



Migration

Universität Augsburg
Europäische Ethnologie / Volkskunde

Liebe Freunde der Volkskunde!

Wenn, wie heuer in Augsburg mit Sabine Doering-Manteuffel, eine Volkskundlerin an die Spitze einer Universität gewählt wird, dann darf dies allemal auch in der Chronik des Faches als herausragendes Ereignis vermerkt werden. Zunächst freilich an die Adresse der neuen Präsidentin: Herzliche Glückwünsche für das Amt! Über das Persönliche hinaus gibt diese Wahl hinlänglich Anlass zur Freude für die gesamte hiesige Europäische Ethnologie/Volkskunde. Sie zeigt mit Verve, dass unser Fach eben nicht nur die randständige Nischenexistenz einer liebenswerten Disziplin führt, sondern durchaus das Große und Ganze der Universität zu repräsentieren vermag. So ist dieses Ereignis in jedem Fall auch ein Zeichen der Anerkennung für das volkskundliche Engagement der vergangenen Jahre.

Mit dem Wechsel Sabine Doering-Manteuffels vom umtriebigen Lehrstuhl ins Präsidentinnenbüro ergeben sich einige Veränderungen. Bis auf weiteres wird die Professur von Friedemann Schmoll vertreten. Schon seit einigen Jahren vertraut mit der Augsburger Volkskunde, freue ich mich auf die Aufgabe – Lehre und Forschung natürlich, aber auch die Zusammenarbeit mit den Volkskundemilieus jenseits des Universitätscampus. In Zeiten des Wandels sollen Bewährtes und Neues fein ausbalanciert werden. Wie im letzten Heft begonnen, wollen die Augsburger Volkskundlichen Nachrichten weiterhin Schwerpunkte und Akzente volkskundlicher Arbeit bündeln und Einblicke in den Augsburger Lehr- und Forschungsbetrieb eröffnen. Für dieses Mal legen wir einige Beobachtungen und Überlegungen zum großen Thema „Migration“ vor.

Herzlich grüßt



Friedemann Schmoll

Herausgeber

Prof. Dr. Friedemann Schmoll

Redaktion und Layout

Marion Einsiedler, Foteine König; Lena Griebhammer

Titelfoto

Veronika Winter

Anschrift der Redaktion

Europäische Ethnologie/Volkskunde

Universität Augsburg - Universitätsstraße 10 - 86135 Augsburg

Tel.: 0821/598-5482 - Fax: 0821/598-5501

E-mail: volkskunde@phil.uni-augsburg.de

Die Augsburger Volkskunde im Internet

<http://www.philhist.uni-augsburg.de/lehrstuehle/volkskunde/>

Druck

Verlag T. Lindemann - Stiftstraße 49 - 63075 Offenbach

ISSN 0948-4299

Die Augsburger Volkskundlichen Nachrichten erscheinen im Selbstverlag. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Datenträger sowie Fotos übernehmen die Redaktion bzw. der Herausgeber keinerlei Haftung. Die Zustimmung zum Abdruck wird vorausgesetzt. Eine Haftung für die Richtigkeit der Veröffentlichungen kann trotz sorgfältiger Prüfung der Redaktion von des Herausgebers nicht übernommen werden. Die gewerbliche Nutzung ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers zulässig. Das Urheberrecht für veröffentlichte Manuskripte liegt ausschließlich beim Herausgeber. Nachdruck sowie Vervielfältigung, auch auszugsweise, oder sonstige Verwertung von Texten nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers. Namentlich gekennzeichnete Texte geben nicht in jedem Fall die Meinung des Herausgebers oder der Redaktion wieder.

Impressum	2
Aufsätze	
„This type of food is not my selection“ Ernährung, Identität und das Asylbewerberleistungsgesetz <i>von Veronika Winter</i>	4
Kulturelle und religiöse Verständigung in einer Welt der Vielfalt Theoretischer Rahmen <i>von Christiane Lember</i>	33
Kultursensible Altenpflege Eine (neue) Herausforderung für die Altenpflege? <i>von Marlene Herrmann</i>	70
Berichte	94
Rezensionen	106
Veranstaltungen	114

Kultursensible Altenpflege

Eine (neue) Herausforderung für die Altenpflege?

von *Marlene Herrmann*

In Deutschland leben immer mehr Menschen mit Migrationshintergrund, die unterschiedliche kulturelle und religiöse Bedürfnisse haben. Doch das Gesundheitssystem mit seinen Institutionen hat sich noch nicht auf die veränderte Bevölkerungssituation eingestellt. Es ist jedoch wichtig, dass die Anforderungen der Multikulturalität angenommen werden, denn vom ethischen Ansatz ausgehend kennt Medizin und damit auch Pflege keine Nationalitäten¹ und gerade aus dem Zusammenhang von Medizin und Kultur wird die Notwendigkeit für eine kulturangepasste Pflege sichtbar.² Vor allem die Altenpflege hat sich dieser Problematik bisher entzogen, da MigrantInnen noch nicht als alte Menschen in Erscheinung getreten sind. Letztendlich hat die Zuwanderung unsere Gesellschaft schon nachhaltig verändert, die Pflege muss nur noch darauf reagieren.³

Seit einigen Jahren lässt sich ein beginnender Diskurswandel feststellen. So nahm sich 2008 der Berliner Gesundheitsbericht zum ersten Mal des Themas Migration an. Der Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer wies vor kurzem darauf hin, dass MigrantInnen durch das bestehende Gesundheitssystem diskriminiert werden. In der Pflege und Medizin gibt es seit einigen Jahren immer mehr Publikationen zur kultursensiblen Pflege, es werden auch immer mehr interkulturelle Trainingsprogramme angeboten. Doch trotz aller Bemühungen sind MigrantInnen noch nicht ausreichend in das Gesundheitssystem integriert.

Diese Arbeit versucht, die Problematik aufzuzeigen und Lösungsansätze vorzustellen. Nachdem die Situation der MigrantInnen in Deutschland

1Vgl. Wehkamp, 2009, S. 23.

2Vgl. Habermann, 1992, S. 34.

3Vgl. Foitzik, 2002, S. 20.

dargestellt und der Begriff kultursensible Altenpflege näher erklärt wurde, wird auf einzelne Pflegeaspekte eingegangen, wobei gesondert auf die Pflege Sterbender eingegangen wird. Denn, wie Sigrid Glockzin-Bever richtig sagt, sind die Einstellungen zu Tod und Bestattung immer kulturell vermittelt und stehen in engem Zusammenhang mit dem Wandel der Werte einer Gesellschaft.⁴

Die Situation alter MigrantInnen in Deutschland

Aufgrund der Zuwanderung und des demographischen Wandels gibt es immer mehr alte Menschen mit Migrationshintergrund. Laut Ingrid Kollak bildet die erste Generation der in den 1950er und 1960er Jahren Eingewanderten „die am schnellsten wachsende Gruppe potentieller Pflegebedürftiger.“⁵ Die erste Generation der MigrantInnen war sehr gesund, da gesundheitlich Schwache und chronisch Kranke keine Arbeitserlaubnis erhielten. Sie blieben länger als erwartet in Deutschland und viele holten ihre Familien nach. Angebote der Altenpflege wurden anfangs gar nicht in Anspruch genommen. Doch schwierige Arbeitsbedingungen wie

„Akkord- und Schichtarbeit, Überstunden [sowie] körperlich anspruchsvolle und gefahrenbelastende Tätigkeiten [lassen] heute überdurchschnittlich hohe Verschleißerscheinungen feststellen. Diese betreffen insbesondere den Bewegungs- und Stützapparat, chronische Krankheiten der Verdauungs- und Atmungsorgane und des Herz-Kreislauf-Systems; [sowie] psychosomatische und psychiatrische Erkrankungen.“⁶

Dies ist auch auf die Belastungen der Migrationssituation zurückzuführen, also Normen- und Rollenkonflikte, Identitätsprobleme, Enttäuschung, Versagensgefühle bei Nicht-Erreichen der Migrationsziele, aufenthaltsrechtliche Unsicherheiten und eine unzureichende materielle

⁴Vgl. Glockzin-Bever, , S. 313f.

⁵ Kollak, 2003, S. 52.

⁶ Ebd. S. 52.

Absicherung.⁷ In der Literatur wird in diesem Zusammenhang oft von einem „healthy-migrant-effect“⁸ gesprochen.

Im Augenblick findet eine Neuorientierung der migrierten Eltern an ihren Kindern statt, mit der Konsequenz, dass sie nicht ins Heimatland zurückkehren, sondern in Deutschland leben und sterben. Neben dem Wunsch, in der Nähe der Kinder zu bleiben, gibt Maria Dietzel-Papakyriakou auch noch finanzielle Gründe, die Hoffnung auf eine bessere gesundheitliche Versorgung, eine Entfremdung vom Herkunftsland sowie eine Eingewöhnung und Vertrautheit in Deutschland an.⁹

Infolgedessen skizziert Gerdien Jonker verschiedene Zukunftsprognosen. Es könnte entweder eine Säkularisierung stattfinden oder der Wunsch nach Wahrung der Identität könnte eine stärkere Anbindung an die Vergangenheit hervorrufen.¹⁰ Monika Paillon ist sich dagegen sicher, dass sich zumindest bei der ersten Generation von MigrantInnen traditionalistische Verhaltensweisen und Wertesysteme im Alter eher festigen werden.¹¹ Die Alten der ersten Generation haben oft hohe Erwartungen an die Familie, während die zweite Generation schon angepasster ist und diese Erwartungen nicht mehr erfüllen kann und will.¹² Dadurch entstehen in den Familien kulturelle Brüche, die althergebrachte Wertschätzung und Autorität des Alters geht verloren und die Hilfsbereitschaft in familiären Netzen sinkt.¹³ Aus diesem Grund werden immer mehr Institutionen der Altenpflege in Anspruch genommen. Entgegen gängiger Vorurteile, die alte MigrantInnen in gut funktionierenden Großfamilien einordnen, leben diese häufiger in Singlehaushalten als alte Deutsche.

Die meisten MigrantInnen sind aufgrund ihrer Ausbildung, Bildung und Herkunft in niedrige Lohnstufen eingruppiert und erhalten meist eine geringe

7 Vgl. Dietzel-Papakyriakou, 1997, S. 82.

8 Uzarewicz, 2003, S. 36.

9 Vgl. Dietzel-Papakyriakou, 1997, S. 81.

10 Vgl. Jonker, 1998, S. 142.

11 Vgl. Paillon, 2010, S. 22.

12 Vgl. Dietzel-Papakyriakou, 1997, S. 84.

13 Vgl. Koch-Straube, 2001, S. 388.

Arbeitsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Altersrente. MigrantInnen werden im Vergleich mit Deutschen früher aus dem Berufsleben ausgegliedert. Aufgrund der erschwerten Arbeitsbedingungen haben sie auch ein höheres Risiko für Frühinvalidität.¹⁴

Eine weitere Problematik stellen die Zugangsbarrieren dar. Dagmar Domenig unterscheidet dabei zwischen schichtspezifischen und migrationsspezifischen Zugangsbarrieren. Zu letzteren zählen Sprachbarrieren, gesetzliche Barrieren wie die Frage nach dem Aufenthaltsstatus, soziokulturelle Barrieren wie unterschiedliche Konzepte von Gesundheit und Krankheit und Barrieren aufgrund von Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen. Doch ist nicht nur der Zugang erschwert, sondern auch die Behandlung entspricht meist nicht den Bedürfnissen von MigrantInnen.¹⁵ Jens Friebe zählt zu den migrationsspezifischen Zugangsbarrieren auch noch ein hohes Informationsdefizit über Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten und Vorbehalte gegen die institutionelle Versorgung älterer Menschen.¹⁶ Der Blick auf ältere MigrantInnen zeigt also, dass sie „einer doppelten Benachteiligung und Ausgrenzung unterliegen: nämlich als ältere Menschen und als AusländerInnen.“¹⁷

Kultursensible Altenpflege

Aufgrund der beschriebenen Situation bedarf es einer Neuorientierung in der Pflege. Unterschiedliche Normen, Verhaltensweisen, Bedürfnisse und Erfordernisse wahrzunehmen und gleichzeitig die Grenzen des eigenen Handlungsrepertoires zu erkennen, ist eine Herausforderung an die Altenpflege. Daraus ergibt sich jedoch die Chance, auf dieser Grundlage neue Ressourcen und Pflegekonzepte zu entwickeln, wodurch sich eine für beide Seiten zufrieden stellende Pflegebeziehung entwickeln und das eigene

14 Vgl. Dietzel-Papakyriakou, 1997, S. 82.

15 Vgl. Domenig, 2001, S. 23.

16 Vgl. Friebe, 2003, S. 146.

17 Koch-Straube, 2001, S. 388.

Handeln differenziert werden kann.¹⁸ Dabei sollen die MigrantInnen nicht als spezielle Problemgruppe angesehen werden,¹⁹ von der erwartet wird, sich „in erster Linie den deutschen Verhältnissen anpassen zu müssen, sondern [die Altenpflege] als Dienstleister [sich] dem veränderten Klientel.“²⁰ Es besteht nämlich ein Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Integrationszustand, woraus sich die Dringlichkeit einer bedürfnisgerechten Versorgung ergibt. In diesem Rahmen bewegen wir uns in einem politischen Spannungsfeld, da die Versorgung im Migrationsbereich verbessert werden soll, ohne eine Kostenexplosion zu verursachen.²¹ Gudrun Zimmermann sieht außerdem das Krankenhaus als Spiegel der Gesellschaft, dies gilt auch für Alten- und Pflegeheime, damit spiegeln sich in ihnen auch einwanderungspolitische Debatten wider.²²

Es genügt auch nicht, alle einfach gleich zu behandeln, weil die Pflegehandlungen einem westlichen Begründungs- und Wertesystem verpflichtet sind, das von naturwissenschaftlich-medizinischen Grundsätzen bestimmt wird.²³ Laut Fernando Angel Cubillos haben in den Denkstrukturen einer kultursensiblen Pflege alle Menschen ein Recht auf Berücksichtigung ihres soziokulturellen Hintergrundes.²⁴

Monika Paillon sieht in einem konstruktiven Umgang mit MigrantInnen die Bereitschaft, den anderen kennenzulernen, ihm die Freiheit zu geben, anders zu sein oder sich anzunähern.²⁵

Wie schon erwähnt, hat die bundesweite Gesundheitsversorgung auf den erhöhten Pflegebedarf mit großer Verspätung reagiert. In der internationalen Fachliteratur begann die Auseinandersetzung mit diesem Thema in den 1970er Jahren, in Deutschland etwas später.

18 Vgl. Foitzik, 2002, S. 81.

19 Vgl. Kollak, 2003, S. 56.

20 Paillon, 2010, S. 54.

21 Vgl. Domenig, 2001, S. 9.

22 Vgl. Zimmermann 2009, S. 77.

23 Vgl. Foitzik, 2002, S. 80.

24 Vgl. Cubillos, 2001, S. 252.

25 Vgl. Paillon, 2010, S. 25.

In der medizinethnologischen Forschung um interkulturelle Kommunikation wurde zwar die Arzt-Patient-Kommunikation gut erforscht, pflegerische Beziehungen wurden bisher jedoch kaum thematisiert.²⁶ Auch in der Ausbildung hat die kultursensible Altenpflege noch keinen festen Platz. Das wird mit einem gleichen Anspruch auf medizinische und pflegerische Versorgung aller begründet.²⁷

Im Entwurf für das Altenpflegegesetz der Bundesregierung zum Curriculum der Altenpflegeausbildung sind für „ethnienbezogene und interkulturelle Aspekte“ im Fach „Lebenswelten und soziale Netzwerke alter Menschen“ im Durchschnitt 15 Stunden vorgesehen,²⁸ dies muss deutlich ausgebaut werden. Dafür leistet das Ausbildungszentrum in Darmstadt seit 1998 wichtige Pionierarbeit.²⁹

In den USA wurden Probleme von MigrantInnen in der klinischen Betreuung umfassender thematisiert, denn bereits in den 1960er Jahren wurden derartige Probleme erkannt. Dort gibt es eine Vielzahl von Untersuchungen zu Kulturkonflikten in der Medizin wie „Medical Anthropology“ und „Nursing and Anthropology.“ Modellcharakter hat das „Transcultural Nursing“, das seit 1974 besteht. Auch die Krankenpflegesschulen berücksichtigen den Zusammenhang von Kultur und Medizin umfassend.³⁰ Den Begriff transkulturelle Pflege prägte Madeleine Leininger, Professorin für Krankenpflege und Pflgetheorien aus den USA.

Erfahrungen mit MigrantInnen werden gehäuft im ambulanten Bereich gemacht.³¹ Dort ist es auch leichter, sich auf unterschiedliche Bedürfnisse einzustellen, weil die Pflegenden in die Umgebung des „Fremden“ kommen und dort entsprechend handeln können, während es in der stationären Pflege feste Abläufe gibt, in denen Wünsche von MigrantInnen als Sonderwünsche

26 Vgl. Adam; Stülb, 2009, S. 46.

27 Vgl. Kollak, 2003, S. 53.

28 Vgl. Foitzik, 2002, S. 83.

29 Vgl. Friebe, 2003, S. 149.

30 Vgl. Habermann, 1992, S. 35-40.

31 Vgl. Paillon, 2010, S. 191.

im Alltag stören.³² Bis jetzt gibt es jedoch noch kein einheitliches Konzept. Hinter verschiedenen Angeboten mit Titeln wie „multikulturell“ und „inter- oder transkulturell“ verbergen sich noch unterschiedliche Inhalte und Methoden.

Das Deutsche Rote Kreuz ist nur eine der Organisationen, die mit dem Projekt „Ethnischer Schwerpunkt Altenhilfe“ (ESA) ein Altenheim-Konzept entwickelten, das auf unterschiedliche kulturelle und religiöse Traditionen eingestellt ist, eröffnete 1997 ein Pilotprojekt in Duisburg.³³

Immer wieder gibt es Überlegungen, Deutsche und MigrantInnen zu trennen. Die Aufnahme von MigrantInnen ins Pflegeheim stellt zwar eine grundsätzlich neue Herausforderung dar, aber viele der pflegerischen Probleme sind nur eine Vergrößerung bereits bestehender Probleme.³⁴ Ethnien-spezifische Lösungen können auch als Rückschritt bewertet werden.³⁵ Der Blick muss auf die Altenpflege generell geworfen werden, ohne natürlich die MigrantInnen außer Acht zu lassen. Besonders wichtig ist eine Orientierung an der Biographie der MigrantInnen.³⁶ „Biographieorientierung bedeutet [...] keine kulturelle Festschreibung, sondern die Betrachtung der Person und ihrer biographischen Ressourcen und Bedürfnisse.“³⁷ Es ist eine grundlegende Erfahrung, dass es den „türkischen“ Patienten genauso wenig gibt wie den „deutschen“ Patienten. Nach Homi K. Bhabha lässt sich hier die Frage stellen, ob der Dialog Patient-Personal immer in einem „dritten Raum“ mündet.³⁸

„Kultursensibilität als Paradigma der Altenpflege beschreibt also eine Haltung, die auf Verständnis anderer Kulturen und Religionen beruht. Die Sensibilität liegt in der Aufmerksamkeit für kulturelle Prägungen und Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen und für die Folgen des Pflegehandelns. Sie ist in einer besonderen Weise biographie- und subjektorientiert.“³⁹

32 Vgl. Foitzik, 2002, S. 29.

33 Vgl. Huismann; Raven, 2000, S. 190.

34 Vgl. Koch-Straube, 2001, S. 394f.

35 Vgl. Paillon, 2010, S. 30.

36 Vgl. Koch-Straube, 2001, S. 394f.

37 Jiménez Laux, 2009, S. 19.

38 Vgl. Kuckert 2009, S. 71.

39 Foitzik, 2002, S. 19.

In der Charta für eine kultursensible Altenpflege, die 2002 vom Kuratorium Deutsche Altershilfe herausgegeben wurde, und die einen wichtigen Beitrag zur kultursensiblen Altenpflege lieferte, werden fünf Säulen für die kultursensible Altenpflege beschrieben: die kultursensible Pflegeanamnese, auf Verständigung beruhende Pflegebeziehungen, konkretes pflegefachliches Handeln, Evaluation und Differenzierung und das Pflegemanagement als Unterstützung.⁴⁰

Aufgaben und Ziele der kultursensiblen Altenpflege

Kultursensible Altenpflege soll garantieren, dass unverzichtbare Bedürfnisse erfüllt werden. Dabei haben Pflegekräfte vielfältige Aufgaben. Neben der täglichen Grundpflege und Aktivierung von bettlägerigen BewohnerInnen und der Freizeitgestaltung müssen sie auch Demenzkranke fachkundig betreuen, alte Menschen in allen Lebenslagen spirituell begleiten und zusätzlich die Angehörigen in Pflege-, Gesprächs- und Beratungsangebote einbeziehen.⁴¹ Information, Beratung und Gesundheitsaufklärung sind dabei genauso wichtig wie eine gute Pflege. Entsprechende Faktoren müssen auch bei der Dienstplangestaltung, dem Personaleinsatz und der Organisation der Einrichtung berücksichtigt werden. Von Pflegenden erfordert dies „ein hohes Maß an sozialer Kompetenz und Flexibilität und einen kritischen und kreativen Umgang mit eingeschränkten Rahmen- und Zeitbedingungen.“⁴² In vielen Einrichtungen wird aber noch die individuelle Pflege durch Funktionspflege eingeschränkt.

Neben Aufgeschlossenheit, Interesse und Wertschätzung brauchen Pflegende auch die Fähigkeit zu Perspektivenwechsel und Selbstreflexion, sowie Kooperations- und Delegationsfähigkeiten und die Fähigkeit, mit Grenzen und Konflikten umgehen zu können.⁴³ Zusätzlich müssen sie sich soziokulturelles und sozialpsychologisches Fachwissen aneignen und über Migration und

40 Vgl. ebd. S. 31.

41 Vgl. Paillon, 2010, S. 29.

42 Foitzik, 2002, S. 28.

43 Vgl. Jiménez Laux, 2009, S. 20.

deren geschichtliche, politische, wirtschaftliche Hintergründe, Folgen und Perspektiven für MigrantInnen informiert sein. Darüber hinaus sind Informationen über die rechtliche, politische und soziale Situation von MigrantInnen in Deutschland wichtig. Auch eine Sensibilisierung auf Rassismus und Diskriminierung muss erfolgen.⁴⁴ Die Pflegenden brauchen vielfältige Unterstützung, um eine kulturangepasste Pflege garantieren zu können. Sie sollten die Chance haben, durch Aus-, Fort- und Weiterbildung immer wieder mit dieser Thematik in Kontakt zu kommen.⁴⁵ Dabei ist wichtig, dass nicht Stereotypen weiter verstärkt werden, sondern eine Offenheit für Individualität gefördert wird.⁴⁶ Die Träger der Fort- und Weiterbildungsinstitutionen müssen entsprechende Angebote entwickeln. Um eine kultursensible Altenpflege gewährleisten zu können, braucht es eine systematische Vernetzung zwischen Altenhilfe und Ausländerarbeit, sowie übergeordnete sozialrechtliche Rahmenbedingungen der Migrationspolitik.⁴⁷ Die Gesundheitsversorgung sollte migrationspezifisch angepasst und weiterentwickelt und bestehende Zugangsbarrieren abgebaut werden.⁴⁸

Auf den Stationen sollten Verträge, Merkblätter und Bedarfslisten für den Heimeinzug in mehreren Sprachen vorliegen. Auch Angaben über regional verfügbare Dolmetscher, kulturelle Mittler und kulturelle sowie religiöse Institutionen sollten gesammelt werden, damit dem Personal im Notfall mühseliges Suchen erspart bleibt.

Ziel der kultursensiblen Altenpflege sollte eine erhöhte Patientenzufriedenheit sein. Außerdem sollen Verzögerungen im Tagesablauf vermieden⁴⁹ sowie die persönliche Integrität der pflegebedürftigen Person geschützt werden. Kulturelle Erfahrungen der MigrantInnen sollten nicht ungewollt entwertet

44 Vgl. Foitzik, 2002, S. 86-89.

45 Vgl. Habermann, 1995, S. 44.

46 Vgl. Kuckert, 2009, S. 64.

47 Vgl. Dietzel-Papakyriakou, 1997, S. 85.

48 Vgl. Domenig, 2001, S. 13.

49 Vgl. Borde; David, 2009, S. 33.

werden. Pflege soll also so „kulturkongruent“ wie möglich sein.⁵⁰ Die Auseinandersetzung mit kultursensibler Pflege zeigt jedoch schnell, dass es keine Patentlösungen gibt. Sie ist nur erfolgreich, wenn man flexibel, aufmerksam, interessiert und bereit zur Vernetzung ist. Grundsätzlich sind kulturelles Wissen und Handlungsvermögen nur ein erster Schritt. Kultursensible Altenpflege ist nie abgeschlossen, sondern bedeutet lebenslanges berufsbegleitendes Lernen.⁵¹

Multikulturelle Teams

Im Zusammenhang mit kultursensibler Altenpflege werden oft multikulturelle Teams gefordert. „Multikulturell“ ist dabei ein Zustand, in dem in einer Gesellschaft oder Gruppe unterschiedliche Kulturen eigenständig neben- oder miteinander bestehen.⁵² Multikulturelle Teams können bereichernd wirken, da das Pflegepersonal selbst ein kulturelles Miteinander und verschiedene Einstellungen erlebt.⁵³ In der Pflege können die MitarbeiterInnen dann auf Erfahrungen des Teams zurückgreifen, es kann damit die Funktion einer internen Fortbildung übernehmen.⁵⁴ Auch Mehrsprachigkeit und die Kenntnis verschiedener kultureller und religiöser Aspekte können MigrantInnen in der Pflege Vorteile bringen. Im negativen Fall bestehen kulturelle Probleme dann auch innerhalb des Teams. „Ein multikulturelles Team ist durch seine Zusammensetzung allein noch nicht befähigt, interkulturell zu arbeiten.“⁵⁵ Inzwischen gibt es schon entsprechende Ausbildungen für Menschen mit Migrationshintergrund, die Sprachkurse und einen kultursensiblen Teil beinhalten.

50 Cubillos, 2001, S. 248.

51 Vgl. Foitzik, 2002, S. 82.

52 Vgl. Lenthe, 2011, S. 14.

53 Vgl. Jiménez Laux, 2009, S. 21.

54 Vgl. Habermann, 1995, S. 44.

55 Foitzik, 2002, S. 59.

Transkulturelle Kompetenz

In der Auseinandersetzung mit kultursensibler Altenpflege wird immer wieder eine transkulturelle Kompetenz verlangt. „Transkulturell“ bezeichnet dabei eine kulturspezifische Qualifikation, die auf die erworbene und auf Wissen begründete universale Fähigkeit zielt, die Besonderheiten anderer Kulturen als solche wahrzunehmen, sie im Kulturvergleich als gleichwertig zu erkennen und – ohne die eigene Kultur dabei hintanzustellen – in jeder Kultur adäquat, empathisch-dialogisch und integrativ zu handeln.⁵⁶ Es bedeutet aber auch, „eigene Konzepte zu erkennen, zu hinterfragen und zu relativieren, um im Berufsalltag zu mehr Gelassenheit zu gelangen.“⁵⁷ Transkulturelle Pflege bedeutet Pflege über die Grenzen kultureller Differenzen hinweg, sie kann als allgemeingültiges ideelles Prinzip verstanden werden.

„Jede Begegnung ist letztlich transkulturell, [...] folglich bedeutet transkulturelle Kompetenz nicht nur eine zusätzliche, auf MigrantInnen spezialisierte Kompetenz, sondern professionell kompetentes Handeln auch im Migrationskontext.“⁵⁸

Transkulturelle Kompetenz kann auch als Spiralbewegung zwischen Wissensvermittlung, Kompetenzerwerb und Interaktion sowie Überprüfung, Fundierung und Differenzierung in der Praxis gesehen werden. Im Angesicht dieses Theorie-Praxis-Transfers wird transkulturelle Kompetenz „als erweiterte soziale Kompetenz aufgefasst und ist Teil des professionellen Handelns.“⁵⁹

Interkulturelle Öffnung

Auch die interkulturelle Öffnung ist ein Schlagwort der kultursensiblen Altenpflege. Interkulturalität gilt dabei als

⁵⁶ Vgl. Lenthe, 2011, S. 14f.

⁵⁷ Jiménez Laux, 2009, S. 15.

⁵⁸ Domenig, 2001, S. 36.

⁵⁹ Uzarewicz, 2003, S. 32.

„Methode einer sachkundigen Berücksichtigung kulturspezifischer Verschiedenartigkeiten [...] und ist somit [das] Ergebnis eines durch Kommunikation und Interaktion herbeigeführten Austauschs einzelner Elemente zwischen zwei oder mehreren Kulturen, wobei aber jede der beteiligten Kulturen ihre kennzeichnende Identität behält.“⁶⁰

Durch die interkulturelle Öffnung sollen Institutionen für alle hier lebenden Menschen geöffnet und Ausgrenzung wie Diskriminierung abgebaut werden. Diese Aufgabe obliegt nicht den Einrichtungen allein, sondern betrifft auch Wirtschaft, Politik, Verwaltung, Polizei, Gesundheitswesen sowie Bund, Länder, Kommunen, Kassen und Verbände. Interkulturelle Öffnung „muss `von oben` gewollt, `von unten` akzeptiert und gemeinsam durchgesetzt werden.“⁶¹ Schon die allgemeine Anerkennung der BRD als „Einwanderungsland“ ist wichtige Grundlage für eine aktive Politik der Öffnung. „Kultursensible Altenpflege lässt sich deshalb nur in Verbindung mit einer interkulturellen Öffnung der Einrichtung entwickeln,“⁶² wobei das Ziel der interkulturellen Öffnung bereits im Leitbild verankert sein sollte.⁶³

Innerhalb der interkulturellen Öffnung hat die Öffentlichkeitsarbeit eine wichtige Funktion, da sie die Rolle eines Über- bzw. Vermittlers einnimmt. Ziel ist es, in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess Zugangsbarrieren abzubauen sowie unterschiedlichste Bedürfnisse wahrzunehmen und zu befriedigen.⁶⁴ Eine wichtige Hilfestellung können „Checklisten zur interkulturellen Öffnung von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen“ sein,⁶⁵ die in den meisten Einrichtungen bisher fehlen.

Ali Kemal Gün ist der Meinung, dass die interkulturelle Öffnung am besten durch einen Integrationsbeauftragten gewährleistet werden kann. Seine Aufgaben sind dabei abhängig von der Patientenstruktur und dem jeweiligen Versorgungsschwerpunkt, zu ihnen gehört aber stets Ressourcenorientierung,

60 Lenthe, 2011, S. 14.

61 Borde, 2009, S. 35.

62 Foitzik, 2002, S. 26.

63 Borde, 2009, S. 35.

64 Vgl. Foitzik, 2002, S. 19-22 u. 45.

65 Borde, 2009, S. 34.

Bedarfsorientierung, Nachhaltigkeit und Finanzierbarkeit. Es ist davon auszugehen, dass sich Investitionen an dieser Stelle auf Dauer positiv auf die wirtschaftliche Entwicklung auswirken können.⁶⁶

Kultursensible Altenpflege im Praxisalltag

Ausgangspunkt einer kultursensiblen Pflege ist das Bewusstsein, dass „pflegerisches Denken und Handeln kulturell bedingt ist.“⁶⁷ Die Aufnahme von neuen BewohnerInnen sowie jede Pflegehandlung beginnt mit der Begrüßung. Schon hier können erste Missverständnisse entstehen. Für viele MigrantInnen ist es nicht üblich, sich bei der Begrüßung die Hände zu geben oder sich zu berühren. Unter Umständen ist dies auch nur ein Problem, wenn das Händeschütteln zwischen Personen unterschiedlichen Geschlechts geschehen soll.⁶⁸ Aus persönlichen, kulturellen oder religiösen Gründen wünschen viele Menschen eine gleichgeschlechtliche Pflege, vor allem bei Frauen kann dies ein zentrales Anliegen sein. Aus personellen Gründen kann auf derartige Wünsche nicht immer Rücksicht genommen werden. Eventuell kann es dann helfen, wenn eine weitere Person, z. B. eine Angehörige desselben Geschlechts, bei der Pflegehandlung dabei ist.⁶⁹

Ein Thema, das vom Pflegepersonal oft als sehr belastend beschrieben wird, ist der viele Besuch, den MigrantInnen häufig bekommen. Meist sind die Zimmer sehr klein und es stehen keine Aufenthalts- oder Besuchsräume zur Verfügung.⁷⁰ Dabei fühlt sich oft nicht nur das Pflegepersonal in seinem Handlungsfreiraum gestört, sondern auch andere BewohnerInnen.

Prinzipiell wichtig ist es, die „Spielregeln im Umgang mit Intimität und Scham, mit Respekt und Autorität, mit Geschlechterbeziehung, mit Nähe und Distanz zu erkunden und zu beachten.“⁷¹

66 Vgl. Gün, 2009, S. 157-167.

67 Habermann, 1995, S. 43.

68 Vgl. Flüher, 2002, S. 33 u. 60.

69 Vgl. Neuberger, 2009, S. 59.

70 Vgl. Zimmermann, 2009, S. 78ff.

71 Foitzik, 2002, S. 24.

Die Bedeutung von Religion in der Pflege

Das Ziel der Pflege sollte es sein, dem Verhältnis zur Religion der PatientInnen mit Toleranz zu begegnen. Es geht nicht primär um Grundwissen über die einzelnen Religionen, sondern um eine offene Grundhaltung anderen Religionen gegenüber.⁷² Durch die Religionsfreiheit haben Menschen auch im Altenheim das Recht auf freie Religionsausübung, im Pflegealltag bleibt jedoch meist wenig Handlungsspielraum, um auf religiöse Bedürfnisse des Einzelnen einzugehen.⁷³

Aus religiösen Überzeugungen heraus ergeben sich oft pflegerisch wichtige Aspekte zum Beispiel in den Bereichen Ernährung und Körperpflege, oder die Einstellung zu Gesundheit, Krankheit und Alter. Im Folgenden wird versucht, auf einige der möglichen Konfliktgebiete zu verweisen. Es ist jedoch immer wichtig, nicht von der Religion auf den Menschen zu schließen, sondern den individuellen Umgang mit vorhandenen Vorschriften zu erfragen, da Religiosität von vielen Faktoren und Lebenserfahrungen abhängig ist.

Das Gebet

Wenn gläubige Menschen beten wollen und ihnen dabei bestimmte Regeln wichtig sind, sollte ihnen das unbedingt ermöglicht werden. In vielen Religionen gibt es festgelegte Gebetszeiten, die nicht immer mit den gängigen Ruhe- und Schlafzeiten der Einrichtungen vereinbar sind. Ebenfalls schreiben viele Religionen rituelle Waschungen mit fließendem Wasser vor dem Gebet vor. Wenn diese nicht selbstständig durchgeführt werden können, sollte ein Krug frisches Wasser bereit gestellt⁷⁴ und eventuell Hilfestellung gegeben werden. Für viele Menschen ist Privatsphäre beim Beten wichtig, was in Mehrbettzimmern oft nur schwer erfüllt werden kann. Optimal wäre es, wenn Institutionen spezielle Gebetsräume zur Verfügung stellen würden, die je nach den Bedürfnissen der Religion ausgestattet sind.

⁷² Vgl. Paillon, 2010, S. 149.

⁷³ Vgl. Rey-Stocker, 2006, S. 220.

⁷⁴ Vgl. ebd. S. 227.

Die Bedeutung von Feiertagen

Da Feiertage mit Ritualen, Liedern und Gedichten immer auf die gleiche Weise vollzogen werden, geben sie Halt und Sicherheit. Feste gehören zum Leben dazu, sie gliedern das Jahr in religiös, geschichtlich, jahreszeitlich und persönlich bedeutsame Tage. Pflegeeinrichtungen könnten einen interkulturellen und interreligiösen Kalender haben, der die Feiertage der verschiedenen Religionen anzeigt. BewohnerInnen freuen sich bestimmt, wenn man sie auf ihre Feiertage anspricht und man könnte versuchen, den Tag für die jeweilige Person frei zu halten und als Feiertag zu gestalten.

Der Umgang mit Schmerz und Schmerzmedikamenten

Der Umgang mit Schmerz ist zum Teil erlerntes Verhalten, das von Kultur zu Kultur verschieden ist.⁷⁵ Ein oft abwertend als „Mamma-mia-Syndrom“ bezeichnetes Phänomen ist eine allgemeine „Wehleidigkeit“ mit nicht lokalisierbaren Schmerzen und ständig wechselnden Symptomen. Das ist darauf zurückzuführen, dass die Einheit des Körpers in vielen Kulturen sehr wichtig ist und ein Leiden nicht wie bei der hier vorwiegend organ- und funktionsbezogenen Sicht des Körpers auf ein Körperteil oder -organ beschränkt wird.⁷⁶

Aus verschiedenen Gründen kann es passieren, dass Menschen keine Schmerzmedikamente einnehmen möchten. Ein Grund kann sein, dass Leid und Schmerzen als von Gott gegeben akzeptiert und ungemindert wahrgenommen werden wollen.⁷⁷ Oft liegt einer Ablehnung aber auch die Angst zugrunde, dass die Schmerzmedikamente das Bewusstsein beeinflussen können, wenn ein wacher Geist, zum Beispiel zur Meditation, als sehr wichtig angesehen wird. Hier ist eine fundierte Aufklärung über die Wirkweisen der Medikamente nötig, da nicht alle bewusstseinsstrübend wirken. Ablehnungen sollten jedoch immer akzeptiert werden.⁷⁸

⁷⁵ Vgl. Lenthe, 2011, S. 112.

⁷⁶ Vgl. Habermann, 1992, S. 37f.

⁷⁷ Vgl. Flühler, 2002, S. 29.

⁷⁸ Vgl. ebd. S. 99f.

Besonderheiten im Umgang mit Essen und Fasten

Bei der Ernährung zählen sowohl kulturabhängige Ernährungsgewohnheiten, religiöse Vorschriften und individueller Geschmack. Bei der Aufnahme von neuen BewohnerInnen ist es wichtig, die Essensgewohnheiten schnell zu erfragen. Oft sind es Kleinigkeiten, wie das obligatorische Brot zum Mittagessen, wie es in Spanien, Italien, der Türkei und Griechenland oft gereicht wird, die den Grad der Zufriedenheit stark erhöhen können.

Möchten BewohnerInnen sich an Essensregeln halten, gilt es, diese strikt zu befolgen. Möchte sich ein Mensch zum Beispiel an das Schweinefleisch-Verbot halten, reicht es, wenn er versehentlich doch etwas davon bekommt, nicht aus, das Fleisch nur vom Teller zu nehmen und zu erwarten, dass der Rest gegessen wird, denn erlaubte Lebensmittel dürfen oft nicht mit unerlaubten in Berührung kommen.⁷⁹ Wenn ein Mensch keinen Alkohol zu sich nehmen möchte, muss dies auch bei der Medikamentengabe berücksichtigt werden, da viele Tropfen alkoholhaltig sind.

Ein weiterer bei der Ernährung wichtiger Aspekt ist das Fasten.

Besonderheiten bei der Körperpflege

Vielen Religionen ist gemeinsam, dass körperliche Reinheit nicht nur eine hygienische, sondern auch eine rituelle Bedeutung hat. Oft müssen diese rituellen Waschungen mit fließendem Wasser durchgeführt werden, um die rituelle Reinheit zu erlangen. Waschlappen, deren Verwendung bei der Körperpflege in deutschen Pflegeeinrichtungen Standard sind, sind vielen Menschen fremd und deren Verwendung gilt auch unter religiösen Aspekten als unrein. Aus diesem Grund wollen auch schwerkranke Menschen oft Duschen. Rituelle Waschungen werden als Pflegeleistungen jedoch nicht von der Pflegekasse übernommen, da Hilfe bei der Religionsausübung im Leistungskatalog der Pflegeversicherung nicht enthalten sei, wie das Sozialgericht in Dortmund im Jahr 2006 entschied.

Die Körperpflege ist der Pflegeaspekt, bei der die gleichgeschlechtliche Pflege

⁷⁹Vgl. Paillon, 2010, S. 130.

besonders wichtig ist und der Wunsch danach immer respektiert werden sollte, da hier die Grenzen der Intimsphäre eindeutig überschritten werden. Im Anschluss an die Körperpflege findet meist das Ankleiden statt. Hier sollte auf individuelle Wünsche Rücksicht genommen werden. Kleidung gilt zum einen als Schutz, zum anderen ist sie ein wichtiges Kommunikationsmittel, das Aussagen über Volksstamm, Nation, Funktion als Amtsträger, Religion, Beruf, Vereinszugehörigkeit, die Stimmung oder persönliche Vorlieben transportieren kann.⁸⁰

Der Umgang mit Sterbenden und Verstorbenen in der kultursensiblen Pflege

Der Bereich von Sterben, Tod und Trauer ist stark durch kulturelle, religiöse und persönliche Vorstellungen geprägt. In keinem anderen Bereich spielt die Umsetzung bestimmter Normen und Werte eine so große Rolle wie in diesem. Hier ist die Gefahr besonders groß, Menschen durch routinemäßige Abläufe zu kränken.⁸¹ Gerade religiöse Bräuche gewinnen im Sterbeprozess oftmals an Bedeutung, denn auch wenn religiöse Riten aus der eigenen Glaubenspraxis nicht geläufig sind, greift man im Zusammenhang mit dem Tod gerne auf bekannte Traditionen zurück, die zur Kultur der Heimat gehören.⁸² Doch darf man auch nicht vergessen, dass jeder Mensch seinen eigenen, individuellen Tod stirbt. Seine Bedürfnisse sind in den Mittelpunkt zu stellen, denn Tod und Trauer brauchen Raum und oft geraten Pflegende bei dem Versuch, unterschiedlichste Bedürfnisse zu erfüllen, an institutionelle und persönliche Grenzen.⁸³

In der kultursensiblen Altenpflege ist dies besonders schwer, da die Unterschiede zwischen den Bedürfnissen sehr groß sind. Kulturelles und religiöses Hintergrundwissen, zum Beispiel über Jenseitsvorstellungen oder den Umgang mit dem Leichnam, kann die Arbeit zwar erleichtern, doch

⁸⁰Vgl. Paillon, 2010, S. 96-99.

⁸¹Vgl. Caspari; Gattermann, 2009, S. 38.

⁸²Vgl. Elsas, 2007, S. 336.

⁸³Vgl. Caspari, 2009, S. 37.

ist es auch hier nicht möglich, allumfassende und verbindliche Aussagen zu treffen. Eine intensive Zusammenarbeit mit der Familie, örtlich ansässigen Schaltstellen sowie unter Umständen auch mit religiösen Führern kann das erleichtern. Es ist gut, wenn das Verfahren im Umgang mit dem Tod bereits im Vorfeld besprochen wird.⁸⁴ Gerade in der Migration kann es aufgrund unterschiedlicher Sozialisierung bei den Totenritualen zur Verunsicherung kommen, das „führt zu interkulturellen und auch interreligiösen Reibungen.“⁸⁵

Dies liegt auch daran, dass es in der Migration zu Wandlungen der Traditionen kommt.⁸⁶ Immer mehr Menschen sterben nicht wie gewünscht zu Hause, sondern in Institutionen. MigrantInnen sterben dabei nicht nur unter Fremden, sondern „als Fremde unter Fremden in der Fremde.“⁸⁷

Die Versorgung Schwerkranker und Sterbender hat sich durch die Ausbreitung der Hospizidee zwar stark verbessert, die Zusammenarbeit von Altenheimen und ambulanten Hospizdiensten ist jedoch noch in der Aufbauphase.⁸⁸ Auch gibt es immer noch nicht genügend Hospizdienste und Hospizplätze, um alle Menschen zu erreichen, vielen sind die Möglichkeiten der Hospizbewegung auch noch unbekannt. Hier muss noch viel Aufbau- und Öffentlichkeitsarbeit geleistet werden. Und trotz der immer größer werdenden Hospizbewegung und einem damit einhergehenden wachsenden größeren Bewusstsein für die Bedürfnisse Sterbender und trauernder Angehöriger, zeigt sich immer wieder, dass die Frage nach geeigneten Räumlichkeiten wie Familien-, Wasch- oder Abschiedszimmern negiert werden muss.⁸⁹

Für Pflegende kann es im kultursensiblen Zusammenhang hilfreich sein, spezielle Kenntnisse über den Umgang mit dem Sterbenden und dem Leichnam zu kennen, um keine Fehler zu machen. Hierzu zählt zum Beispiel die Lagerung vor der Totenstarre oder das Berühren des Leichnams.

Es kann zum Beispiel von großer Bedeutung sein, wer den Leichnam nach

⁸⁴ Vgl. Paillon, 2010, S. 169.

⁸⁵ Elsas, S. 333.

⁸⁶ Vgl. Tan, 1996, S. 107.

⁸⁷ Tan, 1996, S. 117.

⁸⁸ Vgl. Paillon, 2010, S. 166.

⁸⁹ Vgl. Caspari, 2009, S. 39.

dem Eintreten des Todes berühren darf. Oft dürfen dies nur Menschen des gleichen Glaubens oder nur gleichgeschlechtliche Menschen. Oft gibt es auch eine bestimmte Zeitspanne, in der der Leichnam gar nicht berührt werden darf, damit die Trennung von Körper und Geist nicht gestört wird.⁹⁰

Auch bei Verstorbenen gibt es in manchen Religionen festgelegte rituelle Waschungen, deren Durchführung ermöglicht werden und für die ein geeigneter Raum zur Verfügung stehen sollte. Ebenfalls sollte der Wunsch nach einer Totenwache und Raum für Gebete entsprochen werden.

Schlussbetrachtungen

Es konnte gezeigt werden, dass in der kultursensiblen Altenpflege auf Pflegepersonen unterschiedlichste Aufgaben zukommen. Vielen erscheint die Integration von kulturellen Faktoren in die Pflegeplanung als kaum zu bewältigende Herausforderung und als zusätzliche Belastung. „Hierzu sei gesagt, dass das Fremde sich in vielerlei Gestalt zeigt. So betrachtet werden viele, auch 'inländische' Patienten, von den Überlegungen zu einer kultursensiblen Altenpflege profitieren.“⁹¹

Ein unter dem Aspekt Pflege nicht angesprochenes Thema ist das der zunehmenden Zahl von Demenzkranken mit Migrationshintergrund. Auch darauf ist die Altenpflege nicht eingestellt. Das Erinnerungsvermögen Demenzkranker verschwindet langsam und beschränkt sich auf Erinnerungen aus Kindheit und Jugend, welche viele der MigrantInnen im Ausland verbracht haben. Auch die deutsche Sprache wird oft vergessen, egal wie gut sie einmal beherrscht wurde.⁹² Hier sind eine enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen, eine biographieorientierte Pflege sowie ein multikulturelles Team mit möglichst vielen unterschiedlichen Sprachkenntnissen besonders wichtig.

Ein Problem, das in dieser Arbeit ebenfalls nicht angesprochen wurde, aber auch von großer Dringlichkeit ist, ist das der medizinischen Versorgung

⁹⁰Vgl. Flühler, 2002, S. 37.

⁹¹ Habermann, 1995, S. 44.

⁹²Vgl. Paillon, 2010, S. 65.

und Pflege von Flüchtlingen, Asylsuchenden und illegalen Einwanderern.⁹³ Dieser Bereich ist ein unterentwickeltes Forschungsthema, über das es keine durchgeführten Studien zu den Themen Morbidität und Mortalität gibt.⁹⁴ Dies liegt wohl auch daran, dass der Großteil dieser Menschen vom Gesundheitssystem ausgeschlossen ist.

Der Arzt Eberhardt Vorbrodts bezeichnete es als „eine große berufsethische Herausforderung und ein[en] sozial- und berufspolitischen Skandal, dass Angehörige dieser Gruppe [der versteckten MigrantInnen] prinzipiell keinen Anspruch auf eine wie auch immer reduzierte, gesundheitliche Versorgung haben, auch dann nicht, wenn sie Identität und Aufenthaltsort preisgäben, obwohl sie sich damit der Gefahr der sofortigen Abschiebung aussetzen.“⁹⁵ Selbstverständlich gilt das auch für die Pflege und Altenpflege.

Marlene Herrmann schloss 2004 ihre Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin in Stuttgart ab. Nach einigen Jahren Berufspraxis begann sie 2009 ihr Studium an der Universität Augsburg und studiert jetzt im 5. Semester Europäische Ethnologie und Geschichte mit Schwerpunkt Sepulkralkultur. Neben ihrem Studium arbeitet sie in einem Altenheim und unterrichtet seit zwei Jahren kultursensible Altenpflege im Rahmen berufsqualifizierender Maßnahmen von Flüchtlingen und Asylbewerbern.

93 Loncarevic, 2001, S. 78f.

94 Vgl. Tolsdorf, 2008, S. 29ff.

95 Ebd. S. 208.

Literatur

Adam, Yvonne u. Stülb Magdalena: Die Sicht der Patient-/innen-medinethnologische Ansätze in der interkulturellen Kommunikation im Gesundheitswesen, in: Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems (Schriftenreihe des Zentrums für Europäische Rechtspolitik, Bd. 51) , Christiane Falge (Hrsg.), Baden-Baden 2009, S. 41-56.

Barden, Ingeburg: Glauben - Leben - Pflege im Judentum, Christentum und Islam (Materialien zur Krankenpflegeausbildung, Bd. 6), Freiburg i.B. 1992.

Bhabha, Homi K.: Die Verortung der Kultur (Stauffenburg discussion , Bd. 5), Tübingen 2000.

Borde, Thea u. David, Matthias: Interkulturelle Öffnung von Krankenhäusern – Lohnt sich das?, in: Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems (Schriftenreihe des Zentrums für Europäische Rechtspolitik, Bd. 51) , Christiane Falge (Hrsg.), Baden-Baden 2009, S. 29-36.

Caspari, Cordula u. Gattermann, Jörn: Tod und Trauer Raum geben, aber wie? in: Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems (Schriftenreihe des Zentrums für Europäische Rechtspolitik, Bd. 51) , Christiane Falge (Hrsg.), Baden-Baden 2009, S. 37-40.

Cubillos, Fernando Angel: Kultursensible Pflege – Ein Versorgungsangebot nicht nur für ältere Migranten, in: Internationale Modelle häuslicher Pflege. Eine Herausforderung und verschiedene Antworten, Ingrid Kollak (Hrsg.), Frankfurt a.M. 2001, S. 243-258.

Dietzel-Papakyriakou, M., Naegele, G. und Olbermann, E.: Älter werden in der Migration. Eine neue Herausforderung für die kommunale Sozialpolitik, in: Sozialer Fortschritt. Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik (Jahrgang 46/April 1997, Heft 4 (April 1997), S. 81-86.

Domenig, Dagmar: Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz, Bern 2001.

Elsas, Christoph: Sterben im islamischen Kulturkreis und Sterbebegleitung für Muslime in Deutschland. Von der Überführung in die Heimat zur Übersetzung des Heimatlichen, in: Sterben, Tod und Trauer in den Religionen und Kulturen der Welt.

Gemeinsamkeiten und Besonderheiten in Theorie und Praxis, Bd. 1, Christoph Elsas (Hrsg.), Hamburg 2007, S.329-337.

Flühler, Maria: Fremde Religionen in der Pflege , Basel 2002.

Foitzik, Andreas (Hrsg.): Für eine kultursensible Altenpflege. Eine Handreichung (Arbeitskreis Charta für eine Kultursensible Altenpflege/Kuratorium Deutsche Altershilfe), Darmstadt 2002.

Friebe, Jens: Interkulturelle Bildung für Pflegende. Bedarfe und Herausforderungen in Deutschland, in: Interkulturelle Bildung in der Pflege, Jens Friebe u. Michaela Zalucki (Hrsg.), Bielefeld 2003, S. 145-158.

Glockzin-Bever, Sigrid: Bestattung in der heutigen Gesellschaft als christliches Ritual. Eine evangelische Perspektive, in: Sterben, Tod und Trauer in den Religionen und Kulturen der Welt. Gemeinsamkeiten und Besonderheiten in Theorie und Praxis, Bd. 1, Christoph Elsas (Hrsg.), Hamburg 2007, S. 313-328.

Gün, Ali Kemal: Erfordernis und Aufgaben von Integrationsbeauftragten in der stationären Versorgung, in: Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems (Schriftenreihe des Zentrums für Europäische Rechtspolitik, Bd. 51) , Christiane Falge (Hrsg.), Baden-Baden 2009, S. 157-170.

Habermann, Monika: „Viel Schmerz“ oder das „Mamma Mia Syndrom.“ Überlegungen zum Kulturkonflikt in der klinischen Betreuung ausländischer Patienten, in: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, Heft 5, Bern/Göttingen 1992, S. 34-40.

Habermann, Monika: Pflegebedürftig in der Fremde. Kulturangepasste Pflege durch multikulturelle Pflegeteams, in: Forum Sozialstation. Das Magazin für ambulante Pflege, Nr. 73, Bonn 1995, S. 42-44.

Huisman, Adrienne u. Raven, Uwe: Zur Situation ausländischer Demenzzrunder und deren Pflege durch Familienangehörige in der Bundesrepublik Deutschland, in: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, Heft 3, Bern/Göttingen 2000, S. 187-196.

Jiménez Laux, Rosa Maria: Gesundheit in der Einwanderungsgesellschaft, in: Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems (Schriftenreihe des Zentrums für Europäische Rechtspolitik, Bd. 51), Christiane Falge (Hrsg.), Baden-Baden 2009, S. 15-22.

Jonker, Gerdien: „Wie gut sind die Tränen, wie süß die Klagen“. Tod und Begraben in der Migration: Griechen und Türken in Berlin, in: Sterben und Tod in Europa. Wahrnehmungen, Deutungsmuster, Wandlungen, Ulrich Becker (Hrsg.), Neukirchen-Vluyn 1998, S. 135-144.

Koch-Straube, Ursula: Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie, Bern 22003.

Koch-Straube, Ursula: MigrantInnen in der Altenpflege, in: Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe, Dagmar Domenig (Hrsg.), Bern 2003, S. 385-396.

Kollak, Ingrid: Pflegepädagogik und Kultur. Anforderung und Wirklichkeit, in: Interkulturelle Bildung in der Pflege, Jens Friebe u. Michaela Zalucki (Hrsg.), Bielefeld 2003, S. 47-60.

Kuckert, Andrea: Pflege und Kultur – trennend und verbindend? Ein Fallbeispiel aus der Praxis im Spiegel verschiedener Lösungsansätze, in: Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems (Schriftenreihe des Zentrums für Europäische Rechtspolitik, Bd. 51), Christiane Falge (Hrsg.), Baden-Baden 2009, S. 57-74.

Leininger, Madeleine M.: Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege, Freiburg i.B. 1998.

Lenz, Ulrike: Transkulturelle Pflege. Kulturspezifische Faktoren erkennen - verstehen - integrieren, Wien 2011.

Loncarevic, Maja: Migration und Gesundheit, in: Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe, Dagmar Domenig (Hrsg.), Bern 2001, S. 65-86.

Neuberger, Julia: Sterbende unterschiedlicher Glaubensrichtungen pflegen, Bern 2009.

Paillon, Monika: Kultursensible Altenpflege. Ideensammlung mit Fokus Demenz (Reinhardts Gerontologische Reihe, Bd. 47), München/Basel 2010.

Rey-Stocker, Irmi: Anfang und Ende des menschlichen Lebens aus der Sicht der Medizin und der drei monotheistischen Religionen Judentum, Christentum und Islam, Basel 2006.

Tan, Dursun: Wandlungen des Sterbens und der Trauerrituale in der Migration,

in: In fremder Erde. Zur Geschichte und Gegenwart der islamischen Bestattung in Deutschland (Zentrum Moderner Orient, Arbeitshefte, Nr. 11), Gerhard Höpp (Hrsg.), Berlin 1996, S. 107-120.

Tolsdorf, Mareike: Verborgene. Gesundheitssituation und -versorgung versteckt lebender MigrantInnen in Deutschland und in der Schweiz, Bern 2008.

Uzarewicz, Charlotte: Überlegungen zur Entwicklung transkultureller Kompetenz in der Altenpflege, in: Interkulturelle Bildung in der Pflege, Jens Friebe u. Michaela Zalucki (Hrsg.), Bielefeld 2003, S. 29-46.

Wehkamp, Karl: Gleichbehandlung, Ökonomie und medizinischer Krankheitsbegriff, in: Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems (Schriftenreihe des Zentrums für Europäische Rechtspolitik, Bd. 51), Christiane Falge (Hrsg.), Baden-Baden 2009, S. 23-28.

Zimmermann, Gudrun: Interkulturelle Erfahrungen von Pflegekräften, in: Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems (Schriftenreihe des Zentrums für Europäische Rechtspolitik, Bd. 51), Baden-Baden 2009, S. 75-84.