeln als auch von religiösen Überzeugungen beeinflusst. Übernatürliche Kräfte können übergeordnete Gesetze bilden. Nach diesen müssen sich die Mitglieder einer sozialen Gruppe verhalten.

Es werden folgende zwei Körper-Seelen-Konzepte unterschieden:

Körper-Seelen-Dualismus: Körper und Seele sind getrennt. Die Seele ist unabhängig vom Körper. Die westliche Schulmedizin und die Naturwissenschaft beruhen auf diesem Verständnis. Kranke Menschen erleben Körper und Seele jedoch oft als Einheit. Leidet der Körper, zeigen sich oft seelische Folgen. Oft gehen Fachpersonen nicht auf diese seelischen Folgen ein, da die Medizin in eine somatische und psychiatrische Gesundheitsversorgung aufteilt ist.

Körper-Seelen-Einheit: Körper und Seele sind eine Einheit. Sie sind untrennbar. Die meisten medizinischen Traditionen, Laienkonzepte und volksmedizinischen Ansätze beruhen auf diesem Verständnis.

Aufgrund der Grenzen des Körper-Seelen-Dualismus (z. B. bei Schmerzkrankungen) sieht sich die Biomedizin gezwungen, die Vorstellung der Körper-Seelen-Einheit wieder einzubeziehen. Ein solcher Ansatz ist das **biopsychosoziale Modell**, das die wechselwirkende Beeinflussung von Körper, Psyche und dem sozialen Umfeld einbezieht.



Hilfsmittel / Unterrichtsmaterial

Wir meinen, wir sprechen vom Selben, aber können wir davon ausgehen, dass wir dasselbe Verständnis haben? Sich Gedanken machen über das eigene Verständnis von Körper: Nehmen Sie ein unbeschriebenes Blatt Papier, zeichnen Sie einen Menschen und ordnen Sie zu: Wo ist die Seele, der Stress, die Freude, die Wut, der Schmerz, wo sind die Emotionen?

b «Es ist genauso wichtig, etwas über die kranke Person und ihr Umfeld zu wissen, wie von welcher Krankheit sie betroffen ist. Warum ist es sinnvoll, zwischen Kranksein (*illness*) und Krankheit (*disease*) zu unterscheiden?»

Die Unterscheidung zwischen Kranksein (*illness*) und Krankheit (*disease*) ist wichtig. Kranke Menschen haben ihre eigene Vorstellung von ihrem Kranksein. Diese unterscheidet sich in der Regel vom **biomedizinischen Erklärungsmodell**. Kranksein ist das, was Menschen fühlen, wenn sie zum Arzt oder zur Ärztin gehen; Krankheit ist das, was sie haben, wenn sie wieder nach Hause kommen.

Kranksein (*illness*) bezeichnet das subjektive Erleben und die Erfahrung einer Krankheit. Was für den einen Menschen gut zu bewältigen ist, kann für einen anderen eine existenzielle Bedrohung darstellen. In der Palliative Care ist die Rolle der kranken Person im Familiengefüge äusserst wichtig. Oft haben die betroffene Person und ihre Angehörigen grosse Sorgen, wer zum jetzigen Zeitpunkt – oder nach dem Tod – diese Rolle einnehmen kann.

Die Krankheit (*disease*) wird durch diagnostische Verfahren ermittelt. Dabei geht es um Symptome, Krankengeschichte, Diagnose und Behandlung. Es ist die Sicht von aussen, d. h. die Sicht der Gesundheitsfachperson auf die Krankheit.

Es kann sein, dass «illness» und «disease» bei einer Erkrankung deckungsgleich sind. Ebenso kann es sein, dass die biomedizinische Diagnose und das individuelle Erleben der betroffenen Person nicht übereinstimmen. Eine Krankheit (*disease*) kann existieren, ohne dass sich die betroffene Person krank fühlt. Dies kann beispielsweise bei der Tumorentwicklung, bei einer HIV-Infektion oder bei Bluthochdruck der Fall sein. Demgegenüber kann sich eine Person krank fühlen (*illness*), ohne dass eine organische Erkrankung nachgewiesen werden kann. Dies ist häufig bei funktionellen Störungen oder chronischen Schmerzstörungen zu beobachten.

Im Migrationskontext ist es aufgrund von Sprachbarrieren oft schwierig, die Vorstellungen der kranken Person zu erfassen. Das birgt die Gefahr der «Kulturalisierung». Kulturalisierung bedeutet, dass Fachpersonen abweichendes oder fremd erscheinendes Verhalten als kulturspezifisch einstufen (siehe S. 6).

Der amerikanische Ethnologe und Psychiater Arthur Kleinman hat einen Fragekatalog für die Anamnese entwickelt, welcher der erkrankten Person ermöglicht, ihr subjektives Erleben und ihre Vorstellungen mitzuteilen. Die Vorstellungen, Befürchtungen und Auswirkungen einer Erkrankung aus Sicht der Betroffenen werden abgeholt. Das zeigt den Betroffenen, dass sich die Fachperson für ihre Situation interessiert und sie ernst nimmt.

Der Fragekatalog lautet:

- Wie bezeichnen Sie Ihr Problem? Welchen Namen geben Sie Ihrer Krankheit?
- Was ist Ihrer Meinung nach die Ursache Ihres Problems?
- Warum begann das Problem zu dem Zeitpunkt, als es begann?
- Was macht die Krankheit mit Ihnen? Wie funktioniert sie?
- Wie schwerwiegend ist sie? Wird sie einen langen oder kurzen Verlauf haben?
- Was befürchten Sie am meisten bei Ihrer Krankheit?
- Was sind die Hauptprobleme, welche Ihnen die Krankheit macht?
- Welche Art der Behandlung sollten Sie erhalten? Welche sind die wichtigsten Resultate, die Sie sich von der Behandlung erhoffen?



Hilfsmittel / Unterrichtsmaterial

- Fragekatalog über migrationspezifische Themen, die im Gespräch angewendet werden können: [Transkulturelle Anamnese](#) ↗
- Spiritueller Zugang für eine gelingende Kommunikation: Ein Fallbeispiel von Palliative.ch, Arbeitsgruppe Spiritual Care: [Das muslimische Ritual](#) ↗

c «Welche unterschiedlichen Vorstellungen von Sterben und Tod gibt es?»

Der Tod wird heute oft tabuisiert – es wird nicht darüber geredet. In einer von Vielfalt geprägten Gesellschaft finden sich unterschiedliche Vorstellungen vom Umgang mit Sterben und Tod. Vorstellungen und Rituale einzelner Religionen sind selten in ihrer Reinform anzutreffen, da sie persönlich, sozial und historisch unterschiedlich geprägt sind. Die individuelle Klärung dieser Bedürfnisse und Vorstellungen in der Palliative Care ist wichtig. Die Praxis zeigt, dass **Schlüsselpersonen** aus den «Communities» Betroffene und ihre Familie direkt unterstützen können. Oft weniger hilfreich sind allgemeine Informationen (wie Infoblätter, Handbücher oder Internetquellen). Die Beziehungen des Gesundheitswesens zu den Schlüsselpersonen aus den «Communities» sind bislang kaum institutionalisiert und müssen oft zuerst hergestellt werden. Als besondere Ressourcen werden die Präsenz der Familie und die Religion genannt: Ängste vor dem Sterben werden durch beide Elemente stark reduziert.

Relevant sind zudem spezifische religiöse und soziokulturelle Gepflogenheiten im Umgang mit Krankheit und Sterben, z. B. soziale Anteilnahme (Krankenbesuche), spezifische Diäten und Essgewohnheiten, Vorstellungen der Hygiene oder Privatsphäre, geschlechterspezifische Rollen, Pflegeideale und -erwartungen (z. B. Ideal der familiären Pflege). Dazu gehören auch spezifische religiöse und soziokulturelle Gepflogenheiten im Umgang mit dem Tod, wie z. B. Herrichten des Körpers, Bestattung, Ausdruck von Trauer, Rituale nach dem Tod zur Begleitung der Seele. In allen Religionen ist die Gemeinschaft ein wichtiger Bestandteil, um einander Trost zu spenden. Religionen vermitteln Hoffnung auf ein Leben nach dem Tod. Dies kann auch Ängste auslösen und Erwartungen mit sich bringen, die im Sterbeprozess zum Ausdruck kommen können.

Das «**Konzept des guten Sterbens**» aus der Palliative Care ist angelsächsisch und protestantisch geprägt. Zusammengefasst geht es bei diesem Konzept darum, die erkrankte Person und ihre Familie in den Mittelpunkt zu stellen und ihre Bedürfnisse und Wünsche zu verstehen. Fachpersonen arbeiten eng mit Familienmitgliedern zusammen, um sie in diesem Prozess zu unterstützen. Menschen, denen Palliative Care weitgehend unbekannt ist – unabhängig davon, ob sie migriert oder in der Schweiz aufgewachsen sind –, bringen Palliative Care allenfalls mit Vorenthalten von Therapien und der Beschleunigung des Lebensendes im Sinne von Sterbehilfe in Verbindung. Das Vertrauen in das medizinische System der Schweiz und die Zufriedenheit mit der Behandlung und Betreuung, insbesondere im Spital, ist bei der Migrationsbevölkerung relativ hoch. Gute medizinische Betreuung bedeutet für Menschen mit Migrationshintergrund oft, dass ein kurativer Therapieansatz bis ans Lebensende verfolgt wird. Dies ist bis zuletzt mit der Hoffnung auf Heilung verbunden. Lindernde Betreuung wird noch kaum als medizinische Leistung wahrgenommen.



Hilfsmittel /Unterrichtsmaterial

Der Umgang mit dem Sterben. Beispiel eines kurdischen Mannes, der nicht sterben wollte:

Kurzfilm: Sterben verweigern – Einbezug Schlüsselpersonen und Vermittlenden ↗

3.3 Verwendete und weiterführende Literatur

Domenig, Dagmar (2021): Transkulturelle und transkategoriale Kompetenz. Lehrbuch zum Umgang mit Vielfalt, Verschiedenheit und Diversität für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Hogrefe.

Helman, Cecil (2007): Culture, Health and Illness, fifth edition. Hodder Arnold, London.

Kleinman, Arthur (1989): Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition. Harvard

4. Angehörige und Entscheidungsfindung

4.1 Ziel

Die Teilnehmenden

- kennen den Unterschied zwischen **sozio-** und **individuumszentrierten** Gesellschaften
- verstehen die unterschiedlichen Erwartungen, Kommunikationsmuster und Entscheidungsfindungsprozesse, die sich daraus ergeben können
- können die individuelle Situation und Bedürfnisse der kranken Person und der Angehörigen wahrnehmen
- verstehen die Wichtigkeit einer vertrauensbasierten Beziehung

4.2 Inhalt

Es geht um Fragen wie...

- «Ich bin es gewohnt, mit Menschen direkt zu sprechen und mit ihnen ihre Erwartungen und Ängste zu klären. Bei Migrationsfamilien muss ich oft via Angehörige sprechen. Wie soll ich das tun, ohne das Gefühl zu haben, die betroffene Person auszuschliessen?»*
- «Die Angehörigen sind rund um die Uhr bei der erkrankten Person. Ich finde dies nicht ideal. Wie kann ich damit umgehen?»*
- «Wie kann ich mir sicher sein, dass der Wille der sterbenden Person auch wirklich ihr Wille ist, wenn so viele Familienangehörige reinreden?»*

a **«Ich bin es gewohnt, mit Menschen direkt zu sprechen und mit ihnen ihre Erwartungen und Ängste zu klären. Bei Migrationsfamilien muss ich oft via Angehörige sprechen. Wie soll ich das tun, ohne das Gefühl zu haben, die betroffene Person auszuschliessen?»**

Die Gesellschaft in der Schweiz ist individuumszentriert, das heisst, der Fokus liegt auf der einzelnen Person, was sich auch in der Personen-Zentriertheit im Gesundheitsbereich widerspiegelt: Der Fokus liegt auf der kranken Person, auf ihren individuellen Rechten und Pflichten, ihren individuellen Wünschen und Entscheidungen. Im Gegensatz dazu werden in **soziozentrierten** Gesellschaften Entscheide häufig in der Familie gefällt. Soziozentrierte Familiensysteme bieten ihren Mitgliedern oft starke Ressourcen. Sie können den Betroffenen emotionalen und sozioökonomischen Halt bieten und Trost und Zuversicht in schwierigen Lebenssituationen schenken. Der Vertrauensbildungsprozess zwischen der erkrankten Person, den Angehörigen und den Fachpersonen ist ein zentrales Element und kann auf unterschiedliche Weise ablaufen. Als «Angehörige» gelten Lebensgefährten (Ehegattin, Ehegatte, eingetragene Partner:in, Lebenspartner:in) Kinder, Eltern, Geschwister, Grosseltern oder andere nicht verwandte Personen, die mit der Person eng verbunden sind.

Menschen aus soziozentrierten Gesellschaften benötigen oft mehr empathische Nähe als professionelle Distanz, um Vertrauen aufzubauen. Das heisst, Vertrauen wird eher durch Betroffenheit, eigene Emotionen und Zeigen von Mitgefühl aufgebaut als durch professionelle Sachlichkeit. Dies ergibt eine eher familiarisierte Beziehung zu manchen Personen, die von Fachpersonen im Arbeitsalltag teilweise als zu eng und zu persönlich erlebt werden kann. So können wichtige kollektive Entscheidungsprozesse zur Behandlung und Begleitung am Lebensende von Fachpersonen oder auch Vertrauten der sterbenden Person als sehr belastend wahrgenommen werden. Um besser damit umgehen zu können, kann das Bewusstsein helfen, wie wichtig es für die Betroffenen ist, sich am Umfeld zu orientieren. Sich mit Angehörigen und nahen Personen abzusprechen und so gemeinsam Entscheide zu fällen, kann der kranken Person Sicherheit geben. Dies kann sich auch auf die Kommunikation mit den Fachpersonen auswirken. Auch hier soll darauf geachtet

werden, nicht zu verallgemeinern. Es ist gut möglich, dass eine Person aus einer eher soziozentrierten Gesellschaft selbst in einer städtischen Kleinfamilie mit individualistischer Orientierung aufgewachsen ist, während manche in der Schweiz aufgewachsenen Personen kollektivistisch geprägt sein können.

Migrationsfamilien sind vielfältig, wie alle anderen Familien auch vielfältig sind. Hilfreich ist es, folgende Faktoren zu beachten, die Einfluss auf das Leben von Menschen mit Migrationserfahrung haben:

- Migration: Anwesenheitsdauer in der Schweiz. Migrationsgrund, Rückkehrpläne, Herkunftsland bzw. -region
- Rechtlicher Status: Aufenthaltsbewilligung
- Sozioökonomische Situation: Bildung, Ausbildung, berufliche Tätigkeit, Wohnsituation
- Psychosoziale Situation: Biografische Ereignisse, Familiensystem
- Integration: Gesellschaftliche Akzeptanz, Statusveränderung, gesellschaftliche Kontakte

Einstellungen und Verhaltensweisen werden oft durch die Migration beeinflusst. Strukturelle Faktoren dabei können sehr wichtig sein. Gerade die Bedeutung des Aufenthaltsstatus ist nicht zu unterschätzen. Damit gehen bestimmte Rechte und Pflichten einher, oft auch Einschränkungen und Ängste, die teils noch Jahre oder Jahrzehnte nach der Einreise in die Schweiz existieren. Z. B. haben manche Personen mit Migrationshintergrund Angst, Hilfe (vom Staat/staatlichen Institutionen) anzunehmen, da sie befürchten, dies könne sich negativ auf ihren Aufenthaltsstatus, ihr Einbürgerungsdossier oder ihr Asylgesuch auswirken. Bei **Sans-Papiers** ist die Situation besonders prekär. Hier lohnt es sich, mit einer spezifischen Beratungsstelle für Sans-Papiers zusammenzuarbeiten, da diese die Ressourcen, Möglichkeiten und Einschränkungen kennen, die mit einem nicht geregelten Aufenthaltsstatus einhergehen. Auch bei Sans-Papiers gilt das Berufs- und Arztgeheimnis des Gesundheitspersonals.



Hilfsmittel / Unterrichtsmaterial

Überlegen Sie sich, ob Sie eher individualistisch oder soziozentriert sozialisiert wurden. In welchem Setting arbeiten Sie – eher individuumszentriert oder soziozentriert? Welche Merkmale oder Beispiele kommen Ihnen dazu in den Sinn?

b «Die Angehörigen sind rund um die Uhr bei der erkrankten Person. Ich finde dies nicht ideal. Wie kann ich damit umgehen?»

Fachpersonen haben oft eigene Vorstellungen, wie ein Mensch sterben sollte. Wichtig ist es, diese Vorstellungen zu reflektieren und auf das Gegenüber einzugehen. In einem ersten Schritt kann sich eine Fachperson vergegenwärtigen, wieso sie das Verhalten oder Denken einer Person oder deren Angehörigen befremdet oder stört. Hier hilft es, wenn die Wünsche der kranken Person bekannt sind. Hat diese Ruhe gewünscht und signalisiert, dass ihr der Besuch zu viel ist, oder ist ihr der Besuch der Angehörigen angenehm und wichtig, auch wenn es sie ermüdet? Das Wohl der kranken Person hat oberste Priorität. Dabei sind auch **psychosoziale** Faktoren zu bedenken, nicht nur körperliche. Das Bedürfnis nach Alleinsein und Privatsphäre kann von Person zu Person sehr variieren. Gleichzeitig gilt es auch, behutsam mit den Wünschen der Familie umzugehen.

In einigen Religionen gehört es zu den Pflichten einer gläubigen Person, einen nahestehenden sterbenden Menschen zu begleiten und ihn im Sterbeprozess nicht allein zu lassen. Diese Pflicht bezieht sich nicht nur auf einen kleinen Kreis von Angehörigen, sondern auf alle Menschen, die sich dem oder der Sterbenden verbunden fühlen.

In Familien mit Migrationserfahrung wird die Pflege häufiger durch die Familie abgedeckt und externe Hilfsdienste (z. B. Spitex) mit entsprechendem Fachwissen werden seltener beansprucht. Neben der Motivation und Selbstverständlichkeit, dies für seine Angehörigen leisten zu wollen, gibt es auch andere Gründe, wieso externe Dienste weniger in Anspruch genommen werden. Diese Gründe können z. B. Unkenntnis

der existierenden Angebote und Dienstleistungen, schlechte Erreichbarkeit der Angebote, weniger Überweisungen durch Fachpersonen, sprachliche Hindernisse sowie finanzielle Hürden sein. Der Eintritt in ein Heim kann bei Angehörigen Scham- und Schuldgefühle auslösen sowie die Befürchtung, dass sie (oder Angehörige) durch den Heimeintritt in ihrer Community stigmatisiert werden könnten. Falls die Angehörigen eine aktive Rolle übernehmen möchten, kann die Institution prüfen, ob sich Aufgaben für Angehörige finden, so dass diese mithelfen können und sich einbezogen fühlen.



Hilfsmittel /Unterrichtsmaterial

Der Umgang mit vielen Besucherinnen und Besuchern an einem Beispiel aus der Intensivstation des Universitäts-Kinderspitals Zürich:

Kurzfilm: Besuchergruppe – Vereinbarkeit mit engen Platzverhältnisse ↗

c «Wie kann ich mir sicher sein, dass der Wille der sterbenden Person auch wirklich ihr Wille ist, wenn so viele Familienangehörige reinreden?»

In der Schweiz gilt ein Recht auf Selbstbestimmung für alle Personen im ganzen Verlauf ihrer Erkrankung bis zum Tod. Die Voraussetzung für selbstbestimmte Entscheide ist, dass die kranke Person frühzeitig und vollständig über die medizinische Situation aufgeklärt wird. Dazu gehört auch die offene und einfühlsame Kommunikation über die Möglichkeiten und Grenzen kurativer Behandlungen und Palliative Care. Die Entscheidungsfindung erfordert einen Prozess, in dem sich die Person aktiv mit der eigenen Situation auseinandersetzt. Ist die Person urteilsfähig, führen Gespräche über Bedürfnisse und Wünsche sowie über mögliche Behandlungsziele, therapeutische und pflegerische Massnahmen zu dieser Auseinandersetzung. Welche Behandlung durchgeführt werden soll, entscheidet die urteilsfähige Person selbst.

Auch nicht urteilsfähige Personen haben ein Recht auf Mitbestimmung im Entscheidungsprozess. Eine **Patientenverfügung** ist verbindlich (ZGB Art. 370). In einer Patientenverfügung kann schriftlich festgehalten werden, welche medizinischen Behandlungen und Massnahmen gewünscht und welche nicht gewünscht sind, falls der Wille nicht mehr selbst geäussert werden kann. Lässt sich der Wille nicht feststellen, entscheidet die **Vertretungsperson**. Bei Urteilsunfähigkeit oder Fehlen einer klaren Patientenverfügung ist ein stellvertretender Entscheid nötig.

Das Gesetz (ZGB Art 378) sieht folgende Personen vor, die der Reihe nach berechtigt sind, eine urteilsunfähige Person bei Entscheidungen über medizinische Massnahmen zu vertreten:

1. die in einer Patientenverfügung oder im Vorsorgeauftrag bezeichnete Person;
2. der Beistand oder die Beiständin mit Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen;
3. wer als Ehegatte, eingetragene Partnerin oder eingetragener Partner einen gemeinsamen Haushalt mit der urteilsunfähigen Person führt oder ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet;
4. die Person, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führt und ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet;
5. die Nachkommen*;
6. die Eltern*;
7. die Geschwister*.

*sofern sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten.

Entscheidungsfindung

Die individuelle Willensbildung, wie sie der Gesetzgeber mit der Patientenverfügung vorsieht, kann für Menschen aus einer soziozentrierter Gesellschaft schwer zu verstehen sein. Für sie sind Selbstbestimmung bis ans Lebensende oftmals weniger wichtig als für Menschen mit individualistisch geprägter Haltung. Patientenverfügungen sind im Migrationskontext oft nicht bekannt oder werden als Verweigerung medizinischer Massnahmen oder Sterbehilfe verstanden.

Basisinformationen (rechtliche Grundlage, Vertretungsrechte ZGB Art. 378 etc.) in den Sprachen der Migrationsbevölkerung könnten das gegenseitige Verständnis fördern. Dies kann Menschen aus einer soziozentrierter Gesellschaft helfen, zu verstehen, welche Rolle beispielsweise eine Vertretungsperson hat. Jedoch ist fraglich, ob auch Patientenverfügungen in Sprachen der Migrationsbevölkerung hilfreich wären. Es kann nicht gewährleistet werden, dass die Empfänger (medizinisches Behandlungsteam) den Inhalt tatsächlich verstehen. Deshalb existieren in der Schweiz Formulare in Deutsch, Französisch, Italienisch, Englisch und Spanisch.

Für die Entscheidungsfindung können Rundtisch- oder Familiengespräche Klärung bringen. Das Gespräch dient der Standortbestimmung, um gemeinsame Strategien und Ziele zu entwickeln. So wird nach dem Weg gesucht, der den Bedürfnissen der kranken Person am besten entspricht. Um die Fachpersonen in der Palliative Care in ihrer Arbeit zu unterstützen, wurde eine **Checkliste für die migrationsensitive Palliative Care** [↗](#) entwickelt. Die Checkliste ergänzt die bereits vorhandenen Instrumente um migrations-spezifische Bereiche. Die Fachpersonen sollen ermutigt werden, auch schwierige Themen anzusprechen.

Für Minderjährige sind die Inhaber:innen der elterlichen Sorge vertretungsberechtigt. Das Kind steht im Zentrum und wird in Entscheidungen – angepasst an Alter, Entwicklung, Befinden und an die eigenen Bedürfnisse – einbezogen. Minderjährige können bezüglich der Behandlungseinwilligung urteilsfähig sein. Die Urteilsfähigkeit wird für die konkrete Situation und für die konkrete Handlung (Einwilligung) beurteilt. Das Kind wird im Kontext seiner Familie gesehen.

Schutz der erkrankten Person vor Diagnose

Das Recht auf Selbstbestimmung beinhaltet auch die Möglichkeit, sich nicht aktiv am Entscheidungsprozess zu beteiligen. Manchmal möchte sich ein Mensch nicht mit seiner Krankheit auseinandersetzen. Diese Haltung ist zu respektieren. Sie erlaubt Hoffnungen zu hegen, die ihm helfen können, eine schwierige Situation besser auszuhalten. Hoffnung kann eine lindernde Wirkung entfalten. Wird die Person direkt angesprochen und informiert, dass sie unheilbar krank ist, kann dies von manchen Menschen als schonungslos und mit einem Verlust der Hoffnung einhergehend empfunden werden. Drücken Angehörige den Wunsch aus, die kranke Person vor schlechten Nachrichten zu schonen, oder umgekehrt die Verleugnung der Krankheit durch dieselbe nicht zu berücksichtigen, müssen die Hintergründe für solche Wünsche thematisiert werden. Mit der nötigen Sensibilität kann dem Gegenüber Respekt gezeigt und die betroffene Person gefragt werden, ob sie mit dieser indirekten Kommunikation über die Angehörigen einverstanden ist. So wird ein Vorgehen gewählt, das der kranken Person so viel Mitbestimmungsrecht überlässt, wie diese es wünscht. Das Recht des Patienten auf Information bzw. Nicht-Wissen steht immer über den Wünschen der Angehörigen. Gleichzeitig ist es wichtig, die Angehörigen im Umgang mit dieser Situation zu unterstützen. Regelmässige Gespräche sowie das Bestimmen einer Bezugsperson helfen, mögliche Spannungen zu vermindern oder Konflikte zu bewältigen.

Transkulturelle Kompetenzen helfen wenig, wenn sich eine Fachperson nicht mit der kranken Person verständigen kann. Es ist wichtig, rechtzeitig den Bedarf nach professionellen Dolmetschenden festzustellen und diese für Gespräche beizuziehen. Auch relevant ist es, festzustellen, wer unter den Angehörigen die Kommunikation übernimmt und wie die Informationen an weitere Angehörige weitergegeben werden.



Hilfsmittel / Unterrichtsmaterial

- Das Recht auf «Nicht-Wissen» am Beispiel einer Frau, die ihre Diagnose nicht wissen wollte. **Fallbeispiel** [↗](#)
- Fehlen wichtige migrations-spezifische Informationen, kann das Vertrauen ins System leiden. Der Vorteil einer **transkulturellen Anamnese** [↗](#) am Beispiel eines durch seine Kinder gepflegten Mannes:
Kurzfilm: Hintergründe erfahren – Anamnese auch bei Zeitnot (Spitex) [↗](#)
- Migrations-sensitiven Checkliste in der Palliative Care mit Fragen an Angehörige und an Patientinnen und Patienten: **Migrations-sensitiven Checkliste in der Palliative Care** [↗](#)

4.3 Verwendete und weiterführende Literatur

Bally, Klaus; Büche, Daniel; Fusi-Schmidhauser, Tanja; Pautex, Sophie; Vayne-Bossert, Petra (2021): Handbuch Palliativmedizin, 4. Auflage 2021

Bundesamt für Gesundheit: Begriffe von A bis Z. Nächste Angehörige.

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/begriffe-a-z/naechste-angehoerige.html> ↗

(Zugriff am 24. Mai 2024)

Bühlmann, Renate (2015): Migrationssensitive Checkliste in der Palliative Care: Fragen an die Patientin, den Patienten – Fragen an die Angehörigen. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit.

<https://www.migesplus.ch/publikationen/migrationssensitive-checkliste-in-der-palliative-care> ↗

(Zugriff am 30.4.24).

Salis Gross, Corina et al. (2014): Migrationssensitive Palliative Care. Bedarf und Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung in der Schweiz. Schlussbericht.

https://public-health-services.ch/wp-content/uploads/schlussbericht_pallcaremigr.pdf ↗

Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2013): Medizin-ethische Richtlinie «Palliative Care». <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html> ↗

Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2021): Medizin-ethische Richtlinie «Umgang mit Sterben und Tod». <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.htm> ↗

Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2013): Medizin-ethische Richtlinie «Patientenverfügung». <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html> ↗

5. Spiritualität, Rituale, Rückführung ins Herkunftsland

5.1 Ziel

Die Teilnehmenden

- kennen die Bedeutung von Spiritualität und Religion in Krisen und am Lebensende
- wissen, wann der Beizug einer spezialisierten Fachperson angezeigt ist
- kennen Hilfsmittel wie z. B. die «migrationssensitive Checkliste in der Palliative Care» und spirituelle Assessments wie z. B. «HOPE» und können diese in der Praxis anwenden
- kennen Fragen und Überlegungen zu einer allfälligen Rückkehr bzw. Rückführung ins Herkunftsland, die auftauchen können, wenn Personen mit Migrationshintergrund sterben

5.2 Inhalt

Es geht um Fragen wie ...

- a) «Was wird unter Spiritualität verstanden?»
- b) «Welche Bedeutung hat die Spiritualität und Religiosität am Lebensende?»
- c) «Wie kann ich religiöse Anliegen thematisieren, wenn ich die entsprechenden Traditionen nicht kenne?»
- d) «Wie thematisiere ich Wünsche und Vorstellungen rund um eine allfällige Rückkehr vor dem Tod bzw. Rückführung nach dem Tod ins Herkunftsland?»

a «Was wird unter Spiritualität verstanden?»

Für das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ist die spirituelle Dimension ein zentraler Bestandteil der Palliative Care, deren Ziel es folgendermassen beschreibt:

«Die spirituelle Begleitung leistet einen Beitrag zur Förderung der subjektiven Lebensqualität und zur Wahrung der Personenwürde angesichts von Krankheit, Leiden und Tod. Dazu begleitet sie die Menschen in ihren existenziellen, spirituellen und religiösen Bedürfnissen auf der Suche nach Lebenssinn, Lebensdeutung und Lebensvergewisserung sowie bei der Krisenbewältigung. Sie tut dies in einer Art, die auf die Biografie und das persönliche Werte- und Glaubenssystem Bezug nimmt. Dies setzt voraus, dass die existenziellen, spirituellen und religiösen Bedürfnisse der Beteiligten erfasst werden. (...)»

Spiritualität und Religion sind nicht dasselbe:

- Unter Spiritualität wird die *individuelle* Erfahrung verstanden, die Verbundenheit einer Person mit dem, was ihr Leben trägt, inspiriert und integriert, sowie die damit verbundenen existenziellen Überzeugungen, Werthaltungen, Erfahrungen und Praktiken, die religiöser oder nicht-religiöser Art sein können.
- Bei der Religion steht die *kollektive* Erfahrung in Gemeinschaften im Vordergrund. Dort werden bestimmte Traditionen, Rituale und Glaubensinhalte von Menschen geteilt. Die Spiritualität eines Menschen kann religiös begründet sein, muss es aber nicht.

In der Schweiz hat sich die Religionslandschaft in den letzten Jahren markant verändert. Während vor 50 Jahren nahezu die gesamte Bevölkerung der Schweiz entweder protestantisch (49%) oder katholisch (47%) war, sind die Anteile dieser beiden Religionen auf 23 bzw. 35 Prozent gesunken, während der Anteil der Personen ohne Religionszugehörigkeit von einem Prozent auf über ein Viertel (28%) gewachsen ist. Doch innerhalb des Christentums zeigt sich heute neben den beiden Landeskirchen eine Vielfalt an Kirchen, Gemeinden, Missionen oder Glaubensbewegungen. Durch die internationale Migration vervielfältigen sich diese und wachsen stetig. Dazu gehören etwa pfingstkirchliche und charismatische Gemeinden, orthodoxe Kirchen oder Kirchen, die auf die Reformationszeit zurückgehen, wie bspw. Lutheraner oder Anglikaner. Nebst dieser christlichen Immigration haben auch andere Religionsgemeinschaften in der Schweiz Fuss gefasst: Es sind jüdische Glaubensgemeinschaften, aus dem Islam hervorgegangene Gemeinschaften (wie bspw. Sunniten, Schiiten, oder Aleviten), buddhistische (wie bspw. Zen oder tibetischer Buddhismus) sowie hinduistische Vereinigungen. Das grösste Wachstumspotenzial weisen die muslimischen Gemeinschaften auf. Insgesamt beläuft sich der Anteil der nicht landeskirchlichen christlichen oder evangelikalen Gemeinschaften sowie der übrigen Religionen auf 7,1 Prozent, jener der muslimischen Gemeinschaften auf 5,3 Prozent.



Hilfsmittel / Unterrichtsmaterial

- Um der Spiritualität anderer Menschen begegnen zu können, ist es wichtig, die eigene Spiritualität zu kennen. **Was ist Spiritualität?** ↗
Nehmen Sie sich Zeit, um sich Gedanken über Ihre eigene Spiritualität zu machen.
- Fragebogen zu spirituellen Ressourcen und Belastungen. Füllen Sie den Fragebogen für sich aus. Fragebogen und Anleitung mit unterstützenden Informationen:
Fragebogen und Anleitung ↗

b «Welche Bedeutung hat die Spiritualität und Religiosität am Lebensende?»

Bei schwerer Krankheit, in Krisensituationen und am Lebensende gewinnen spirituelle Bedürfnisse und Fragen bei vielen Menschen an Bedeutung. Was ist Ursprung und Ziel des Lebens, was ist der Sinn hinter Leiden und Tod? Fachpersonen sind gefordert, Menschen in existenziellen Grenzsituationen auf der Suche nach der eigenen Wahrheit und in spirituellen Fragen zu begleiten. Eine schwere Erkrankung fordert Menschen zutiefst heraus. Sie bringt sie an Grenzen: Grenzen des Vertrauten, des Vertrauens, des Verstehens, des Schmerzes. Mit Spiritualität ist der persönliche Weg gemeint, um in dieser Grenzerfahrung zu sich zu kommen und zu dem, was einen trägt. Spiritualität kann so für alle Beteiligten zu einer bedeutsamen Ressource werden.

Spirituelle Einstellungen und Überzeugungen sowie die mit ihnen verbundenen Rituale und Praktiken können im Umgang mit Krankheit, Todesnähe und in Zeiten von Trauer wichtige Ressourcen sein. Nach Umbrüchen in der eigenen Lebensgeschichte, in fremden Umgebungen und bei starken psychischen, sozialen und physischen Belastungen fällt es allerdings oft schwer, solche Ressourcen zu aktivieren. Hinzu kommt, dass die Konfrontation mit schwerer Krankheit und Tod dazu führen kann, dass bisher tragende Orientierungen einbrechen und spirituelle Überzeugungen hinterfragt werden. Nicht selten erfahren Betroffene in diesem Zusammenhang spirituelle Nöte, die sich in Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, Leere, Gefühllosigkeit und existenzieller Verunsicherung ausdrücken.

Eine grosse Herausforderung für die palliative Betreuung sind zudem die spezifischen (religiösen und soziokulturellen) Gewohnheiten im Umgang mit Krankheit, Sterben und Tod. Diese äussern sich z. B. in der Besuchspraxis, in spezifischen Diäten, Hygienevorstellungen, geschlechtsspezifischen Rollen und in der Erwartung an die Pflege und die Pflegenden. Es kann für Menschen mit Migrationshintergrund von hoher Bedeutung sein, dass die herkunftsspezifischen religiösen und spirituellen Gewohnheiten und Rituale am Lebensende beachtet werden. Am wichtigsten ist es, bei jeder Person und ihrem Umfeld individuell abzuklären, welche Bedürfnisse sie haben, welche Regeln und Rituale sie beachten möchten. Allein die Religionszugehörigkeit zu kennen, reicht nicht aus.

Genauso wenig wie es beispielsweise DAS Christentum (oder DEN Hinduismus, DEN Islam etc.) gibt, gibt es die christliche Vorstellung davon, was beim Sterben und danach geschieht. Es ist bei allen Religionen zu unterscheiden zwischen den Inhalten einer **Tradition**, den traditionellen oder lokalen Vorstellungen, Sitten und Bräuchen, und dem, was das Individuum daraus macht. Letztere unterscheiden sich je nach Herkunftsregion, sozialer Zugehörigkeit, Bildungsstand und weiteren Faktoren beträchtlich. Z. B. unterscheidet sich die Vorstellungswelt einer traditionell aufgewachsenen Muslimin aus der Türkei wesentlich von derjenigen eines Muslims aus einem afrikanischen Land. Menschen, die in der Zweit- oder Drittgeneration in der Schweiz aufwachsen, sind mit diesen Vorstellungswelten oft nicht mehr vertraut oder haben möglicherweise ein distanzierteres Verhältnis dazu.

Zudem stellen die krankheitstypischen Sterbeverläufe zusätzliche Herausforderungen. Man erkennt bei terminalen Erkrankungen für die psychosoziale und spirituelle Unterstützung von Personen sowie ihren Angehörigen vier kritische Momente, die im Migrationskontext besonders bedeutsam sind:

1. die Diagnosemitteilung: Werden religiöse Bedürfnisse, die bei der erkrankten Person und deren Angehörigen mitspielen, erfragt?
2. die Übergänge zwischen Spital und zu Hause: Werden religiöse Verantwortliche einbezogen, damit die religiöse Betreuung gut organisiert werden kann?
3. die Mitteilung, dass die Möglichkeiten der kurativen Medizin ausgeschöpft sind:
In der Migrationsbevölkerung bestehen teilweise Vorurteile gegenüber dem Konzept der Palliative Care. Es kann als «wir werden fallengelassen» wahrgenommen werden. Palliative Care wird oft mit Suizidbeihilfe in Verbindung gebracht (wobei Suizid in den meisten religiösen Traditionen moralisch verwerflich ist) und dabei wird die eigene Gemeinschaft ausgeschlossen, die gerade auch religiös oftmals in der Pflicht steht, die kranke Person zu unterstützen.
4. die Terminalphase: Diese Phase ist in vielen religiösen Traditionen ganz zentral. Im Hinblick auf die Situation der Angehörigen und auf die Zukunft der verstorbenen Person müssen bestimmte Handlungen vollzogen werden, bestimmte Akteure präsent sein etc.

Wenn diese Phasen sehr schnell aufeinanderfolgen und ineinander übergehen oder wenn Betroffene und Angehörige in ihrer Wahrnehmung und ihren Zielen an unterschiedlichen Punkten stehen (Angehörige wollen die Person nicht gehen lassen, setzen sie unter Druck zu kämpfen etc.), sind die spirituellen, psychologischen und meist auch sozialen Belastungen besonders hoch.

In der Praxis geht es also darum, zu erfragen, welche Bedürfnisse die Betroffenen und ihre Angehörigen haben und ob sie religiöse, spirituelle oder soziale Praktiken beachten möchten bzw. welche gerade nicht. Dies erfordert viel Einfühlungsvermögen, Mut und eine gute sprachliche Verständigung, allenfalls mittels interkulturell geschulten Dolmetschenden.

Es ist möglich, dass die kranke Person und ihre Angehörigen unterschiedlich praktizieren, d. h. unterschiedlichen Konfessionen derselben Religion angehören, dass die einen strenggläubig sind, während die anderen nur einige der Praktiken ausüben, oder dass jemand gar nicht religiös ist. Immer mehr Menschen wünschen sich eigene Rituale ausserhalb der religiösen Institutionen. Manche Betroffene haben sehr klare eigene Vorstellungen davon, wie sie ihren Sterbeprozess gestalten wollen und welche Handlungen nach dem Tod vollzogen werden sollen, während es für andere hauptsächlich wichtig ist, dass es für ihre Angehörigen stimmt und wieder andere sich lieber gar nicht mit diesen Fragen befassen möchten. Die Fragen zum Sterbeprozess und Tod in der **migrations sensitiven Checkliste Palliative Care** [↗](#) sind für erkrankte Personen wie auch für Angehörige sehr hilfreich:

- Gibt es Rituale, die Sie unterstützen?
- Was ist Ihnen in dieser Situation wichtig?
- Was müssen wir in dieser Situation beachten?
- Wer darf den sterbenden Menschen berühren?
- Wie soll die oder der Sterbende gebettet sein?
- Wer darf den Leichnam berühren?



Hilfsmittel / Unterrichtsmaterial

- Welche Rolle kann ein interkultureller Seelsorger übernehmen?
Kurzfilm: Schlüsselpersonen in der Palliative Care [↗](#)

c «Wie kann ich religiöse Anliegen thematisieren, wenn ich die entsprechenden Traditionen nicht kenne?»

Es ist als Fachperson nicht möglich, die ganz unterschiedlichen Traditionen im Einzelnen zu kennen. Natürlich ist es hilfreich, bestimmte Themen zu kennen, die in religiösen Traditionen wichtig sind bzw. sein können. Dazu gehören z. B. Essensvorschriften, der Umgang mit Genderfragen, das Verständnis vom Sterbeprozess und die Vorstellungen, was nach dem Tod kommt. Dafür können religiöse/kulturelle Checklisten hilfreich sein. Andererseits kann es sogar ein Stolperstein sein, wenn man bestimmte Vorstellungen über eine Tradition in eine Begegnung hineinträgt, die Stereotypisierungen Vorschub leisten. Über ihre spirituelle oder religiöse Weltanschauung kann letztlich nur die betroffene Person Auskunft geben. Ein migrationssensibles Handeln stellt nicht Kulturen und Religionen, sondern Individuen in ihrer ganz eigenen Lebenswelt in den Mittelpunkt. Es geht also darum, die Voraussetzungen zu schaffen, in denen sich die kranke Person sicher und respektiert fühlt, um sich öffnen und ihre Anliegen mitteilen zu können. Dabei wird die Person instinktiv spüren, ob die Begleitperson ihrer Weltanschauung, ihren religiösen Überzeugungen gegenüber offen ist. Es ist wichtig, sich der eigenen Einstellung und der Stolpersteine, die sich daraus für die Begegnung mit dem Gegenüber ergeben, bewusst zu werden.

Hinweise für die Begleitung und Beratung von schwerkranken Menschen:

1. **Gestalten vertrauensbildender Kommunikationsformen und eines sicheren Rahmens:**
Hilfreich ist es, sich an der Haltung der personenzentrierten Gesprächsführung nach Carl Rogers zu orientieren. Das Schaffen einer vertrauensvollen Atmosphäre und der sogenannten hilfreichen Beziehung ermöglicht der betroffenen Person, angstfrei und kreativ ihre Anliegen zu formulieren. (siehe «personenzentrierten Gesprächsführung», S. 9).
2. **Wahrnehmen der spirituellen Ressourcen und Bedürfnisse:** Die Eröffnung eines solchen Prozesses kann entweder durch standardisierte oder durch offene Fragen in Gang gesetzt werden. Für die Praxis gibt es dafür Interviewleitfäden (z. B. HOPE, siehe nachfolgende Übung).
3. **Spirituelle Aspekte in der Beratung und Begleitung berücksichtigen:** Dazu gehören ein **systemischer** Blick auf individuelle spirituelle Nöte und gegebenenfalls die Einbettung in religiöse oder spirituelle Gemeinschaften. Spirituelle Ressourcen und Nöte werden nicht selten in indirekter und beiläufiger Form zur Sprache gebracht. Sie sind in der Begleitung ohne eigene Wertung ernst zu nehmen und als eine wesentliche Ressource einzubeziehen.



Hilfsmittel /Unterrichtsmaterial

Der Interview-Leitfaden HOPE fragt die Person zuerst nach den eigenen Stärken und woraus Trost und Hoffnung geschöpft wird. Weiter geht es um Fragen über die Glaubensgemeinschaft, die persönliche religiös-spirituelle Praxis und die Betreuung am Lebensende.

HOPE – Fragebogen in der Spiritual Care ↗

d «Wie thematisiere ich Wünsche und Vorstellungen rund um eine allfällige Rückkehr vor dem Tod bzw. Rückführung nach dem Tod ins Herkunftsland?»

Charakteristisch für die besondere Situation von Menschen mit Migrationshintergrund am Lebensende ist die Option der Rückkehr ins Herkunftsland. Dabei kann es sich um eine Rückkehr während der Krankheit bzw. während des Sterbens oder um eine Rückführung des Leichnams handeln. Die Motive sind vielfältig: Abschiednehmen von nahen Personen und der Heimat, Annehmen von Angeboten respektive Ressourcen im Herkunftsland (Betreuungs- und Bestattungsangebote), finanzielle Gründe, spirituelle und religiöse Vorstellungen und Rituale, Beisetzung im Familiengrab etc.

Studien zeigen, dass während des Sterbeprozesses eine Rückkehr häufig zum Thema wird. Es kann sich auch nur um einen Besuch handeln, um Abschied von wichtigen Personen zu nehmen. Die Umstände können erschwert sein, wenn diese Option zu spät thematisiert wird. Zudem kann der Wunsch nach einer Rückführung nach dem Tod aufkommen, was zu erhöhtem administrativem und finanziellem Aufwand führt, oft unter Zeitdruck (z. B. bei muslimischen Bestattungen).

Der begleitete Transport einer schwer kranken Person oder auch der Transport einer in der Schweiz verstorbenen Person ins Heimatland kann für die Hinterbliebenen mit hohen Kosten verbunden sein, die zu einer Überschuldung führen können. Bereits ein Todesfall in der Schweiz ohne Rückführung bringt grosse administrative und teils auch finanzielle Herausforderungen für die Angehörigen mit sich. Dies neben dem Trauerprozess zu bewältigen, ist für viele Menschen – mit und ohne Migrationserfahrung – sehr intensiv und herausfordernd. Persönliche wie institutionalisierte Angebote und Ressourcen, die in dieser Zeit Unterstützung bieten, können die Hinterbliebenen entlasten. Deshalb ist es sehr wertvoll, wenn Fachpersonen und Freiwillige Unterstützungsangebote kennen und die Betroffenen bei Bedarf darüber informieren können.

Gemäss Einschätzung von Fachpersonen sind die wichtigsten Massnahmen folgende:

- Frühzeitig in Erfahrung bringen, wie bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorgegangen werden soll. Möchte die Person in der Schweiz oder im Herkunftsland sterben? Wo soll die Beerdigung stattfinden?
- Falls eine Rückführung ins Heimatland gewünscht ist, sollte diese frühzeitig geplant werden. Das zuständige Zivilstandsamt oder ein Bestattungsunternehmen gibt Auskunft. Die medizinischen Unterlagen sollten rechtzeitig bereitgelegt werden.
- Potenzial der bestehenden Selbstorganisationen nutzen, d. h. Schlüsselpersonen aus den «Communities» einbeziehen, z. B. Religionsvertretende, informelle Finanzierungsnetzwerke
- Sterbeprozess: Wer soll in den letzten Lebensstunden bei der sterbenden Person sein?
- Sterberituale: Sind die Pflegenden informiert, was im Sterben und unmittelbar danach zu beachten ist (z. B. Berührungen, rituelle Totenwaschung etc.)?
- Interkulturelle – von Vorteil in Palliativ Care geschulte – Übersetzende beiziehen.



Hilfsmittel / Unterrichtsmaterial

Migrationssensitive Checkliste ➔ in der Palliative Care mit Fragen an Angehörige und an Patientinnen und Patienten

5.3 Verwendete und weiterführende Literatur

Amstad, Hermann (2020): Palliative Care für vulnerable Patientengruppen – Konzept zuhänden der Plattform Palliative Care des Bundesamtes für Gesundheit. Online verfügbar unter www.plattform-palliativecare.ch (Zugriff am 30.4.24).

Anandarajah G, Hight E (2001): Spirituality and medical practice. Using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician* 63(1): 81–89

Banse, Christian; Nauck, Friedemann (2020): Spirituelle Bedürfnisse schwer kranker Menschen mit Fluchterfahrung. Herausforderungen für die Palliativversorgung, in: *Spiritual Care*, 9(4), S. 303–309.

Baumann, Christoph Peter (2011): Krankheit & Tod in den Religionen. INFOREL Information Religion

Bühlmann, Renate (2015): Migrationssensitive Checkliste in der Palliative Care: Fragen an die Patientin, den Patienten – Fragen an die Angehörigen. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.

<https://www.migesplus.ch/publikationen/migrationssensitive-checkliste-in-der-palliative-care> (Zugriff am 30.4.24).

Bundesamt für Gesundheit (BAG), (2011): Nationale Leitlinien Palliative Care.

Grundlagen zur Strategie Palliative Care (admin.ch) (Zugriff 30.4.24).

Domenig, Dagmar (Hrsg., 2007): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Hogrefe

Heller, Birgit (2015): Das gute Sterben ist nicht für alle dasselbe. Interreligiöse und interkulturelle Perspektiven auf das Sterben. *Theologisch-Praktische Quartalschrift*, 163: 162–170

Mösli, Pascal (2017): Christlich-muslimische Trauerfälle. Eine Handreichung für die christliche Seelsorge. Reformierte Kirchen Bern-Jura-Solothurn, Bereich OeME-Migration

Palliative.ch (2018): Spiritual Care in Palliative Care. Leitlinien zur interprofessionellen Praxis.

Was wir tun: Spiritual Care – palliative.ch (Zugriff am 30.4.24).

Peng-Keller, Simon; Moergeli, Hanspeter; Hasenfratz, Karin, Naef, Rahel; Rettke, Horst; Hefti, René, et al. Including the Spiritual Dimension in Multimodal Pain Therapy. Development and Validation of the Spiritual Distress and Resources Questionnaire (SDRQ). *Journal of Pain and Symptom Management*. 2021; 62(4): 747–756.

Streib, Heinz; Keller, Barbara (2015): Was bedeutet Spiritualität? Befunde, Analysen und Fallstudien aus Deutschland. Vandenhoeck & Ruprecht

Urban, Elke (2014): Transkulturelle Pflege am Lebensende. Kohlhammer

Wasner, Maria (2022): Spiritualität und kultursensible Begleitung am Lebensende. *Sozial Extra* 46, 371–375 (2022). <https://doi.org/10.1007/s12054-022-00524-w> (Zugriff am 30.4.24).

Herzlichen Dank an Pascal Mösli, Theologe und Supervisor, für die wertvolle Mitarbeit bei der Erstellung dieses fünften thematischen Schwerpunkts.

Glossar

Begriffe Alphabetisch geordnet	Definition
Angehörige	Als «Angehörige» gelten Lebensgefährten (Ehegattin, Ehegatte, eingetragene Partner:in, Lebenspartner:in) Kinder, Eltern, Geschwister, Grosseltern oder andere (nicht verwandte) Personen, die mit der Person eng verbunden sind.
Aufenthaltsstatus	Bezeichnet den rechtlichen Status einer Person in einem bestimmten Land. Er gibt an, ob sie dort legal ansässig ist und unter welchen Bedingungen sie sich dort aufhalten darf. Übersicht auf fluechtlingshilfe.ch ↗
Biopsychosoziales Modell	Ein Gesundheits-Modell, das physische, psychische und soziale Faktoren einschliesst (z. B. wird Gesundheit nicht nur rein körperlich betrachtet).
Biomedizinisches Modell	Nach dem Biomedizinischen Modell ist der Mensch entweder krank oder gesund. Körper und Geist funktionieren unabhängig voneinander.
Community	Eine Gruppe von Menschen, die durch gemeinsame Interessen, Werte und Ziele oder geografische Lage miteinander verbunden sind.
Diskriminierung	Individuelles Handeln als auch Regelungen und Strukturen, die Angehörigen einer sozialen Gruppe weniger Chancen, Teilhabe und Gleichwertigkeit ermöglichen als Angehörigen anderer sozialen Gruppen.
Strukturelle Diskriminierung	Indirekte Formen der Diskriminierung auf Ebene der Organisation/Institution oder der Gesamtgesellschaft. Mechanismen, die auch unabhängig von bewussten negativen Absichten und individuellem Handeln funktionieren.
Rassistische Diskriminierung	Personen werden aufgrund ihrer Hautfarbe oder ethnisch-kulturell-religiösen Zuschreibungen ungleich behandelt, benachteiligt, in Worten oder Taten herabgesetzt und/oder angegriffen.
Diversität	Vielfalt an individuellen und kollektiven Identitäten und Zugehörigkeiten. Es gibt sichtbare und unsichtbare, veränderbare (z. B. Bildung) und unveränderbare Diversitätsmerkmale (z. B. Hautfarbe).
Individuumszentriert / individualistisch	Orientierung an und Fokus auf die Einzelperson
Interkulturelle Dolmetschende	Stellen die Verständigung zwischen Fachpersonen und fremdsprachigen Personen sicher. Interkulturelle Dolmetschende sind in der Lage, sich in beiden Bezugssystemen zu bewegen und sie miteinander in Beziehung zu setzen.
Intersektionalität	Überschneidung und Gleichzeitigkeit verschiedener Formen von Diskriminierung gegenüber einer Person. Fokussierung auf die Schnittstellen gemeinsam auftretender, unterschiedlicher sozialer und lebensweltlicher Kategorien (z. B. Alter, Geschlecht, Ethnie/Herkunft, sexuelle Orientierung, geistige und körperliche Fähigkeiten, Hautfarbe) und deren Wechselwirkungen.
Personenzentrierte Gesprächsführung	Von Carl R. Rogers entwickelte personenzentrierte Therapie, die einen starken Fokus auf die Bedürfnisse, Perspektiven und Selbstwahrnehmung der Person legt. Zentral ist die Schaffung einer nicht-direktiven Umgebung, in der die Person offen über ihre Gefühle, Gedanken und Erfahrungen sprechen kann.
Kontext	Formes indirectes de discrimination au niveau d'une organisation, d'une institution ou de la société. Ces mécanismes fonctionnent indépendamment des intentions négatives conscientes et des comportements individuels.
«Konzept des guten Sterbens»	Die erkrankte Person und ihre Familie stehen im Mittelpunkt, um ihre Bedürfnisse und Wünsche zu verstehen. Dabei werden sie ganzheitlich – physisch, psychisch, sozial und spirituell – begleitet.
Kranksein (<i>illness</i>)	Kranksein bezeichnet das subjektive Erleben und die Erfahrung einer Krankheit. Die Rolle der erkrankten Person im Familiengefüge (System) hat eine wichtige Bedeutung.

Begriffe Alphabetisch geordnet	Definition
Krankheit (<i>disease</i>)	Die Krankheit wird durch diagnostische Verfahren ermittelt. Es stellt die Sicht von aussen dar (Diagnose, Symptome, Krankheitsgeschichte und Behandlung).
Kultur	Die Gesamtheit der Denk-, Handlungs- und Wahrnehmungsmuster von Kollektiven. Der dynamische Kulturbegriff geht davon aus, dass Menschen nicht nur einer (nationalen) Herkunftskultur, sondern mehreren Teilkulturen angehören und je nach Situation, die eine oder andere Ebene stärker im Vordergrund ist. Kulturelle Normen und Denkweisen sind nicht statisch und starr, sondern entwickeln sich weiter und verändern sich.
Kulturalisierung	Überbetonung des Faktors Kultur und Ausblendung struktureller und individueller Merkmale, was oft zu stereotypen Sichtweisen führen kann.
Lebenswelt	Gesamter Aktivitäts- und Erfahrungsraum eines Menschen (Gegenstände, Personen, Tätigkeiten, Ereignisse und deren Deutungen). Lebenswelt umfasst die Natur-, Kultur- und Sozialwelt.
Lebensqualität	Der Begriff Lebensqualität wird sehr unterschiedlich definiert. Er bezeichnet einerseits die Qualität der von aussen beobachtbaren Lebensumstände einer Person und andererseits ihre Zufriedenheit mit dem eigenen Leben.
Medizinische Traditionen	Bezieht sich auf einen systematischen Ansatz oder eine Methode zur Heilung und Behandlung von Krankheiten, der auf bestimmten Prinzipien, Überzeugungen und Praktiken beruht. Unterschiedliche Gesellschaften haben im Laufe der Geschichte ihre eigenen medizinischen Traditionen entwickelt, basierend auf lokalen Kenntnissen.
Migrationssensibel	Eine selbstreflexive Haltung, welche ermöglicht die Komplexität und Diversität der Lebenswelten von Personen oder Personengruppen im Migrationskontext zu erkennen und damit umzugehen. Es handelt sich um eine wertschätzende begegnende Grundhaltung und die Kompetenz vermeintliche Stereotypen über Bord zu werfen.
Palliative Care	<p>Palliative Care* verfolgt das Ziel, die Leiden von Menschen, die unheilbar, schwerkrank oder bereits im Sterbeprozess sind, bestmöglich zu lindern und so ihre Lebensqualität möglichst hochzuhalten. Das Sterben wird als normaler Prozess betrachtet und deshalb weder beschleunigt noch durch lebensverlängernde Massnahmen verzögert.</p> <p><i>*In vielen Sprachen existiert Palliative Care als Begriff nicht und es ist keine Übersetzung bekannt. Dies setzt von den übersetzenden Personen Kenntnisse voraus, sodass sie den Begriff entsprechend umschreiben können.</i></p>
Paraverbale Kommunikation	Bezieht sich auf die nonverbalen Aspekte der Sprache, welche die Art und Weise beeinflussen, wie Worte gesprochen werden, unabhängig von ihrem Inhalt. Dazu gehören Tonfall, Tempo, Betonung und andere stimmliche Nuancen.
Patientenverfügung	In einer Patientenverfügung kann schriftlich festgehalten werden, welche medizinischen Behandlungen und Massnahmen gewünscht und welche nicht gewünscht sind, falls der Wille nicht mehr selbst geäussert werden kann.
Personenzentriert	Orientiert sich an der erkrankten Person. Im Vordergrund stehen ihre individuellen Rechten und Pflichten, ihre individuellen Wünsche und Entscheidungen.
Psychosozial	Psychosozial bedeutet die Berücksichtigung sowohl der psychischen als auch der sozialen Dimension von Gesundheit und Krankheit in Prävention und Behandlung.

Begriffe Alphabetisch geordnet	Definition
Sans-Papiers	Personen ohne geregelten Aufenthaltsstatus in der Schweiz
Schlüsselperson	Als Schlüsselperson werden Personen bezeichnet, deren Handeln und Wirken den Schlüssel zur Erklärung bestimmter Zusammenhänge liefert. Sie können in einer Gemeinschaft dazu beitragen, dass vorher Unverstandenes verständlich wird.
Selbstbestimmung	Selbstbestimmt leben bedeutet: Ich bestimme selbst über mich und mein Leben. Selbstbestimmung hört auf, wenn damit wichtige Bedürfnisse von anderen Menschen oder grundlegende Anliegen der Gemeinschaft beeinträchtigt werden.
Selbstreflexion	Bezieht sich darauf, dass eine Person ihre eigenen Gedanken, Handlungen und Erfahrungen kritisch betrachtet und darüber nachdenkt.
Soziozentriert	Orientierung an und Fokus auf die soziale Gruppe (z. B. Familie, Gemeinschaft)
Systemisch	Betrachtung der Person in ihrem sozialen System (Familie, Freundeskreis, etc.) inklusive den wechselseitigen Einflüsse und Abhängigkeiten.
Traditionen	Weitergabe von Handlungsmustern, Überzeugungen, Glaubensvorstellungen oder anderem, z. B. anstossen vor dem Trinken, rituelle Waschungen
Transkulturelle Anamnese	Bezieht sich auf den Einbezug von individuellen Werten, Überzeugungen und Praktiken von Patienten und Patientinnen in den diagnostischen Prozess.
Transkulturelle Kompetenz (TKK)	Kompetenter Umgang mit Vielfalt und Reflexion der eigenen Prägungen. Die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten.
Transkulturelle Gesprächsführung	Bezieht sich auf die Fähigkeit, in Gesprächen sensibel mit Menschen in ihren individuellen Lebenswelten umzugehen. Sie erfordert eine offene Haltung, Empathie und die Bereitschaft, Vielfalt zu akzeptieren.
Vertretungsperson	Lässt sich der Wille der Person nicht feststellen, entscheidet die Vertretungsperson. Die Vertretungsperson kann in der Patientenverfügung festgelegt werden. Liegt keine Patientenverfügung vor, gilt die vom Gesetzgeber bestimmte Person. ZGB-Art. 378

Schweizerisches Rotes Kreuz

Gesundheit und Integration

Werkstrasse 18

3084 Wabern

Telefon +41 58 400 41 11

info@redcross.ch



Schweizerisches Rotes Kreuz

