

Andrea Kuckert:

Interkulturelle Altenpflege – ein Einblick in die Literatur

- 1) Einleitung
- 2) Migranten als Klienten in den Institutionen der Altenpflege – eine Bestandsaufnahme
- 3) Kultur und Pflege: Das Dilemma zwischen Theorie und Praxis
- 4) „Wie pflege ich denn nun Frau Yousefi“ – interkulturelle Kompetenz in der Pflege: Praktische Hilfestellungen?
- 5) „Die Institutionen in der Altenpflege als Abbild der dort ansässigen Bevölkerung“ – der Prozess der „interculturalisation“.
 - (a) Die biographische Pflege
 - (b) Die positive kulturelle Einstellung der Pflegenden
 - (c) Die Herausforderung des Altenheims als Institution in der Versorgung von Migranten
 - (d) Die Herausforderung der Politiker
6. Projekte in Deutschland

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung

Wider Erwarten groß ist die Anzahl der Veröffentlichungen, die gerade im Laufe der letzten Jahre zu dem Thema „ausländische Patienten“ in den Institutionen der Altenpflege erschienen sind. Um diese zum Teil nur schwer zu überschauende Materie den in diesem Bereich tätigen Mitarbeitern zu erschließen und zugänglich zu machen, sollen – unter Einbindung einer Biographie einer in Deutschland lebenden Türkin¹ – die m.E. wichtigsten und interessantesten Veröffentlichungen vorgestellt und diskutiert werden. Dabei steht jedoch nicht die Vermittlung eines Gesamtüberblicks im Vordergrund, sondern es geht vielmehr um die Verdeutlichung der verschiedenen Strömungen innerhalb der Diskussionen über Menschen mit einem Migrationshintergrund², der in der Realität allerdings nur selten den Vorstellungen der in der Pflege und Altenpflege Beschäftigten entspricht.

Die Biographie
von Frau Yousefi

2. Migranten als Klienten in den Institutionen der Altenpflege – eine Bestandsaufnahme

Es ist zu erwarten, dass Deutschland künftig in noch stärkerem Maße „multikultureller“ wird, als man es noch vor wenigen Jahren annehmen konnte. Politische Unruhen, Kriege, Unterdrückungen von ethnischen Minderheiten, politische Veränderungen in Osteuropa und die Anwerbung

Migranten
in Deutschland

¹Diese Biographie ist in ihren Grundzügen wahrheitsgetreu wiedergegeben und wo nötig von der Autorin ergänzt und erweitert worden. Dadurch wird dem Leser einerseits eine Identifikation ermöglicht, andererseits die Übernahme von unterschiedlichen Theorien in die Praxis und daraus resultierende Konsequenzen verdeutlicht.

²Darunter sind zu verstehen: Migranten der ersten, zweiten und dritten Generation; Übersiedler; Asylbewerber; Flüchtlinge; in Deutschland arbeitende Ausländer

ausländischer Arbeitnehmer (green card) verursachen steigende Raten der Migration, von Asylsuchenden und von Flüchtlingen. Aber auch die wachsende Mobilität innerhalb der EU und die Prozesse der Globalisierung erhöhen die Multikulturalität in der deutschen Gesellschaft.

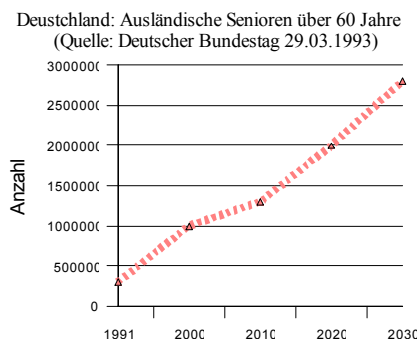
Allen Gruppen gemeinsam ist ein verinnerlichtes kulturelles Erbe, welches jeder von ihnen in unterschiedlicher Weise und Ausprägung lebt. Ihre psychosozialen und wirtschaftlichen Probleme sind untereinander sehr verschieden und beeinflussen den einzelnen Migranten zusätzlich. Auch und gerade für die Altenpflege wird diese Entwicklung eine besondere Herausforderung mit sich bringen. Zusätzlich muss berücksichtigt werden, dass es nicht nur zu einer Überalterung in der deutschen Bevölkerung, sondern auch zu einer Zunahme der Anzahl der älteren Ausländer kommen wird. Aus Tabelle 1 wird ersichtlich, dass 2030 mehr als 2,7 Mio. Ausländer über 60 Jahre alt sind. Dabei werden voraussichtlich die ehemaligen türkischen Gastarbeiter und Russlanddeutsche den Hauptanteil stellen.

Wenn auch bis heute Migranten in den Einrichtungen der Altenpflege durchschnittlich eher unterrepräsentiert sind – die Gründe dafür liegen sowohl in einem anderen Verständnis ausländischer Älterer über den Prozess des Alterns als auch in der Unkenntnis über die Existenz verschiedener Institutionen – wird sich dieses Verhältnis in den kommenden Jahren deutlich verändern. Für Pflegende kann diese Entwicklung eine bisher nicht gekannte Auseinandersetzung mit fremden Sprachen, einem ungewohnten Gesundheits- und Krankheitsverständnis, der Konfrontation eines ihnen oft unbekanntes Stellenwertes von Familie, Religion, einer anderen Ernährung usw. bedeuten. Darüber hinaus geht es vor allem in der ambulanten Altenbetreuung um ein verstärktes Zugehen auf in Deutschland alt gewordene Migranten.

Um die vielfältigen Probleme, die diese Entwicklung mit sich bringen kann und die sich auf den verschiedenen Ebenen (Theorie, Praxis, Aus- und Weiterbildung, Management) der Pflege im allgemeinen und der Altenpflege im besonderen abspielt, zu verdeutlichen, soll die bis heute bekannte Literatur unter Zuhilfenahme eines Fallbeispiels – die Krankengeschichte von Frau Yousefi – exemplarisch vorgestellt und diskutiert werden. Durch dieses Fallbeispiel können die Auswirkungen der in der Pflege entwickelten Theorien besser veranschaulicht und kommentiert werden.

Frau Yousefi, eine ältere türkische Frau aus einem kleinen südanatolischen Dorf, lebt seit den 70er Jahren in Deutschland. Sie folgte damals mit ihren drei Kindern ihrem Ehemann, der als Gastarbeiter nach Deutschland gekommen war. Da ihr Mann vor einigen Jahren verstorben ist, lebt sie jetzt in einer anderen Stadt bei der Familie ihrer Tochter. Vor einem Jahr wurde sie schwer krank, lag lange Zeit im Krankenhaus und war letztendlich auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen. Ihre Tochter bemühte sich zwar um eine optimale Pflege, aber durch ihre eigene Berufstätigkeit waren auch ihr zeitlich Grenzen gesetzt. Frau Yousefi vermisste den Kontakt zu ihren ehemaligen Nachbarn und fühlte sich aufgrund der Abwesenheit ihrer

Steigender Anteil der Senioren mit einem Migrationshintergrund



Frau Yousefi's Biographie und ihre Aufnahme in ein Pflegeheim

Tochter unsicher und hilflos.

Nun ist Frau Yousefi zwar probeweise in einem Pflegeheim – die Tochter hatte von dieser Möglichkeit am Arbeitsplatz gehört – aber hier empfindet sie die Einsamkeit noch stärker. Aufgrund der Erziehung ihrer drei Kinder und der täglichen Arbeit in einer Großküche hatte sie nach ihrer Übersiedlung nach Deutschland kaum Zeit, gründlich Deutsch zu lernen, und ein Sprachkurs als Integrationshilfe war grundsätzlich nicht vorgesehen. Auf der Station gibt es kaum jemanden, mit dem sie sich in ihrer Sprache verständigen kann, obwohl sich das Pflegeheim mitten in einem von überwiegend Türken bewohnten Gebiet befindet. Oft wird sie auf der Station zur Mitarbeit angehalten, aufgefordert, gewisse Tätigkeiten selbst auszuführen, aber sie kann nicht. Sie möchte nur keine Schmerzen haben und betet dafür auf ihrem Zimmer. Ihr Tag wird nur durch Mahlzeiten unterbrochen, aber die vegetarische Kost schmeckt Frau Yousefi nicht. Sie würde viel lieber zu Hause bei ihrer Tochter sein.

Bei der Literaturrecherche wird deutlich, dass es bisher nur wenige Studien gibt (Borde et al. 1998, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales 1998, Zielke-Nadkarni 2001), die sich intensiv mit den Bedürfnissen der Migranten innerhalb des deutschen Gesundheitssystems beschäftigen.

Frau Yousefi sorgt bei den Pflegenden des Heimes während der Übergaben für viel Diskussion, da unter anderem die Kommunikation nur sehr schwierig verläuft und es nach Meinung der Pflegenden oft zu Missverständnissen kommt.

Vermeint ist die Rede von „die Ausländer müssen endlich Deutsch lernen“ oder „die leben so lange hier und können immer noch kein Deutsch.“ In der Studie von Borde wurde deutlich, dass bei den befragten Patienten der Wunsch nach einer reibungslosen Kommunikation zwar durchaus vorhanden war, die Erwartungen in Hinblick auf einen „maßvollen Einsatz von Medikamenten“, 'hohe Mitbestimmung', 'gesundes Essen', (...) 'Hygiene' (...) und die 'professionelle psychologische Betreuung' wichtiger beurteilt waren als vom Klinikpersonal eingeschätzt. Auch Zielke-Nadkarni (2001) bestätigt durch ihre Untersuchungen, dass die kulturell vermittelten Wertevorstellungen, wie – z.B. die Verpflichtung zur Unterstützung der Angehörigen – zwischen deutschen und türkischen Frauen kaum Unterschiede aufwies. Raven & Huisman belegen durch ihre Studie über die Situation ausländischer Demenzkranker, dass Familienangehörige in der Regel schlecht über das in Deutschland vorhandene Hilfsangebot zur Unterstützung der Pflege von Angehörigen informiert sind. Dies belastet mittelfristig auch die Beziehung zwischen Angehörigen und den zu Pflegenden. Die Pflege der Demenzkranken wurde oft als Gottgewollt, als schicksalhaft definiert.

In Deutschland durchgeführte Studien zu den Bedürfnissen der Senioren mit einem Migrationshintergrund

Literatur:

Artikel:

Arbeitsgruppe interkulturelle Pflege (1997). Kopf draußen - Füße drin? Wie erleben Patienten aus anderen Kulturen ein deutsches Krankenhaus. In: Uzarewicz, C. & Piechotta, G. (Hg): *Curare Sonderband Transkulturelle Pflege*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung (VWB): 115-125

Literatur

Giesen, D. (1993). Die Pflege von Patienten anderer Kulturen. In *Pflege*

(6)3 :197-202

Kerkow-Weil, R. (1998). Interkulturelle Aspekte des Pflegehandelns. In: Fachtagung Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege (Hg.) *Alter und Krankheit in der Fremde*. Kiel: Eigenverlag

Raven U. & Huismann A. (2000). Zur Situation ausländischer Demenzkranker und deren Pflege durch Familienangehörige in der Bundesrepublik Deutschland. In: *Pflege* (13): 187-196

Zielke-Nadkarni, A. (1999). Krankheits- / Gesundheits- und Pflegeverständnis türkischer Migrantinnen. Referat gehalten am 29.11.1999 auf dem Osnabrücker Pflegesymposium „Kultur, Migration und Pflege“. (2001). Gesundheits- und Krankheitskonzepte. In: Domenig, D. (Hg.) *Professionelle transkulturelle Pflege*. Bern: Hans Huber Verlag

Bücher:

Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (1998). *Älter werden in der Fremde - Sozial-empirische Studie der Freien Hansestadt Hamburg*. Hamburg

Borde, T. et al.. (1998). *Migration und Gesundheit*. Frankfurt/M.: Mabuse (1999). *Frauen, Migration und Gesundheit*. Frankfurt/M.: Mabuse

Domenig, D. (Hg.) (2001). *Professionelle transkulturelle Pflege*. Bern: Hans Huber Verlag

Link, K. (1998). *Interkulturelle Betreuung – eine Aufgabe der Krankenhaussozialarbeit?* Ev. Fachhochschule Hannover: Eigenverlag

Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege (Hg) (1998). *Dokumentation der Fachtagung: „Alter und Krankheit in der Fremde“ am 20.11.1997 in Hamburg*. Kiel: Eigenverlag

Uzarewicz, C. & Piechotta, (1997). *Curare Sonderband Transkulturelle Pflege*. Berlin: VWB

3. Kultur und Pflege: Schwierigkeiten in der Theoriebildung

Der Umgang mit dem Fremden ist bekanntlich nur ein Teilgebiet in der Kranken- und Altenpflege. In der Bezeichnung „transkulturelle Krankenpflege“ wird hingegen der Einfluss der kulturellen Anthropologie deutlich sichtbar. (Habermann 1997). Ins Leben gerufen wurde dieses relativ junge Fachgebiet, das als Teildisziplin der Krankenpflege verstanden wird, in den USA von der Krankenschwester und Ethnologin Leininger, die davon ausging, dass eine multikulturelle Gesellschaft auch eine multikulturelle Pflege benötigt.

Theorie der transkulturellen Pflege nach Leininger
--

“Transcultural nursing has been defined as a legitimate and formal area of study, research, and practice, focused on culturally based care beliefs, values and practices to help cultures or subcultures maintain or regain their health (wellbeing) and face disabilities or death in culturally congruent and

beneficial caring ways (Leininger, 1970, 1999)”

Leininger fordert die Integration der unterschiedlichen Pflege-, Gesundheits- und Krankheitsmuster, die auf die jeweiligen kulturellen Normen, Werte und Praktiken zurückzuführen sind, in die Pflegewissenschaft und die tägliche Pflegepraxis (vgl. vgl. Leininger 1991). Aufgrund der Tatsache, dass bei der Pflege ausländischer Patienten auf deren Kulturverständnis eigentlich nie Rücksicht genommen wurde, begann Leininger anhand eines emischen³ Modells andere Gesellschaften zu erforschen. Ihr besonderes Augenmerk richtete sie dabei auf den Zusammenhang zwischen Kultur und Pflege sowie auf die Frage, welchen Einfluss eine Kultur auf die verschiedenen Arten von ‚Sorge‘ (?care/caring?) hat - im Allgemeinen und besonders in der Krankenpflege. Aufgrund ihrer Überlegungen und Forschungsergebnisse - sie hatte mit Studenten und Kollegen Ergebnisse aus 50 verschiedenen Kulturen gesammelt - entwickelte Leininger das sogenannte Sunrise-Modell. Dieses Modell - „cognitive map“ (Leininger 1991) - sollte die Theorie und ihre Konzepte übersichtlich machen und Forschern als Leitfaden dienen, wenn sie sich über Fragen wie Pflege, Krankheitsempfinden usw. in einer bestimmten Kultur informieren wollten. Weil sie menschliche Pflege als universell - als allgemein gültig - betrachtet, hält sie einen Vergleich in den verschiedenen Kulturen für möglich. Aufgrund dieser Kenntnisse, die Leininger in Form von Handbüchern zur Verfügung stellt (Leininger et al. 1999) ist es Pflegenden in der Zusammenarbeit mit ausländischen Patienten dann möglich, adäquat auf ihre kulturellen Belange zu reagieren. Die Anwendung der Theorie Leiningers auf die Praxis könnte in der Pflege zu folgender Situation führen:

Leiningers
sunrise Modell

Das Personal des Pflegeheims wurde in den vergangenen Jahren dazu angehalten, sich verstärkt in den Bereichen der Pflege ausländischer Mitbürger fortzubilden. Diese Seminare hatten unter anderem auch die Pflege türkischer Männer und Frauen zum Inhalt. Dabei wurde z.B. auf die fünf täglichen Gebete, die rituellen Waschungen, der schweinefleischfreien Kost, der Stellung von Frauen und Männern usw. eingegangen. Pflegende, die diese Seminare besuchten, übertrugen ihr Wissen auf Frau Yousefi. Sie erhielt schweinefleischfreie Kost in Form von vegetarischen Gerichten. Zur morgendlichen Grundpflege wurde mit Hilfe einer Kanne – dies sollte der Aufforderung sich unter fließendem Wasser zu waschen nachkommen – durchgeführt, was nur unter lautem Protest von Frau Yousefi vonstatten ging. Auch wurden alle relevanten Entscheidungen mit dem älteren Sohn von Frau Yousefi besprochen. Dieser konnte jedoch aufgrund der Entfernungen nur sporadisch anwesend sein und so blieben viele Fragen unbeantwortet. In den täglichen Übergaben wurde das Verhalten der Patientin thematisiert und nicht selten brachten Pflegende ihren Unmut über die fehlende Honorierung Frau Yousefis zu der spezifischen Pflege zum Ausdruck.

Praktische Probleme
bei der Übernahme der
Theorie Leiningers
in die Praxis

Verschiedene Autoren (Bruni 1988; Habermann 1997; Visser & de Jong 1999; Zielke Nadkarni 1997) weisen auf die Probleme einer unreflektierten Übernahme der Theorie von Leininger hin: Bruni (1988) macht in ihrem Artikel „A critical analysis of transcultural nursing“ z.B. auf die Gefahr aufmerksam, dass die Theorie der transkulturellen Pflege, bei der

Kritikpunkte an der
Theorie Leiningers

³Die „native`s point of view“, die Kenntnis aus der Sicht des Menschen oder Patienten steht zentral und wird mittels eines Tiefeninterviews herausgearbeitet.

Umsetzung in die Praxis eine ethnozentristische Pflege noch verstärken wird. Wenn die Kultur des „anderen“ als „blueprint“ für sein Verhalten gesehen wird, kann der Einfluss anderer Faktoren und deren Beziehungen zum normativen System nicht analysiert werden (Habermann 1997; Visser & de Jong 1999; Zielke Nadkarni 1997). Habermanns Kritik richtet sich darüber hinaus vor allem auf die die Gesellschaft einteilenden Kategorien. Die Trennung zwischen „innen“ und „außen“, zwischen dem „wir“ und dem „anderen“ schließt den anderen aus. Diese „kulturelle Differenz“ beinhaltet dann keine Hilfestellung mehr für den Fremden, sondern eine Betonung der Andersartigkeit und damit seine weitere Ausgrenzung (Habermann 1997). Beccum (1995) spricht in diesem Fall auch von einer „Minorisierung“ der ausländischen Klienten.

Orr et al. (1995) betonen, dass in der Erklärung der Kultur des Patienten es wichtig sei „not to rely on ethnic stereotypes. Expecting all persons of a similar ethnic group to believe and act in the same and predictable fashion is inherently disrespectful and simplistic“ (Orr et al. 1995:162). Und diese Stereotypen, die Teil eines Rassismus sein können, können auch im Rahmen einer Fortbildung zur transkulturellen Pflege weder vermieden noch gelöst werden. Kleinman (1988) vermutet, dass durch die Vermittlung ausschließlich von Kulturkenntnis die „Macht“ der Pflegenden erhöht wird, was wiederum zu einer Vergrößerung der Distanz zwischen Pflegenden und Patienten führt.

Und van Dijk geht in seiner Argumentation sogar so weit, dass er die Probleme, die Pflegende in der Zusammenarbeit mit ausländischen Patienten angeben – wie beispielsweise Kommunikations-schwierigkeiten – als „Alibifunktion“ (van Dijk 1998) ansieht, da sie von dem eigentlichen Problem der Pflegenden ablenken. In der aktuellen Diskussion wird derzeit das Modell des Ethnologen und Psychiaters Kleinmans favorisiert (Domenig 2001; Zielke-Nadkarni 2001), der davon ausgeht, dass sich in einer Gesellschaft alle Aktivitäten zur Gesundheitsversorgung wechselseitig bedingen. Voraussetzung für das Verstehen seiner Theorie ist die von Kleinman gewählte Unterscheidung von „sickness“, „disease“ und „illness“. Während mit dem Begriff „sickness“ die Krankheit als natürliches Phänomen im sozialpolitischen Kontext definiert wird, beinhaltet „illness“ die subjektive Perspektive des Patienten im historisch-kulturellen Kontext – wie nehme ich meine Erkrankung wahr. Die Bezeichnung „disease“ richtet sich dann nach der Sichtweise des Arztes, der die Krankheit mit typischen Krankheitsverläufen und charakteristischen Symptomen beschreibt. Bei dieser Unterscheidung wird auch deutlich, dass die Diagnose eines Arztes maßgeblich von der Erfahrung des Arztes, so wie des Krankenhauses als Institution beeinflusst wird.

Die Diagnose ist demzufolge im medizinischen Sinn objektiv – die Ergebnisse beruhen auf Labor-, Röntgenuntersuchungen usw. – ahistorisch und betrachtet das Individuum nur von außen ohne Rücksicht auf dessen Wahrnehmung (illness).

Pflegende, so die dänische Ethnologin Samuelson (1991) befinden sich dann in einer doppeldeutigen Position zwischen der Perspektive des Arztes (disease) und der des Patienten (illness). In einer in Dänemark durchgeführten Studie zur Therapie von Krebspatienten fand sie heraus, dass Pflegende sich eher auf der Seite des Patienten sähen und durch die

Gefahr der Stereotypenbildung und der weiteren Ausgrenzung von Minderheiten

Kommunikations-schwierigkeiten als Alibifunktion Pflegender

„Sickness“, „disease“ und „illness“; drei Wörter für eine Krankheit?

Wer fragt wann wen im Falle einer Krankheit? - das Gesundheitssystem

Integration von psycho-sozialen Aspekten den Patienten in seiner ganzen Persönlichkeit wahrnehmen. Da sie innerhalb der hierarchischen Strukturen eines Krankenhauses jedoch unterhalb der Mediziner stünden, wird ihre holistische Auffassung weniger ernst genommen, als die biomedizinische der Ärzte.

Zentral in der Theorie Kleinmans steht auch die Unterteilung des Gesundheitssystems in "popular sector", "professional sector" und "folk sector". Der Kranke sucht zunächst Rat innerhalb des "popular sectors". Zugrunde liegen dabei seine eigene Kenntnis, sowie die von Familie, Nachbarn und Freunden. Der "professional sector" setzt sich aus den so genannten Anhängern der Biomedizin zusammen, während der "folk sector" neben den Vertretern der Volksmedizin auch religiöse und sakrale Aspekte berücksichtigt. Die Übernahme der Überlegungen von Kleinman hätten für die alltägliche Pflegepraxis natürlich ihre Konsequenzen, so auch in dem Fall von Frau Yousefi:

Bei Frau Yousefi wurde vor einigen Jahren ein Ovarialcarcinom diagnostiziert. Bei der Operation, die nach Ansicht der Ärzte viel zu spät durchgeführt wurde – Frau Yousefi hatte sich zunächst von einem Hodja (Heilkundiger) behandeln lassen – entfernte man den Tumor und führte eine Chemotherapie durch. Bei der Entlassung der Patientin aus dem Krankenhaus waren die Ärzte jedoch erstaunt, dass es Frau Yousefi nach wie vor sehr schlecht ging und sie über andauernde Müdigkeit und mangelnden Appetit klagte. In den routinemäßigen Untersuchungen konnte jedoch nichts Pathologisches gefunden werden. Der behandelnde Arzt hoffte, dass sich der Zustand der Patientin zu Hause stabilisieren würde und äußerte gegenüber seinen Kollegen, dass es sich bei Frau Yousefi um eine sehr wehleidige Patientin handele.

Literatur:

Artikel:

Beccum, D. (1995). Migratie als transitie: de liminele kwetsbaarheid van migranten en implicaties voor de hulpverlening. In: Jong, J. de en Berg, M. van der (eds) *Transculturele psychiatrie en psychotherapie*. Lisse: Swets en Zeitlinger publishers

Bruni, A. (1988): A critical analysis of Transcultural Theory. In: *The Australian Journal of advanced nursing* 5(3): 26-31

Dijk, R. van (1998). Culture as excuse-the failure of healthcare to migrants in the Netherlands. In: Geest, S. van der and Rienks, A. (eds.) *The art of medical anthropology – Readings*. Amsterdam: Het Spinhuis Publishers

Habermann, M. (1992). Viel Schmerz oder das mamma-mia syndrom. In: *Pflege* 5(1): 34-40

(1997). Vom Umgang mit dem Fremden - Der Beitrag der Ethnologie zur Pflege. In: Uzarewicz, C. & Piechotta, (Hg): *Curare Sonderband Transkulturelle Pflege*. Berlin: VWB: 53-62

Orr, R. & Marshall, P. & Osborn, J. (1995). Cross Cultural Considerations in Clinical Ethics Consultation in *American medical association* (4): 159-

Literatur

Orque, D.E. (1983). Orques ethnic/cultural system: a framework for ethnic nursing care. In: Orque M.S. & Bloch B. & A. L.S. *Ethic Nursing Care - A multicultural approach*. St. Louis: Mosby

Schnepp, W. (1997) Zum Zusammenhang von Kultur und pflegekundiger Ausbildung. In: *Pflegepädagogik* (5)
 Visser, M. & Jong, A. de (1999). *Cultuur en zorg: Een interculturele benadering van zorg in de verpleging*. Bussum: Uitgeverij Coutinho

Zielke-Nadkarni, A. (1997). Theoretische Grundlagen der interkulturellen Pflege. In: Uzarewicz, C. & Piechotta (Hg): *Curare Sonderband Transkulturelle Pflege*. Berlin: VWB: 99-114
 (1996). Reden fördert die Integration und das Verständnis. In: *Pflegezeitschrift*. (12): 791-93
 (2001) Gesundheits- und Krankheitskonzepte. In: Domenig, D. (ed) *Professionelle transkulturelle Pflege*. Bern: Hans Huber Verlag

Bücher:

Domenig, D. (2001). Einführung in die transkulturelle Pflege. In: Domenig, D. (ed) *Professionelle transkulturelle Pflege*. Bern: Hans Huber Verlag

Kleinman, A. (1988). *Rethinking psychiatry – from cultural category to personal experience*. New York: The free press
 (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berley

Leininger, M. (1970). *Nursing and anthropology: Two worlds to blend*. New York: John Wiley
 (1978). *Transcultural Nursing; Concepts, Theories and Practices*. New York: John Wiley & Sons
 (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. New York: National league for nursing press
 (1994). *Transcultural Nursing - Concepts, Theories and Practices*. Ohio: Gryden Press
 (1998). *Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege*. Freiburg: Lambertus

Leininger M. & Alban S. & Reynolds C.L. (1999). *Multikulturelle Pflege*. München: Urban & Fischer

Samuelson, H. (1991). Nurses between disease and illness. In: Holden, P. & Littlewood, J. (eds.) (1991). *Anthropology and nursing*. London: Routledge

4. „Wie pflege ich denn nun Frau Yousefi?“ – interkulturelle Kompetenz in der Pflege: Praktische Hilfestellungen?

Einleitend ist festzustellen, dass entsprechend der sich ändernden Zusammensetzung der Bevölkerung in Deutschland während der letzten Jahre auch die Literatur zum Thema „Pflege türkischer, respektive

Der Erwerb pflegerischer Kompetenzen im Umgang mit Patienten mit einem Migrationshintergrund

muslimischer Klienten“ beachtenswert an Bedeutung zugenommen hat und heute eine markante Stellung einnimmt. Es gibt also hinreichend Möglichkeiten, sich die erforderliche interkulturelle Kompetenz in der Pflege zu erwerben. In diesem Zusammenhang sollte aber auch darauf hingewiesen werden, dass Pflegenden nie davon ausgehen können, in der Praxis „den türkischen Patienten“ vorfinden zu können. Den Ratgeber zur Pflege muslimischer Patienten wird es genauso wenig geben können, wie den zur Pflege deutscher.

Die Schwierigkeit der Mitarbeiter des Pflegeheims mit Frau Yousefi lag letztendlich in der Anwendung des in den Fortbildungen erlernten Wissens. Entsprechend der als selbstverständlich angenommenen Unterschiede hinsichtlich Herkunft, Bildung oder Religion unter deutschen Mitbürgern – der Hafenarbeiter aus Hamburg könnte in einem Pflegeheim andere Bedürfnisse verbalisieren als der Universitätsdozent aus der Innenstadt – müssen diese auch ausländischen Mitbürgern zugestanden werden. So ist Frau Yousefi aus unserem Fallbeispiel eine Frau, die täglich ihren Gebeten nachgeht, sich aber nicht unter fließendem Wasser wäscht. Auch empfindet sie ihre Tochter als adäquaten Gesprächspartner für die Vertretung ihrer Bedürfnisse gegenüber den Pflegenden. Das Essen stellt für Frau Yousefi ein besonderes Problem dar. Die vegetarische Kost als Alternative zur schweinefleischfreien Kost ist für sie keine Lösung.

Während Becker et al. (1998) und Mutawaly (1996) sich insbesondere mit den Aktivitäten des täglichen Lebens von Muslimen ohne Berücksichtigung anderer sozio-politischen Einflüsse auseinandersetzen, geben die Autoren des lutherischen Kirchenamtes und der Ethnologe Wirsing einen allgemeinen Überblick über den Islam beziehungsweise eine exemplarische Darstellung der Bevölkerung eines südanatolischen Dorfes unter besonderer Berücksichtigung des dort gängigen Gesundheits- und Krankheitsverständnisses.

Albrecht (1999), Pöchhacker (1997) und der Niederländer Straetemann (1998) setzten sich mit der Kommunikation zwischen Pflegenden und Nichtdeutschsprachigen bzw. Nichtniederländisch-sprachigen Klienten auseinander. Dabei wird sowohl auf die allgemeine Problematik der Zuhilfenahme von nicht professionell ausgebildeten Dolmetschern eingegangen als auch auf die möglichen Kommunikationsschwierigkeiten auf der verbalen und non-verbalen Ebene zwischen Pflegenden und ausländischen Klienten.

Kellnhauser & Schewior-Popp (1999) greifen die verschiedenen Problemfelder wie Kommunikation, Fremdheit, Kultur und Pflege, auf und stellen diverse Lösungsansätze in Form von übersetzten und erweiterten Anamnesebögen, Piktogrammen und Übersetzungstabellen vor.

Leininger et al. (1999) haben die aus den Untersuchungen gewonnenen Ergebnisse (s. Kapitel 2) in einem Handbuch zusammengefasst und stichwortartig ihre Erkenntnisse (50 Länder sind in diesem Katalog aufgenommen) hinsichtlich Gesundheit und Krankheit, sowie der sozialen Elemente des Lebens (Kommunikation usw.) und körperliche Elemente des Lebens des entsprechenden Landes wiedergegeben.

Das Buch „Culture, health and illness“ des Briten Helman ist eine Einführung in die Thematik Gesundheit und Krankheit unter besonderer Berücksichtigung der Kultur. Am Beispiel verschiedener kultureller, sozialer und ethnischer Gruppen werden mögliche Ursachen von

Überblick über den
Islam

Kommunikation

Gesundheit und
Krank-
heit im Spiegel ver-
schiedener Länder

Gesundheit und Krankheit, verschiedene Therapien und Heilertypen vorgestellt. Darüber hinaus wird der Zusammenhang zwischen den diversen Auffassungen zu Gesundheit und Krankheit und deren therapeutische Praktiken in Bezug auf eine bestimmte Erkrankung dargestellt. Fallbeispiele aus der Soziologie und Medizin verdeutlichen die klinische Bedeutung dieser verschiedenen Faktoren.

In „Ritual und Heilung“ von Pfeleiderer, Greifeld & Biechmann liegt das Schwergewicht ihrer Recherchen auf Südamerika, Afrika und Südasiens. Neben der Vorstellung von uns eher unbekanntem Krankheiten und Heilertypen sind die beiden letzten Kapitel einer kritischen Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Gesundheitssystemen sowie der Frage nach der kulturellen Konstruktion medizinischen Tuns und Wissens gewidmet.

Literatur:

Literatur

Artikel:

Albrecht, N.-J. (1999). Sprach- und Kulturmittlung. In: *Erfahrungen und Modelle erfolgreichen Arbeitens mit MigrantInnen im Gesundheits- und Sozialwesen*. Loccum: Loccumer Protokolle 34

Brink, P. (1999). Transcultural versus cross-cultural. In: *Journal of transcultural nursing* Vol 10 (1)

Gätschenberger, G. (1993). Transkulturelle Pflege - eine Herausforderung? In: *die Schwester/der Pfleger* (32): 295-300

Giger, J.N. & Davidhizar, R. (1990). Transcultural nursing assessment: A method for advancing nursing practice. In: *International nursing reviews*. 37(1): 199-202

Bücher:

afw – Arbeitszentrum Fort- und Weiterbildung Elisabethenstift Darmstadt (Hg) (1998). *Angeworben, Hiergeblieben, Altgeworden – Praxisfeld interkulturelle Altenpflege*.

Arbeiter Samariter Bund (o.J.). *Merhaba! Guten Tag! Ambulanter Pflegedienst für ältere türkische Migranten in Hamburg*. Hamburg: Eigenverlag

Becker, S. et al. (1998). *Muslimische Patienten - ein Leitfadens zur interkulturellen Verständigung in Krankenhaus und Praxis*. Berlin: Zuckerschwertverlag

Bureau Voorlichting Gezondheidszorg (1997). *Zorg aan Buitenl'anders? Deel van mijn vak*. Den Haag: Helton van Haeringen & Koninklijke Drukkerij De Swart

Domenig, D. (Hg) (2001). *Professionelle transkulturelle Pflege*. Bern: Hans Huber Verlag

Ertl, A. (1998). *Arbeitshilfe: Angeworben, hiergeblieben, altgeworden*. NOW Projekt. Darmstadt: Druckwerkstatt Kollektiv GmbH

Helman, C. (1995). *Culture, health and illness*. Oxford: Butterworth-Heinemann (Erstausgabe 1984)

Kellnhäuser, E. & Schewior-Popp S. (1999). *Ausländische Patienten besser verstehen*. Stuttgart: Thieme Verlag

Leininger M. & Alban S. & Reynolds C.L. (1999). *Multikulturelle Pflege*. München: Urban & Fischer

Lutherisches Kirchenamt der vereinigten Evangelisch - Lutherischen Kirche (eds.) (1991). *Was jeder vom Islam wissen muss*. Gütersloh: Gütersloher Taschenbücher

Mutawaly, S. al (1996). *Menschen islamischen Glaubens individuell pflegen*. Hagen: Brigitte Kunz Verlag

Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege (Hg.) (1998). *Dokumentation der Fachtagung: Alter und Krankheit in der Fremde*. Eigenverlag

Pfleiderer, B. & Greifeld, K. & Biechmann, W. (1995). *Ritual und Heilung*. Berlin: Dietrich Reimer Verlag

Pöchlhacker, F. (1997). Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheitseinrichtungen. In: *Dokumentation der Stadt Wien*. Wien: Band 12, Eigenverlag

Straetemans, H. & de Muynck (ed.) (1998). *Interculturele communicatie in de gezondheidszorg*. acco

Wirsing, R. (1992). *Gesundheits- und Krankheitsverhalten und seine kulturelle Einbettung in einer Kleinstadt im Südosten der Türkei*. Böhlau Verlag

5. „Die Institutionen in der Altenpflege als Abbild der dort ansässigen Bevölkerung“ – der Prozess der „interculturalisatie“.

Der Prozess der „interculturalisatie“ bezeichnet im Niederländischen den Prozess der Anpassung der Institutionen innerhalb des Gesundheitssystems an die unterschiedlichen Bedürfnisse ihrer Klienten. Im folgenden wird exemplarisch auf einige Beispiele innerhalb dieses Prozess unter Berücksichtigung anderer internationaler Entwicklungen eingegangen. Zur

Der Prozess der „interculturalisatie“
--

Sprache kommen dabei auch Entwicklungen und Forderungen innerhalb der Institutionen des deutschen Gesundheitssystems. Der Prozess der „interculturalisatie“ ließe sich im Deutschen am ehesten mit dem Begriff der kulturellen Öffnung bezeichnen. .

(a)Die biographische Pflege

In den vorangegangenen Kapiteln wurde versucht, deutlich zu machen, dass es in der Betreuung ausländischer Mitbürger nicht um die Entwicklung von Standards zur Pflege türkischer Patienten geht, die im Verlauf der Pflege auf den Patienten angewendet werden. Auf diese Weise werden nämlich nicht nur die Machtdifferenz zwischen Pflegenden und Klienten, sondern auch die bereits vorhandenen Stereotypen über verschiedene ethnische, kulturelle und soziale Gruppen verstärkt (Philipp 1986; Torkington 1986). Die erfolgreiche Zusammenarbeit mit Klienten aus unterschiedlichen sozialen und ethnischen Gruppen hängt maßgeblich von der einzelnen Pflegekraft, ihrer Offenheit und Sensibilität für eventuelle Probleme des Klienten ab (Littlewood 1992). Vor allem in der langzeitlichen Betreuung der Klienten in den Institutionen der Altenpflege ist es wichtig zu verstehen, wie der Klient sich zunächst selbst erfährt, seine Krankheit oder seinen Alterungsprozess wahrnimmt – also ihm die Authentizität als Person, als Individuum zu ermöglichen. Die Herausgeber des Buches „Lieber eine Knoblauchsuppe zuhause als ein Kaninchen im Altenheim“ sprechen in diesem Zusammenhang auch von einer biographischen Pflege. Auf das Fallbeispiel von Frau Yousefi angewendet könnte diese Erfahrung folgende Konsequenzen für ihre Pflege zur Folge haben:

Die biographische
Pflege

Nachdem die Mitarbeiter des Pflegeheims im Bereich der Pflege ausländischer Patienten unter Berücksichtigung des autobiographischen Arbeitens erneut geschult worden waren, entschließen sich die Pflegenden auf der Station ein Gespräch mit Frau Yousefi und deren Tochter durchzuführen, in dem zunächst auf die Autobiographie der Klientin eingegangen wird. Im Verlauf des Dialogs wird deutlich, dass Frau Yousefi während ihres ganzen Lebens stets darauf gehofft hatte, noch einmal in die Türkei zurückkehren zu können. Spätestens mit der Aufnahme in das Krankenhaus und anschließend in das Pflegeheim wird ihr schmerzlich bewusst, dass sich dieser Wunsch nicht mehr realisieren lässt. Sie gibt sich dann letztendlich selbst auf. Jegliche Eigenaktivität erscheint ihr seit dem als sinnlos, ihre Gebet beinhalten den Wunsch nach erträglichen Schmerzen, die sich nach ihren eigenen Angaben über den ganzen Körper erstrecken.

Das Anamnesegespräch
mit Frau Yousefi

Die Amerikaner Kleinman & Kleinman (1998) fordern innerhalb der Zusammenarbeit mit Menschen aus anderen Kulturen und Ethnien eine Ethnographie der interpersonellen Erfahrung. Diese Form des aufeinander Zugehens wäre auch für die Mitarbeiter des medizinischen Sektors in ihrem Umgang mit Migranten möglich. Wenn Pflegenden Migranten im Anamnesegespräch zuhören und erfahren was es für sie bedeutet, Kultur, Familie und Freunde zu verlieren, könnten sie schließlich ein Gefühl dafür entwickeln, die richtigen Fragen zu stellen, um etwas über die persönlichen Bedürfnisse des Patienten zu erfahren.

(b) Die positive kulturelle Einstellung der Pflegenden

Der Erwerb einer
kulturellen Haltung

Endt-Mijling (1999) geht in seinem Handbuch „Met nieuwe ogen; werkboek voor de ontwikkeling van een transculturele attitude“ ebenfalls von einer transkulturellen Haltung der professionellen Mitarbeiter im Dienstleistungsgewerbe, Gesundheitswesen und Wirtschaft aus. Es ist seiner Ansicht nach wichtig, gerade die Mitmenschen, mit denen man tagtäglich zu tun hat mit „neuen Augen“ zu sehen, da sie in der Regel „andere“ Werte kennen und „andere“ Normen anerkennen. Nicht das Wissen über „andere“ kulturelle Elemente ist gefragt, sondern es geht vielmehr um die kulturelle Haltung des Einzelnen. Und diese kulturelle Haltung wird nicht von den Mitarbeitern einer Station in einem bestimmten Pflegeheim, sondern von allen Mitarbeitern in den Institutionen des Gesundheitswesens erwartet. So fordert Gumbrecht das Management eines Krankenhauses auf, ausländischen Patienten eine gewisse Infrastruktur zur Verfügung zu stellen, wie z.B. die Bereitstellung von besonderer Verpflegung, Fernsehen mit Empfangsmöglichkeit ausländischer Programme und gegebenenfalls einem Dolmetscher-Service (Gumbrecht 1999). Auf diese Weise sollte es möglich sein, einen nicht unerheblichen Teil der Probleme, mit denen Pflegende auf den Stationen tagtäglich konfrontiert werden (Kommunikation, Misstrauen in das Essen, Einsamkeit der Klienten) zu lösen (Kuckert 2001).

Die Britin Dobson (1991) spricht in diesem Zusammenhang auch von einer „transcultural empathy“, dem sich Einfühlen in die Bedürfnisse und Belange von Menschen mit einem Migrationshintergrund. Zentral steht dabei ihrer Meinung nach die aus der Ethnologie übernommene Forschungsmethode des ethnographischen Arbeitens. Sie fordert daher von Pflegenden als Praktizierende in interkulturellen Pflege-Klient-Dialog die ständige Suche nach Informationen (durch Befragung der Klienten) die auf ihre tägliche Arbeit von Einfluss sein können. Das setzt letztendlich aber auch die Auseinandersetzung der Pflegenden mit ihrer eigenen ethnischen Identität voraus und in wie weit dadurch ihr eigenes Handeln beeinflusst wird.

Das beinhaltet auch ein sich Bewusstmachen der eigenen Vorstellungen zu dem Prozess des Alterns, bevor die uns oft „fremde“ und „unbekannte“ Wahrnehmung anderer verständlich wird.

„Wir können zunächst nur das sehen, was uns in unserem Leben bekannt ist. Um ein von unseren Vorurteilen unabhängiges Verständnis des Fremden zu erlangen, müssen wir erst lernen, unsere eigenen Bilder vom Alter zu erkennen, damit wir in den Anderen nicht nur uns selbst gespiegelt sehen (Dracklé 1998:1)“

(c) Die Herausforderung des Altenheims als Institution in der Versorgung von Migranten

In einem niederländischen Pflegeheim versucht man seit einem Jahrzehnt den veränderten Bedürfnissen der Niederländer gerecht zu werden. So wird beispielsweise bei der Aufnahme der Klienten auch mit den Angehörigen – gegebenenfalls unter Hinzuziehung eines professionell ausgebildeten Dolmetschers – ein autobiographisches Interview zur Erfassung der persönlichen Lebensgeschichte, des Pflegebedürfniss und eventueller Ressourcen des Klienten geführt. Die Ernährung wird ebenfalls auf die verschiedenen Bedürfnisse der Heimbewohner ausgerichtet (schweinefleischfrei, chinesisches, surinamisches ect.) und der Gebetsraum läßt sich durch

Anforderungen an die Institutionen der Altenpflege
--

geringe räumliche Veränderungen den verschiedenen Regeln und Gebräuchen der einzelnen Religionen (Christentum, Islam, Hinduismus etc.) anpassen. Berücksichtigt werden in diesem Pflegeheim auch die verschiedenen Fest- und Feiertage (Ramadan, Weihnachten, Sinta Claas etc.). Das Team auf den einzelnen Stationen entspricht in seiner Zusammensetzung der der Heimbewohner. Auf diese Weise lassen sich Schwierigkeiten innerhalb der Kommunikation an Ort und Stelle lösen, vor allem auch dann, wenn es um das Verdeutlichen gewisser Rituale oder um kulturell bedingter Gewohnheiten des Patienten gegenüber Kollegen geht (Booij 2001).

Die Britten Littlewood & Lipsedge weisen in ihrem Buch „alien and alienists“ ebenfalls auf eine Unterrepräsentation ethnischer Minderheiten innerhalb verschiedener Berufsgruppen in den Institutionen des Gesundheitssystems hin, vor allem dann, wenn es sich um die so genannten „Machtpositionen“ handelt. Dem gegenüber steht eine überdurchschnittliche Präsenz ethnischer Minderheiten innerhalb der psychiatrischen Einrichtungen ohne Berücksichtigung ihres sozialen Kontexts oder anderer, die Krankheit durchaus beeinflussende wirtschaftlicher Faktoren. Die Beschreibung dieser Tatsachen beinhaltet auch einen Aufruf an die Politik, sich mit den Ungleichmäßigkeiten auseinander zu setzen und die nötigen Konsequenzen zu ziehen.

(d) Die Herausforderung der Politik

Die Zunahme der ausländischen Bevölkerung in Deutschland beeinflusst – wie zu erwarten – in zunehmende Maße den Gesundheitsbereich. In der deutschen Bevölkerung, die heute zweifelsohne ebenfalls als multikulturell anzusehen ist, sind natürlich auch die medizinischen Bedürfnisse unterschiedlich. Eine Missachtung dieser Bedürfnisse wird sich an mit Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit negativ auf die Zugänglichkeit, die Qualität und die Effektivität der Medizin für die ausländischen Patienten auswirken. Um vor allem als Krankenhaus adäquat auf die Bedürfnisse ausländischer Patienten reagieren zu können, ist es notwendig sich vor allem der Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverhalten bewusst zu werden, wie noch einmal an dem Beispiel von Frau Yousefi verdeutlicht wird.

Notwendige politische Veränderungen

Die Tochter von Frau Yousefi hatte durch Zufall auf ihrer Dienststelle von der Einrichtung des Pflegeheims gehört und sich dann mit ihrer Krankenversicherung über eine Aufnahme ihrer Mutter auseinander gesetzt. Weder die Möglichkeit einer Pflegeversicherung oder andere Einrichtungen zur Betreuung von Senioren (Essen auf Rädern) waren ihr bekannt. Auch im Krankenhaus wurde sie nicht auf diese Einrichtungen aufmerksam gemacht. Ihre Mutter hatte wohl mal etwas von einer Frau erzählt, die verschiedene Informationsblätter mitgebracht hatte, aber durch die unzureichenden Deutschkenntnisse der Mutter war eine Kommunikation nicht möglich.

Van Dijk u.a. (2000) fordern darüber hinaus, dass sich nicht nur das Management diverser Gesundheitsinstitutionen auf die Bedürfnisse ausländischer Patienten einstellen muss, sondern auch die Politik und Versicherungen. Von ihnen muss der Impuls ausgehen, um die Bedingungen für eine adäquate Pflege der Migranten zu garantieren. So sind auch die

Politiker (siehe auch Raad voor de Volksgezondheid 2000) gefordert, Sorge zu tragen, dass allen, die auf öffentliche Hilfe angewiesen sind, der gleiche Zugang und Gebrauch des Gesundheitssystems garantiert wird. Darüber hinaus müssen Versicherungen die diversen Gesundheitsinstitutionen zu einer am Klienten orientierten Politik motivieren.

In der Zukunft könnte das für Senioren wie Frau Yousefi bedeuten, dass sie bereits im Krankenhaus durch Faltblätter in türkischer Sprache auf das Angebot der ambulanten Seniorenbetreuung, der Pflegeversicherung und anderen Einrichtungen aufmerksam gemacht wird. In weiteren Gesprächen mit der Sozialarbeiterin und einem Dolmetscher kann eine, auf Frau Yousefis Bedürfnisse zugeschnittene Pflege abgesprochen und organisiert werden. Durch eine Kontaktaufnahme mit der ansässigen türkischen Gemeinde in der Stadt der Tochter findet Frau Yousefi Anschluss an andere türkische Senioren.

Frau Yousefis
Integration
in das türkische
Gemeindeleben

Literatur:

Artikel:

Booij, J. (03.04.2001). Symposium: Nieuwe grenzen in de zorg. VU Amsterdam, Stichting Sympoz

Dijk, R. van et al.. (2000). Beleid – Interculturele geestelijke gezondheidszorg in de XXIe eeuw. Een manifest. In: *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2 (55): 134-144

Gumbrich, G. (1999). Der ausländische Patient im deutschen Krankenhaus. In: *f&w*. 2

Kleinman, A. & Kleinman, J. (1998). Suffering and its professional transformation. Towards an ethnography of interpersonal experience. In: Geest, S. van der and Rienks, A. (eds.) *The art of medical anthropology – Readings*. Amsterdam: Het Spinhuis Publishers

Kuckert, A. (i.D. 2001). „Türkische Patienten haben immer viel Besuch und sind sehr wehleidig!“ - Die Vermittlung von Kulturkenntnis als Lösungsstrategie zur Überbrückung der Probleme zwischen Pflegenden und ausländischen Patienten – eine kritische Analyse. In: *Curare* 24(1)

Littlewood, R. (1992). Introduction. In: Kareem, J. & Littlewood, R. *Intercultural therapy*. Oxford etc: Blackwell Scientific Publications

Pförtner-Hüttner, E. (1999). Wie wichtig sind die kulturellen Unterschiede? In: *Pflegezeitschrift* (1): 59-61

Philipp, E. (1986). Racial tension and the medical practitioner. In: *New Zealand Medical Journal* (99): 854-856

Torkington, P. (1986). I'm not racist, but ... In: *Nursing times* 26(1986): 50-51

Literatur

Bücher:

afw - Arbeitszentrum Fort- und Weiterbildung Elisabethenstift Darmstadt (Hg.) (2000). *Lieber eine Knoblauchsuppe zuhause als ein Kaninchen im Altenheim.*

Dobson, S.M. (1991). *Transcultural nursing*. London: Scutari Press

Dracklé, D. (Hg.) (1998). *Alt und zahm? Alter und Älterwerden in unterschiedlichen Kulturen*. Berlin: Reimers Verlag

Endt-Mijling, M. van (1999). *Met nieuwe ogen; werkboek voor de ontwikkeling van een transculturele attitude*. Bossum: Continho

Holden, P. & Littlewood, J. (eds.) (1991). *Anthropology and nursing*. London: Routledge

Littlewood, R. & Lipsedge, M. (1989). *Aliens and alienists*. London: Unwin Hyman (2te Auflage)

Raad voor de Volksgezondheid (2000). *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*. Zoetermeer

(6.Projekte: in Bearbeitung)