

Charlotte Uzarewicz

**Sensibilisierung für die Bedeutung von
Kultur und Migration in der Altenpflege
Kurzbeschreibung**

**Deutsches Institut für Erwachsenenbildung
Dezember 2002**

Charlotte Uzarewicz, Sensibilisierung für die Bedeutung von Kultur und Migration in der Altenpflege
Kurzbeschreibung. Online im Internet

URL: http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2002/uzarewicz02_01.pdf

Dokument aus dem Internet-Service Texte Online des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung

<http://www.die-bonn.de/publikationen/online-texte/index.asp>

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG.....	3
1. BEGRIFFSBESTIMMUNG – BEGRIFFSVERWIRRUNG.....	4
2. PHÄNOMENE DER FREMDHEIT	8
3. MIGRATION	10
4. TRANSKULTURELLE PFLEGE	12
5. LITERATUR	15

Sensibilisierung für die Bedeutung von Kultur und Migration in der Altenpflege Charlotte Uzarewicz

Einleitung

In der Pflege ist in den letzten Jahren verstärkt der Ruf nach einer kulturangepassten oder kultursensiblen Pflege zu hören. Was ist darunter zu verstehen und inwiefern ist dieses Thema für die Altenpflege wichtig? Üblicherweise wird Kultur als Abgrenzungsbegriff dann thematisiert, wenn es um ausländische Menschen geht; dann ist von `der türkischen Kultur`, `der italienischen Kultur` die Rede. Mit der Infragestellung einer derartigen Redewendung kann das Phänomenfeld, um das es im Folgenden gehen soll, entfaltet werden, ebenso wie seine Bedeutungen für das konkrete Handeln im Pflegealltag:

- Warum wird Kultur meist nur im Zusammenhang mit anderen Ethnien und Nationen bzw. Nationalstaaten thematisiert?
- Spielt der Faktor Kultur für uns selbst, für die sogenannten Einheimischen in pflegerischen Interaktionen keine Rolle?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen Nationalstaat und Kultur und wie soll dieser aussehen?
- Was wird mit dem Terminus `die türkische Kultur` bezeichnet, wenn er auf konkrete Menschen angewendet wird? Welche stereotypen Vorstellungen verbergen sich dahinter?
- Was ist eigentlich Kultur und welche Bedeutung hat dieser Parameter im pflegerischen Handeln?

Anhand dieser Fragen kann der nachfolgende Text diskutiert werden; sie stellen eine Strukturierungshilfe dar. Im ersten Abschnitt wird die Begrifflichkeit und damit das theoretische Fundament problematisiert. Begriffe stellen ein Abbild unserer Wirklichkeit dar und geben Auskunft über unsere Wahrnehmung. Je nachdem, wie ich etwas bezeichne, bekommt dieses Etwas auch einen entsprechenden Wirklichkeitsgehalt zugeschrieben, an dem ich wiederum mein Handeln ausrichte. Die Diskussion um den Begriff `deutsche Leitkultur` macht das sehr deutlich (gibt es eine solche, was ist das genau und wie sieht das richtige Handeln und Verhalten als `deutscher Kulturträger` aus?). Im zweiten Abschnitt wird das Phänomen der Fremdheit dargelegt. Kultur und Fremdheit bilden im Migrationskontext eine Symbiose, so dass häufig von dem Kulturfremden die Rede ist. Auch hier gilt es zu hinterfragen, was das eigentlich ist (und wem es nützt). Der dritte Abschnitt befasst sich mit allgemeinen Grundlagen der Migration, die für das Thema einer kultursensiblen Altenpflege relevant sind. Im vierten Abschnitt wird das Konzept der transkulturellen Pflege dargelegt.

1. Begriffsbestimmung – Begriffsverwirrung

Pflege und Kultur hängen enger miteinander zusammen, als gemeinhin vermutet wird. Die Etymologie des Wortes **Pflegen** aus dem Westgermanischen trägt u.a. die Bedeutungen: sorgen für, hegen, sich mit etwas abgeben, gewohnt sein, für etwas einstehen, sich für etwas einsetzen. **Kultur**, vom lateinischen *colere* abgeleitet bedeutet: bebauen, pflegen, ehren. Zu diesem Verb gehört das Substantiv *cultus* als Pflege, Bildung, Erziehung, Verehrung und Huldigung. „In dem antiken Begriff der *cultura* sind die zwei Bedeutungen von Ackerbau und Bildung von Anfang an gleichwertig enthalten. In Anlehnung an den Bildungsbegriff meinte man in Deutschland mit Kultur die *Hochkultur*, und dachte dabei in der Regel an Kultur als die schönen Künste (wie z.B. Musik, Malerei, Tanz, Literatur), also eher den zweckfreien Raum von Betätigungen. In den angelsächsischen Ländern und in Frankreich verstand man ihn stärker in der umfassenden Bedeutung von (Be-)Bauen, Herstellen, Pflegen usw. Der Kulturbegriff bezieht sich hier auf **alle** menschlichen Betätigungen.“ (Uzarewicz 1998:157). Die erste umfassende wissenschaftliche Kulturdefinition stammt von Edward Burnett Tylor aus dem Jahre 1871: Kultur ist „ein komplexes Ganzes von Glauben, Kunst, Gesetz, Moral, Brauch und jeder anderen menschlichen Fähigkeit und Haltung“ (Hirschberg 1988:269). Diese Definition stellt die Grundlage für viele weitere dar. Sie zielen darauf ab, die verschiedenen Arten des menschlichen Lebens zu erfassen, zu erklären oder zu verstehen. In den wissenschaftlichen Disziplinen gilt es „zu untersuchen, mit welchen kulturellen Mitteln die Menschen ihre zwischenmenschlichen Beziehungen realisieren und gestalten und welche Wertideen mit welchen Geltungsbereichen sich dabei manifestieren“ (Dornheim 1997:21). In der Erfassung und Darstellung der Spielarten menschlichen Daseins ist Kultur schon immer ein Abgrenzungsbegriff gewesen: Kultur – Natur, Kultur – Zivilisation, Kultur – Gesellschaft. Derartige Abgrenzungen sind normativ: die natürliche Lebensweise (auf dem Lande) wird einer künstlichen (in der Großstadt) entgegengesetzt. Oder: die sogenannten Kulturvölker haben sich schon immer von den sogenannten Naturvölkern distanzieren wollen, eben mit dem Kriterium der Kultur, wobei das Naturhafte als Primitives, Einfaches, eben nicht Zivilisiertes bestimmt wurde.

Besonders bezogen auf andere Menschen oder Bevölkerungsgruppen wird der Kulturbegriff häufig bemüht, um eine Andersartigkeit festzustellen: die Bayern sind anders als die Sachsen, die Frauen sind anders als die Männer, die Kinder sind anders als die Erwachsenen.

Der Kulturbegriff ist in den letzten zwei Jahrzehnten zu einer der zentralen Kollektivbegriffe geworden, der die Menschen einteilt in solche, die dazugehören (die eigene Kultur) und solche, die ganz anders sind (fremde Kulturen), ohne jedoch bestimmen zu können, worin diese fundamentalen Unterschiede genau bestehen. Dabei werden die Individuen zu abstrakten Größen zusammengefasst und es entsteht die Vorstellung von der kulturellen Identität, vom `Wesen` oder `Charakter` eines Volkes, einer Ethnie bzw. einer Nation. Diese darf nicht beschädigt werden. Sprache, Sitten und Bräuche müssen bewahrt werden, da sie die Substanz des Ganzen ausmachen. Kultur gilt dementsprechend als ein „großes integratives Muster, das kompakte, phänomenale wie praktische

Einheiten stiftet“ (Lipp 1979:451). Betrachtet man jedoch die einzelnen Kriterien, die zur Definition einer bestimmten Kultur benutzt werden, genauer, so fällt deren Unschärfe deutlich auf. Sowohl im Hinblick auf die Binnendifferenzierung, als auch die Abgrenzung gegenüber anderen `Kulturen` und deren Kriterien. An wenigen Beispielen möchte ich dies verdeutlichen:

Die **Sprache**: ist damit gemeint, das Sprechen einer grammatikalisch gemeinsamen Sprache, oder auch das gemeinsame Verständnis? Ist denn tatsächlich gewährleistet, dass diejenigen, die die gleiche Sprache sprechen, sich auch tatsächlich semantisch verstehen? Das heißt, den Worten die gleiche Bedeutung beimessen? Wie misst man hier das kulturell Gemeinsame oder Gleiche? Wichtig ist diese Fragestellung, wenn es um Themen wie Gesundsein und Kranksein geht. Was bedeutet z.B. die Aussage „mein ganzer Körper schmerzt“ für das pflegerische, medizinische Personal und für diejenigen, die diese Aussage treffen?

Das **Territorium**: damit verbunden ist die Idee, dass alle einer Kultur Zugehörigen ein gemeinsames Gebiet bewohnen, evtl. von da abstammen, auf jeden Fall aber eine emotionale Bindung daran haben, die sich in dem Begriff Heimat widerspiegelt. Was setzt nun aber den Bezugsrahmen: das Dorf, die Stadt, die Region, das Land bzw. der Staat und wie sieht die hierarchische Gewichtung einer derartigen Zugehörigkeit aus?

Eine gemeinsame **Religion**: Wie viele der christlichen Gemeinschaft sind gläubig oder fromm? Wie viele sind davon nur `zahlende Mitglieder`? Was ist das Gemeinsame an ihnen, so dass hiervon ein Zugehörigkeitsgefühl abgeleitet werden und die Religionszugehörigkeit als kulturelles Abgrenzungskriterium gelten könnte? Und welche Bedeutung haben die unterschiedlichen christlichen Kirchen für ein derartiges Zugehörigkeitsgefühl? Haben bzw. sind auch sie eigenständige (Sub-)Kulturen oder gibt es keine Unterschiede zwischen ihnen? Schließlich: ist der Katholizismus in Masuren der gleiche wie in Bayern, der in Bayern der gleiche wie in Hessen, der in Hessen der gleiche wie im Alentejo? Diese wenigen Beispiele mögen genügen, um deutlich zu machen, dass der Kulturbegriff `zerfließt`, je länger und intensiver man ihn betrachtet. Er ist einerseits inhaltlich sehr vage und beliebig auslegbar, andererseits ist er als `wirkungsmächtiger` Begriff in unserem Sprachgebrauch präsent; das zeigt der selbstverständliche Umgang mit ihm in den verschiedensten Bereichen. Wenn von Kultur die Rede ist, weiß scheinbar jede(r), wer oder was damit gemeint ist. Und darin liegt sein strategischer Wert: Kultur suggeriert Verhaltenssicherheit gegenüber den Anderen und Stabilisierung des Inneren des Menschen. Zu diesem Zweck unterwirft sich der Mensch einem ganzen Set von Verhaltensregeln, die ihn davor schützen sollen, vor Situationen gestellt zu sein, in denen er sich nicht zurechtfindet. Er hat Normen zu erfüllen, Gesetze und Konventionen zu beachten, Handlungsanweisungen und Traditionen zu befolgen, Rituale zu vollziehen und Tabus nicht zu verletzen. Alles hat seinen tiefen Sinn und seinen Platz in der Welt; nichts ist und darf dem Zufall überlassen sein. Sie alle reduzieren die Komplexität seines Lebens für ihn und die Anderen, die von ihm erwarten, dass er ihre Erwartungen auch erfüllt.

Das Schillernde eines solchen Kulturbegriffs kommt auch in den Wortbildungen zum Tragen: multi-, inter-, intra-, transkulturell. **Multikulturalität** bedeutet, viele Kulturen existieren nebeneinander. **Interkulturalität** meint zwischen `den

Kulturen`. „So eignet sich multikulturell (...) für eine Zustandsbeschreibung von Situationen. Unsere Gesellschaften sind heutzutage in der Tat pluri- oder multikulturelle. In ihnen leben Individuen und Gruppen, die mehreren oder vielen unterschiedlichen Kulturen entstammen oder sich auf mehrere beziehen. Im Unterschied dazu gibt interkulturell eine Dynamik, einen Prozess wieder. Der Terminus selbst bestätigt ausdrücklich das Vorhandensein von Interaktionen und Interdependenzen. Von daher postuliert die interkulturelle Option die Notwendigkeit von positiven Interaktionen zwischen den verschiedenen Teilen unserer Gesellschaft und stellt sowohl eine Empfehlung, wie ein Methode, wie auch eine Handlungsperspektive dar“ (Rey-von Allmen, zit. in Hinz-Rommel 1994:156).

Intrakulturalität bezieht sich auf Phänomene, die sich innerhalb einer gegebenen Kultur abspielen. Alle drei Termini basieren auf einem sogenannten essentialistischen bzw. substanzialistischen Kulturbegriff. Dieser gibt vor, etwas genau Abgrenzbares und nur der jeweiligen Kultur Eigenes bezeichnen zu können, obwohl seine Inhalte – wie vorne dargelegt – sehr beliebig und unscharf sind. Gleichzeitig vernachlässigt oder negiert ein derartiger Kulturbegriff die Dynamik des Lebens, die sich durch ständigen kulturellen Wandel, kulturelle Austauschprozesse, Synergieeffekte, kulturelle Überlagerungen und sich gegenseitig verstärkender Wissens- und Sinnordnungen auszeichnet. Er unterstellt `Festes`, wo nur `Flüssiges` existiert. Er betont den differenten, den differenzierenden Vergleich, hebt auf Kulturunterschiede ab und hypostasiert (vergegenständlicht) sie.

Von diesen Begriffen unterscheidet sich der der **Transkulturalität**. Ursprünglich hat Leininger den Begriff der transkulturellen Pflege geprägt und diesen „ ganz bewusst dem Begriff `international` vorgezogen, da die erste Bezeichnung (transkulturell, Ch. Uz.) `quer durch alle Kulturen/über alle Kulturen hinweg` bedeutet“ (Leininger 1998:52). Sie untersuchte sowohl kulturelle Unterschiede, als auch Gemeinsamkeiten von verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Brink (1990:1) definiert die transkulturelle Pflege als eine Pflege, die die kulturellen Grenzen transzendiert, um zu versuchen, die Essenz der Pflege (das Wesen der Pflege) zu finden, die in allen kulturellen Kontexten in Erscheinung tritt. Transkulturelle Pflege bezieht sich demnach ursprünglich auf das Kulturgrenzen überschreitende, das grundlegend Gemeinsame, das Wesentliche von Pflege. Insofern stellt der Terminus `transkulturell` anthropologisch universelle Aspekte in den Mittelpunkt der Suche nach den fundamentalen allgemeinen Charakteristika von Pflege *an sich*; während der Begriff `interkulturell` die pflegerische Vielfalt, die spezifischen kulturellen Ausprägungen von Pflege thematisiert (vgl. Uzarewicz/Piechotta 1997:7). In der praktischen Anwendung einer so verstandenen Inter- oder Transkulturalität werden die jeweils unterschiedlichen Intentionen deutlich: fokussiere ich als Ausgangspunkt meiner pflegerischen Handlung tendenziell die festgestellten Unterschiede zwischen den AkteurInnen, um den Gepflogenheiten, Wünschen, Vorstellungen zu entsprechen; oder bilden die festgestellten Gemeinsamkeiten der AkteurInnen die Basis für gemeinsames Handeln? Eine „pflegewissenschaftliche Auseinandersetzung mit interkultureller Fragestellung“ kann „zur Klärung der Interaktion im Pflegeprozess allgemein beitragen“ (Kollak/Küpper 1997:116).

Derzeit wird im pflegewissenschaftlichen Kontext der Diskurs um Inter- und Transkulturalität fortgeführt. Interkulturalität betont dabei den interaktiven Aspekt, der in vielen Pflge-theorien und in der Pflegepraxis von besonderer Relevanz ist (vgl. Peplau 1997). Wenngleich hierin der essenzialistische Kulturbegriff nicht überwunden werden kann, wird er dennoch als Abgrenzungsbegriff zum Konzept der Transkulturalität verwendet, da letzteres sehr mit dem Namen Leininger verbunden ist, deren transkulturelle Pflge-theorie aus den 50er bis 60er Jahren des letzten Jahrhunderts stammt und dementsprechend auch in den anthropologischen Wissenschaften als veraltet geltenden Kulturtheorien beruht.

Allerdings ist die Diskussion um Transkulturalität in Deutschland in der Philosophie – und unabhängig von der Entwicklung der US-amerikanischen Pflge-theorien – fortgeführt worden. Welsch (1996) versucht mit dem Konzept der Transkulturalität `die Kultur` zu entsubstanzialisieren, um den derzeitigen gesellschaftlichen Verhältnissen gerecht zu werden, die sich sowohl durch Globalisierungs- als auch durch Individualisierungstendenzen charakterisieren lassen. Gesellschaftliches Leben ist gekennzeichnet durch permanente Übergänge. Es gibt keine festen Grenzen, keine fixen Vorstellungen, keine eindeutigen Lebensmuster bzw. Lebensentwürfe mehr. Jeder Mensch hat durch die Befreiung aus traditionalistischen Zwängen heutzutage eine größtmögliche Gestaltungsfreiheit für das eigene Leben. Darüber hinaus gibt es für das Leben nicht mehr nur einen Entwurf, sondern – das zeigt die Biografieforschung – es sind mehrere Lebensentwürfe (gleichzeitig und nacheinander) möglich. Wenn die gesellschaftliche Realität also nur noch aus individuellen temporären Übergangszonen besteht, bieten Kollektivkonzepte (wie das der Kultur) keine Handlungsgrundlage mehr; viel eher bergen sie die Gefahr der Stereotypen- und Vorurteilsbildung.

Das Konzept der Transkulturalität bietet hier sowohl einen theoretischen Zugang, als auch einen erweiterten und erweiternden Handlungsrahmen für die und in der Pflege. Transkulturalität beschreibt kulturelle **Prozesse** als flexibles individuelles Kondensat aus biografischen, soziografischen und ökologischen Faktoren, welches in Situationen immer neu verhandelt wird. Ihr Untersuchungsgegenstand sind Individuen als soziokulturelle und historische Knotenpunkte. Es betont die Gemeinsamkeiten, ohne die Unterschiede zu negieren. Vielmehr radikalisiert es diese, indem es die behindernden Kategorien beseitigt. Transkulturalität zeigt auf:

- dass es keine voneinander separierten `Kulturen` (mehr) geben kann;
- dass sie als wissenschaftlicher Untersuchungsgegenstand bestenfalls historisch von Interesse sein können;
- dass es keine von anderen Bereichen (Ökonomie, Soziales, Ästhetik, Biologie, Moral) autonome `kulturelle Bereiche`, sozusagen `Subsysteme` in der Sprache der Systemtheorie, gibt;
- dass keine `hohe` und `niedere Kultur` bzw. Kultursphäre existiert;
- dass es keine Natur- und im Gegensatz dazu Kulturmenschen gibt;
- dass es keine Kulturnationen gibt.

Transkulturalität kennt dementsprechend:

- keine festen Grenzen, sondern nur `liminale Strukturen`¹ (Turner 1995);
- keine absolut gültige universale Rationalität, sondern nur eine „transversale Vernunft“ (Welsch 1996);
- keine allein gültige kognitive Rationalität, sondern auch leibliche Vernunft (aus: Uzarewicz/Uzarewicz 2001:170).

Ein so verstandenes transkulturelles Konzept geht über den anfänglichen Anspruch, Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu finden (vgl. Leininger) hinaus und stellt konsequent das Subjekt als nicht feststellbare Größe in den Mittelpunkt, welches die verschiedensten kulturellen Ströme in einem gegebenen Zeitabschnitt und für eine spezifische Situation in sich bündelt, um sie sodann für andere Zeiten und Orte wieder aufzulösen und neu zu bündeln. Dieser aus der Philosophie kommende Ansatz deckt sich mit den jüngeren Pflege-theorien (vgl. Rizzo-Parse 1993) und dem situativen Handlungskonzept von Böhle/Brater/Maurus (1997). Im letzten Abschnitt wird dargelegt, was das Ziel einer transkulturellen Pflege ist und wie transkulturelle Kompetenz charakterisiert ist.

2. Phänomene der Fremdheit

Ebenso wie der Kulturbegriff ist auch der der Fremdheit mehrdeutig. Fremdheit hat drei Ebenen: die existentielle (Ebene des Subjekts), die erkenntnistheoretische (Metaebene der Betrachtung) und die normative (Ebene der gesellschaftlichen, kollektiven Wirkungsweise). Auf der **existentiellen** Ebene ist der Prozess der Ent-fremdung² ein selbstverständlicher und lebensnotwendiger Vorgang ist. Alles ist mir im Grunde fremd und mein Überleben und Leben kann ich nur dadurch sichern, indem ich mir Fremdes aneigne: sei es die Nahrung, die etwas mir Fremdes ist, die ich mir aber einverleiben muss, um zu existieren und dabei darauf achten muss, nichts Giftiges zu essen; seien es die anderen Menschen, die mir grundsätzlich fremd sind, zu denen ich aber Kontakt suche. Diese existentiellen Erfahrungen mit dem Fremden, die auf einen permanenten Ent-fremdungsprozess (Nostrifizierung) hinauslaufen, bilden das Grundmuster des Umgangs mit diesem Phänomen. Auf **erkenntnistheoretischer** Ebene ist fremd ein paradoxer Begriff. Er gibt vor, etwas beschreiben oder benennen zu können, was nicht benennbar ist, weil es eben fremd ist! Fremdes ist nicht von dieser Welt. Es gibt weder Worte noch Bilder für das absolut Fremde - außer dem Wort `fremd` natürlich. Paradox ist der Begriff deswegen, weil ich, indem ich etwas als fremd bezeichne, dieses Etwas mit einem Begriff belege und somit den ersten Schritt zur Ent-fremdung getan habe. Das als fremd Bezeichnete ist somit als solches klassifiziert und wird handhabbar: als Fremdes oder lediglich als Anderes. Damit ist bereits die **normative** Eben erreicht. Was als fremd gewertet wird, ist willkürlich und abhängig von sozio-historischen, politischen und kulturellen Faktoren. Im

¹ Liminale Struktur ist ein Fachbegriff aus der Ethnologie und bezeichnet Phänomene der Grenzüberschreitungen. Grenz-zonen lassen sich begreifen als Orte der Vermittlung mit dem Anderen, dem Fremden, Unbekanntem. Das Sich-bewegen in einer Grenzzone ist hochgradig ambivalent, da hier alles möglich ist: es ist der Bereich des Dazwischen, des uncommon sense, in dem alles neu verhandelbar ist. Grenzen sind demnach „bewegliche Austausch-zonen“ (Mühlmann 1985:23).

² Diese Schreibweise wird gewählt, um den Begriff von dem der Entfremdung zu unterscheiden. Dieser aus der marxistischen Theorie kommende Begriff meint zunehmende Fremdheit und das ist hier genau nicht gemeint.

gesellschaftlichen Miteinander finden permanente Umwertungsprozesse statt: Entfremdung im Sinne von Verfremdung und Ent-fremdung im Sinne von Aneignung (Nostrifizierung), die sich auf Dinge, Sachverhalte und Menschen beziehen können (vgl. Uzarewicz 1999:119f.). Bei diesen Umwertungsprozessen spielt der Faktor Kultur eine wichtige Rolle, da er ebenfalls willkürlich zugeschriebene Inhalte aufweist und auf der normativen Ebene verwendet wird. Das Konzept des Kulturfremden macht Fremde grundsätzlich manipulierbar. Mittels kultureller Stereotypisierung können die Fremden kategorisiert und hierarchisiert werden in solche, die anders sind und solche, die ganz anders sind – eben fremd. Die anderen sind eigentlich vertraut. Man kennt sie aus eigenen Erfahrungen, sie gehören lediglich nicht dazu. Sie müssen zwar als die Anderen beobachtet werden, aber: ob Freund oder Feind, man weiß, was man von ihnen zu halten hat. Die ganz Anderen sind die Fremden; sie werden primär abgelehnt, weil sie grundsätzlich bedrohlich sind, denn sie können nicht mit dem eigenen Erfahrungshorizont verbunden werden (vgl. Schütz 1962:59). Bei ihnen weiß man nicht, woran man ist. Deutlich wird der normative Vorgang der Entfremdung und Verfremdung am Beispiel der verschiedenen Gastarbeitergruppen in Deutschland: in den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts galten die italienischen Einwanderer noch als „Spaghettifresser“, heute gehört die italienische Küche zum gehobenen „deutschen“ Standard. In den 80er Jahren sind die Einwanderer aus der Türkei zu den Fremden geworden. Inzwischen wandelt sich ihr Status zu den bloß Anderen, sie sind nicht mehr fremd. Die Differenzierung in Andere und ganz Andere (eben Fremde) ist für den zwischenmenschlichen Umgang von besonderem Belang. Im persönlichen Kontakt, von Angesicht zu Angesicht, kann das Gegenüber nie der ganz Andere sein, er ist immer nur anders, weil man ihn als Mensch erkennt. Zum kategorial Fremden werden die anderen Menschen dann, wenn sie als abstrakte kollektive Größen gedacht werden (`die Türken` , `die Frauen` , `die Ausländer`). In der normativen Verwendung des Fremdheitsbegriffs liegt eine grundsätzliche Stigmatisierung verborgen. Die Ausgestaltung dieses Stigmas ist abhängig vom sozio-historischen Kontext und geschieht mittels des Kulturkonzepts. „Fremd und damit ganz Anders als das Eigene ist im Zweifelsfalle jede(r), der oder die nicht den Vorstellungen des common sense entspricht.“ `Fremd` und `Eigen` sind soziale Konstrukte. „Diese werden über den Sozialisations- und Enkulturationsprozess internalisiert. Auch das `Eigene` will gelernt sein.“ (Uzarewicz 1998:159).

In einer ideologiekritischen Funktion kann Fremdbeschreibung aber auch zur Selbstbeschreibung dienen: Durch die Betrachtung und Auseinandersetzung mit dem Fremden ist das Erkennen des Eigenen leichter möglich. Das Fremde dient als Spiegel des Eigenen. Klassisch gewordenes Beispiel sind die Südseeträume, die im Zeitalter der Aufklärung entstanden und ein Bild von dem idealen Leben im Naturzustand entwarfen, welches als Klischee bis heute in bunten Bildern der Reiseprospekte auffindbar ist. In der damaligen Zeit war dieses Bild ein Gegenentwurf zum eigenen Leben und fundamentale Gesellschaftskritik. Mit dem Erkennen des Eigenen wird eine Relativierung des Fremden möglich und damit eine Annäherung, ein Austausch und ein Prozess des gegenseitigen Lernens. Darüber hinaus kann – hat man sich auf diese Ebene eingelassen – auch das Fremde im Eigenen erkannt werden.

3. Migration

Migration (aus dem lateinischen `migrare` abgeleitet) bedeutet zunächst Wanderung und bezieht sich auf Individuen oder Gruppen, die im geographischen oder sozialen Raum wandern. Das Phänomen der Migration gab es zu allen Zeiten der Menschheitsgeschichte. Die Migrationsgründe sind vielfältig: wirtschaftliche und politische Missstände im Herkunftsland, Krieg, Vertreibung, Bestreben nach besseren Lebensverhältnissen, gesicherte Zukunft für die Kinder und Abenteuerlust können ausschlaggebende Faktoren sein. Für den Kontext der Altenpflege ist aus zwei Gründen eine spezielle Form der Migration, die Arbeitsmigration, die mit Beginn der Industrialisierung die heutigen Formen annimmt, von besonderer Bedeutung: 1. Diejenigen Menschen, die schon immer zu der gesellschaftlichen Oberschicht gehören, können sich pflegerische und medizinische Leistungen außerhalb des hiesigen Sozialsicherungssystems kaufen und sind nicht auf staatliche Versorgung angewiesen bzw. von ihr abhängig. 2. Zudem sind es gerade die ArbeitsmigrantInnen, bei denen sich der sogenannte „healthy-migrant-effect“ im Laufe des Arbeitslebens umkehrt. (vgl. BMFSFJ 2001: 75f.). Die Einwanderungsvoraussetzungen waren seinerzeit u.a. eine überdurchschnittliche Gesundheit der MigrantInnen, die durch deutsche Ärzte und Ärztinnen in den Anwerbeländern geprüft und bescheinigt wurde. Dies galt auch für die Familien als Voraussetzung für ein erfolgreiches Migrationsprojekt. Vergleichsstudien belegen, dass der Gesundheitsstatus der MigrantInnen zu Beginn ihres Aufenthaltes in Deutschland besser war, als der in der gleichaltrigen deutschen Bevölkerung (ebd.). Die rapide Verschlechterung dieses Gesundheitsstatus bei zunehmendem Alter hat vor allem soziale und ökonomische Ursachen, die im Folgenden kurz aufgelistet werden. Die älteren MigrantInnen

- haben ein unterdurchschnittliches Einkommen und daher generell eine niedrigere Rentenanwartschaft als deutsche Staatsbürger (vgl. auch Inter-Kult-Büro 1996);
- haben ein niedrigeres formales Bildungsniveau;
- waren während der Lebensarbeitszeit häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen;
- waren schlechteren Wohnbedingungen ausgesetzt;
- weisen eine Anhäufung gesundheitlicher Belastungsfaktoren während der Arbeit auf: Akkord- und Schichtarbeit, körperlich schwere Arbeit, Kontakt mit chemischen Noxen, Lärm- und Hitzebelastung, Zuweisung von extrem belasteten Arbeitsplätzen in der Industrie
- sind in besonderer Weise spezifischem Stress ausgesetzt:
 - plötzliche einschneidende Lebensereignisse, wie Migration eines darstellt;
 - durch den Anspruch der finanziellen Unterstützung seitens der „Daheimgebliebenen“;
 - permanente alltägliche Belastungen durch die Konfrontation mit der Fremdheitssituation, mit Stigmatisierungen, Integrationsanstrengungen, Sprachproblemen, langwierige, bürokratische Verfahren bezüglich des Aufenthaltsstatus, an den die Arbeitsgenehmigung gebunden ist
 - dauerhafte Überstunden;

- durch verschiedene Verständnisweisen von Krankheit, Gesundheit und Wohlbefinden, welche in Kontakt mit dem hiesigen Gesundheitssystem nicht selten zu Missverständnissen bis hin zu Fehldiagnosen geführt haben (vgl. BMFSFJ 2001: 75-76).

Diese sozialen und ökonomischen Faktoren müssen im kulturellen Pflegekontext berücksichtigt werden. Zu warnen ist jedoch vor einer Kulturalisierung bzw. Ethnisierung dieser sozio-ökonomischen Ursachen. „So sind z.B. bei empirischen Untersuchungen die gesundheitsrelevanten Verhaltensmuster von Patienten und der sie behandelnden Ärzte in vergleichbaren sozialen Schichten einander ähnlicher als innerhalb ethnischer Gruppierungen von Migranten (...)“ (BMFSFJ 2001: 76).

Die Vorstellung, bald wieder in das Herkunftsland zurückkehren zu können ist bei den meisten Migranten dauerhaft lebendig, obwohl eine Remigration statistisch in den seltensten Fällen erfolgt. Obgleich die ausländischen Senioren noch relativ gering an Zahl sind, treten aufgrund migrationspezifischer Probleme Frühverrentungen mit Hilfs- und Pflegebedürftigkeit früher auf, als in der vergleichbaren deutschen Bevölkerungsgruppe (vgl. Staatliche Pressestelle 1997). Zwar können die ausländischen Senioren auf größeres innerfamiliäres Hilfs- und Pflegepotential zurückgreifen, da sie in der Regel mehrere Kinder haben; aber auch bei türkischen Familien sind z.B. Rollenkonflikte aufgrund des gesellschaftlichen Strukturwandels vorprogrammiert. Die erwerbstätigen Kinder fühlen sich durch die traditionellen Erwartungen und den gesellschaftlichen Druck immer mehr überfordert. Oft bräuchten auch sie finanzielle und pflegerische Unterstützung und Beratung in der Pflege ihrer Angehörigen.

Im Gesundheitswesen gehört sowohl auf der personellen Seite, wie auch auf der der PatientInnen die internationale Vielfalt zum Alltag. Dennoch ist längst nicht gewährleistet, dass `die Anderen` eine ebenso gleichwertige professionelle Hilfe bekommen wie `die Eigenen`. Das liegt nicht allein an sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten (vielerorts werden inzwischen Dolmetscherdienste eingerichtet). Viel problematischer ist die Unkenntnis auf beiden Seiten über verschiedene Verständnisweisen von Krankheit und Gesundheit, die ebenso differente Äußerungen der Beschwerden beinhalten (Gestik, Mimik, Ausdrucksstärke etc.). In einer unbekannt (fremden) Gesellschaft leben und arbeiten ist eine Sache; in einer solchen Gesellschaft zu erkranken ist eine weitaus komplexere Problemsituation: „Die fremde Kultur dringt bis ins eigene Bett - als Anstaltsnachthemd direkt an die Haut - als Medizin in den Körper. Die Fremdheit der Sprache macht hilflos, mobilisiert Angst zusätzlich zu der durch das körperliche Leiden bereits erzeugten. Das andere Empfinden der eigenen Körperlichkeit trifft sich nicht mit Begrifflichkeiten und Arbeitsweisen der hiesigen Medizin“ (Wehkamp 1990:7). Jede Gesellschaft hat eigene Vorstellungen und Umgangsformen mit Krankheit und deren Verursachungen. Die Medizinethnologie hat zahlreiche Einzelfallstudien sowie konzeptionelle Überlegungen angestellt, wobei das eigene Medizinsystem ebenso als kulturelles Konstrukt untersucht wurde. Im Erfahrungshorizont von Migration sind heilkundliche Wertsysteme oft nicht kongruent mit den soziokulturellen Rahmenbedingungen. Das Leben in mehreren Welten gilt oft als Grundstimmung

und Grundproblem. Die Auflösung von nationalstaatlichen Grenzen, sowie Tourismus, Massenmedien, internationaler Handel etc. führen zu Prozessen der permanenten Grenzüberschreitungen im Lebensalltag jedes und jeder Einzelnen. Das bedeutet aber auch, dass nie zuvor die Gestaltungsmöglichkeiten der Lebensentwürfe und Lebensstile so flexibel waren wie in unserer Zeit (vgl. Bräunlein/Lauser 1997:I). „Das heutige Ausmaß der Kulturbegegnungen (...) ist ohne jede Parallele in der Geschichte“ (Mall 1995:57) und bezieht sich nicht nur auf gesellschaftliche Teilbereiche wie Ökonomie, Politik oder Technik, sondern umfasst und durchdringt alle Lebensbereiche. „Denkmuster, in denen Identitäten und Ortsverbundenheit, Entwurzelung und Migration *zwangsläufig* verbunden sind, führen in einer Welt, die wesentlich von Übergängen, Fusionen, Auflösungen und Neuschöpfungen gekennzeichnet ist, zu Aporien und zu falschen politischen Entscheidungen“ (Bräunlein/Lauser 1997:II). Das Leben in mehreren Welten führt die Rede Wehkamps vom Aufenthalt in `einer fremden Kultur` nicht weiter. Sensibilisiertes Denken als Voraussetzung für jegliches Handeln ist notwendig, wenn der menschlichen (und nicht nur der nationalstaatlichen) Vielfalt Rechnung getragen werden soll und einfaches Rezeptwissen kann es daher nicht geben.

4. Transkulturelle Pflege

Ausgehend von den Vorstellungen über die Heterogenität und schnelle Wandelbarkeit unseres gesellschaftlichen Lebens, bietet das Konzept der transkulturellen Pflege einen praktischen Zugang zu den Menschen, die in unserem Gesundheitssystem Hilfe brauchen. **Transkulturelle Kompetenz** ist erlernbar. Ein sensibilisierendes reflexives Lernen stellt den Menschen als leibhaftiges Subjekt in den Mittelpunkt und macht ihn zum Ausgangspunkt aller Betrachtungen, und nicht umgekehrt vage Vorstellungen, die auf abstrakten Kategorien beruhen und die Grundlage bzw. den Maßstab bilden, mit dem Menschen gemessen und beurteilt werden. Es gilt vielmehr in einer transkulturellen Perspektive diese Kategorien am gelebten Leben zu überprüfen und weiter zu entwickeln. Diese Art von Lernen bezieht sich auf die Entwicklung einer Kompetenz, Strukturen von Wissens- und Sinnordnungen in ihrer Pluralität und Widersprüchlichkeit zu erkennen, sich darauf einlassen zu können, um spezifische Synergieeffekte aus den verschiedenen Wissens- und Sinnordnungen zu fördern. Transkulturelle Kompetenz kann als eine spezifische Sensibilität für Situationen bezeichnet werden, als eine erweiterte soziale Kompetenz (vgl. Domenig 2001).

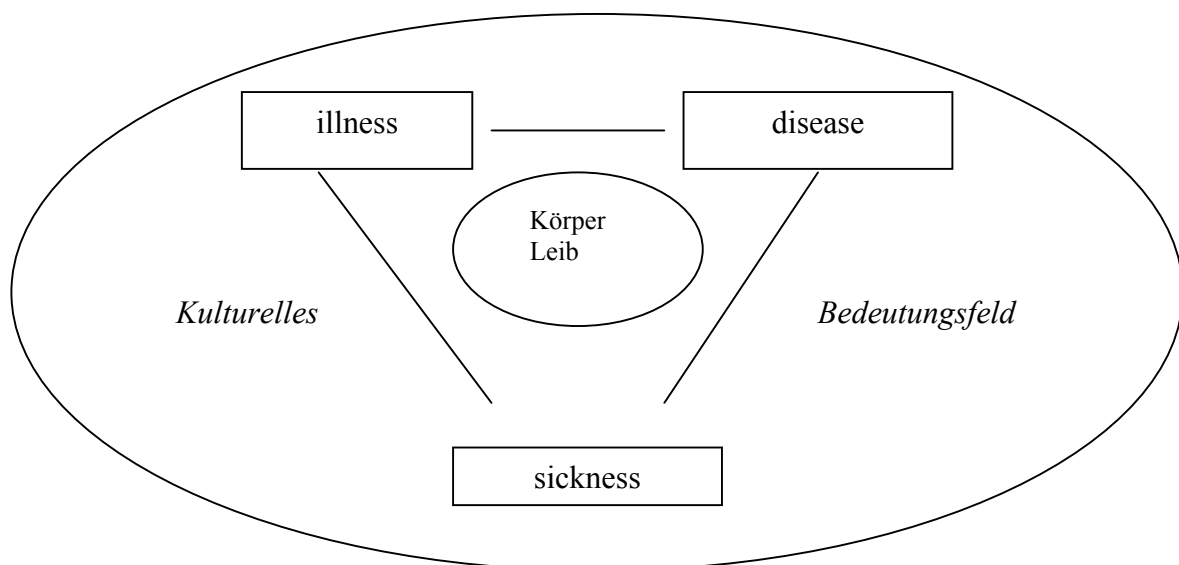
„Transkulturelle Kompetenz umfasst also folgende Punkte:

1. Reflexion der eigenen persönlichen (gewöhnlich nicht-bewussten) und der biomedizinischen Wissens- und Sinnordnungen.
2. Erschließen der jeweils subjektiven Wissens- und Sinnordnungen der KlientInnen.
3. Versuch einer Transformationsleistung im Sinne einer Ineinanderverschränkung der Wissens- und Sinnordnungen; die eigenen Deutungsmuster dürfen nicht als ausschließliche normative Grundlage dienen.

4. Herausfiltern von Ähnlichkeiten/Gemeinsamkeiten, sowie von Widersprüchen und Unterschieden, um Ansatzpunkte für eine gemeinsame Handlungsstrategie zu entwickeln.“ (Uzarewicz/Uzarewicz 2001: 171).

Im Rahmen der medizinischen Anthropologie gibt es interessante Ansätze, die für den Alten-Pflegebereich nutzbringend sein können. Exemplarisch sei dies am Illness-Disease-Modell von A. Kleinman (1980) vorgestellt. Er geht – wie auch Leininger – davon aus, dass es verschiedene medizinische und pflegerische Systeme gibt: das professionelle System, das tradierte Folk-System und das aktuelle Laienverständnis über Zusammenhänge von Lebensprozessen. Alle drei Systeme korrespondieren miteinander. Um eine medizinische und pflegerische Betreuung tatsächlich zum Wohl der KlientInnen ausführen zu können, muss ein Zugang gefunden werden, der diese Systeme und deren Verbindungen untereinander entschlüsseln kann. Kleinman unterscheidet zwischen illness und disease, was im Deutschen mit Kranksein und Krankheit übersetzt werden kann. Kranksein bezieht sich auf die subjektive Seite des Geschehens, die jeweils eigene Wahrnehmung der KlientInnen, die psychosozialen Aspekte, in denen sich die KlientInnen bewegen. Krankheit gibt die Außenperspektive wieder, z.B. die schulmedizinische Klassifikation der Symptome oder die Pflegediagnosen. Beide Aspekte einer Erkrankung (sickness) sind selten deckungsgleich. „Kranksein ist eine Antwort auf Krankheit, Kranksein formt Krankheit in Verhalten und Erfahrung“ (Lux 1999: 127). Dies hat auf der sorgend-therapeutischen Ebene seine Entsprechung.

Schaubild 1:



Erklärung:

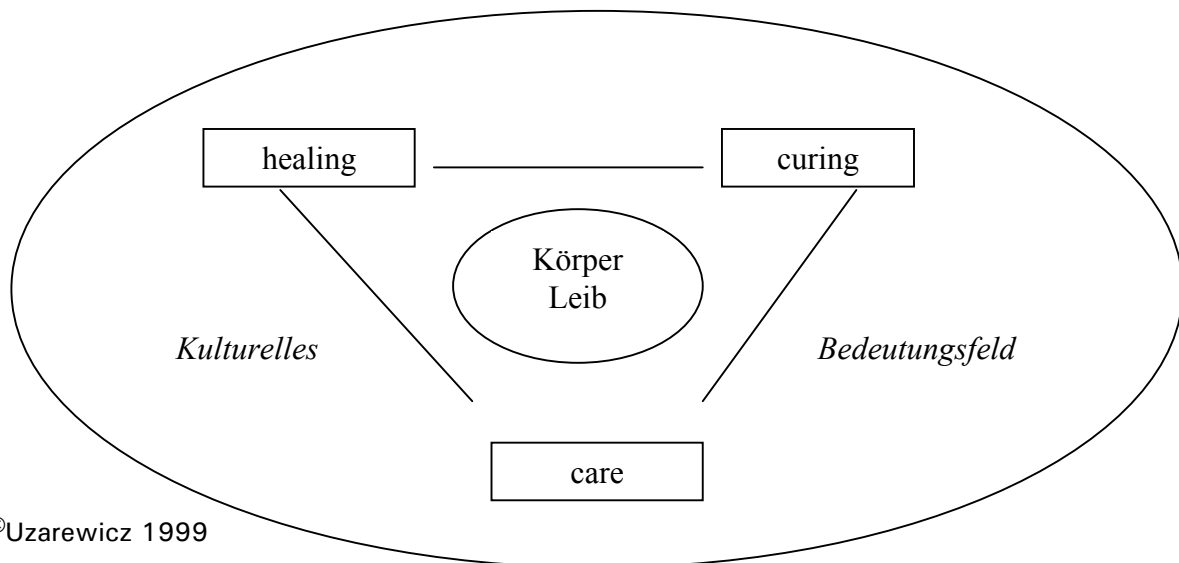
©Uzarewicz 1999

Illness: subjektive, psychosoziale Seite des Geschehens, Kranksein

Disease: schulmedizinische Seite des Geschehens, Krankheit

Sickness: Erkrankung als Oberbegriff, der beide Aspekte enthält

Schaubild 2:



©Uzarewicz 1999

Erklärung:

Healing: Heilen; beinhaltet psychosoziale und spirituelle Aspekte

Curing: Behandeln; beinhaltet technisch-instrumentelle Aspekte

Care: Sorgen als Oberbegriff, der beide Aspekte enthält

Die Art und Weise der Fragestellung im Rahmen einer Pflegeanamnese vermag unterschiedliche Wissens- und Sinnordnungen bzw. Bedeutungsfelder zu aktivieren oder zu unterdrücken.

Beispiel: Die Frage nach demselben Phänomen unterschiedlich gestellt:

1. Was haben Sie für Schmerzen?

Durch diese Art der Fragestellung werden in der Antwort Definitionsversuche, ähnlich einem Lehrbuchwissen suggeriert. „Ich habe Bauch-, Kopf-, Gliederschmerzen“ (Idee der Lokalisation von Schmerz); oder/und: „der Schmerz ist dumpf, stechend, ziehend“ etc. (Idee der bestimmbareren Ausdrucksform des Schmerzes).

2. Was bedeutet der Schmerz für Sie? Oder: Was macht der Schmerz mit Ihnen?

Der Schmerz wird nicht isoliert abgefragt, sondern es wird versucht, den Kontext, der für den Menschen in Bezug auf seinen Schmerz wichtig ist, herauszufinden. „Ich spüre mich wieder an der schmerzenden Stelle; ich habe schlechte Laune; ich fühle mich isoliert“ etc. Hier stehen nicht erwartete Antworten im Vordergrund, sondern die lebendige Person und ihr Erfahrungs- und Empfindungsschatz.

Diesen Ansatz gilt es in die Pflegeanamnese aufzunehmen und in den Pflegeprozess vollständig zu integrieren. Die Vorgehensweise ähnelt einem Forschungsprozess: es geht darum, eine forschende neugierige Fragehaltung einzunehmen und nicht ein auf Vorurteilen basierendes Handeln zu vermitteln: Beobachten, Festhalten der sprachlichen und nichtsprachlichen Aussagen, Interpretation, Darstellung, Zusammenfassung der Ergebnisse (evtl. Erkennen von Mustern) (vgl. Lux 1999:19) sind die Schritte, die zu einer subjektorientierten Pflege führen und damit grundlegend für die transkulturelle Kompetenz sind. Nur so kann das kategoriale Denken einer permanenten Prüfung unterzogen werden

oder anders gesagt: diese Vorgehensweise schützt vor der Gefahr, in stereotype Denkmuster zu verfallen und Vorurteilen Glauben zu schenken. (Z.B.: Essen wirklich alle Moslems kein Schweinefleisch? Essen wirklich alle Christen am Freitag kein Fleisch?)

Methodisch können dabei die Strukturfragen von Kleinman eine Hilfestellung sein:

- „1. Wie bezeichnen **Sie** das Problem?
2. Was ist **Ihrer Meinung** nach die Ursache des Problems?
3. Warum trat das Problem **Ihrer Meinung** nach gerade in dem Moment auf?
4. Wie wirkt sich die Krankheit **Ihrer Meinung** nach aus? Wie funktioniert sie?
5. Wie schlimm ist die Krankheit? Wird sie einen langen oder kurzen Verlauf nehmen?
6. Welche Behandlung sollte der Patient/die Patientin **Ihrer Meinung** nach erhalten? Welche Ergebnisse erhoffen **Sie** sich am meisten von dieser Therapie?
7. Was sind die größten Probleme, die die Krankheit verursacht hat?
8. Wovor haben **Sie** bei dieser Krankheit am meisten Angst?“ (Fadiman 2000:267-268; Hervorhebung, Ch. Uz.).

Im Rahmen der transkulturellen Pflege gilt es also zu lernen, zwischen der Eigen- und der Fremdbeobachtung und –wahrnehmung zu differenzieren. Es geht um das Explizit-machen des Verständnisses des jeweiligen Gegenübers. Dabei kann es durchaus vorkommen, dass die Antworten auf die Fragen aufgrund des jeweils eigenen Wissens- und Sinnrasters zunächst nicht verstanden bzw. gedeutet werden können. Damit ist ein erstes Ergebnis bereits gewonnen, nämlich die Erkenntnis, dass die eigene Wissens- und Sinnordnung anders oder ganz anders strukturiert ist, als die des Gegenübers. Daraus lässt sich schließen, dass durchgeführte Handlungen bzw. Anweisungen, die im Rahmen der eigenen Wissens- und Sinnordnung logisch und richtig erscheinen, gar nicht als solche wahrgenommen oder verstanden werden können. (Hier liegt oft ein Grund für die vielbeschworene Noncompliance bei PatientInnen).

Ziel der transkulturellen Pflege ist die Verknüpfung von (individuellen) Verhaltensweisen, Interpretationen und (kollektiven) Wissens- und Sinnordnungen, oder anders gesagt, die „Explikation alltäglicher Orientierungsmuster und kommunikativer Regelsysteme“ (Bohnsack/Marotzki 1998: 7). Dies geschieht mittels der biografischen Methode, die an den Individuen ansetzt und versucht, „kulturelle Erfahrungsräume“ bzw. Wissens- und Sinnordnungen herauszufiltern (Bohnsack/Marotzki 1998: 8). Eine professionelle transkulturelle Pflege soll in ihren Handlungsdimensionen genau diese Differenzen erfassen können, um patientInnenorientiert und der Situation angemessen reagieren zu können.

5. Literatur

BMFSFJ (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Hg. Vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Drucksache 14/5130, Berlin

- Böhle F./F. Brater/A. Maurus (1997): Pflegearbeit als situatives Handeln. In: Pflege 10: 18-22
- Bohnsack Ralf/Winfried Marotzki (1998): Biographieforschung und Kulturanalyse. Transdisziplinäre Zugänge qualitativer Forschung. Opladen, Leske + Budrich
- Bräunlein Peter/Andres Lauser (1997): Grenzüberschreitungen, Identitäten. Zu einer Ethnologie der Migration in der Spätmoderne. In: KEA. Zeitschrift für Kulturwissenschaften 10: I-XVIII
- Brink, Pamela (Ed.) (1976): Transcultural Nursing. A Book of Readings. Illinois
- Domenig, Dagmar (Hg.) (2001): Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis. Bern, Hans Huber
- Dornheim, Jutta (1997): Unterschiedliche Kulturbegriffe und ihre Bedeutung für Theorien der transkulturellen Pflege – Ein Beitrag zu den Grundlagen der Pflegewissenschaft. In: Uzarewicz, Ch./G. Piechotta (Hg.) (1997): Transkulturelle Pflege. Berlin, VWB: 11-32
- Fadiman, Anne (2000): Der Geist packt dich und du stürzt zu Boden. Ein Hmong-Kind, seine westlichen Ärzte und der Zusammenprall zweier Kulturen. Berlin, Berlin Verlag
- Hinz-Rommel, Wolfgang (1994): Interkulturelle Kompetenz. Ein neues Anforderungsprofil für die soziale Arbeit. Münster
- Hirschberg, Walter (Hg.) (1988): Neues Wörterbuch der Völkerkunde. Berlin, Dietrich Reimer Verlag
- Inter-Kult-Büro des Amtes Kultur und Freizeit (KUF) (Hg.) (1996): Migration und Alter. Unterrichtsmaterial für die Ausbildung von Altenpflegerinnen.
- Kleinman, Arthur (1980): Patient and Healers in the Context of Culture. Berkley, Univ. of California Press
- Kollak, Ingrid/Hans Küpper (1997): Multikulturalität am Beispiel des Neuköllner Krankenhauses in Berlin. In: Uzarewicz, Ch./G. Piechotta (Hg.) (1997): Transkulturelle Pflege. Berlin, VWB: 115-132
- Leininger, Madeleine (1998): Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Freiburg i.Br., Lambertus
- Lipp, Wolfgang (1979): Kulturtypen, kulturelle Symbole, Handlungswelt. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 31: 450-472
- Lux Thomas (1999): Krankheit als semantisches Netzwerk. Ein Modell zur Analyse der Kulturabhängigkeit von Krankheit. Berlin, VWB
- Mall, Ram Adhar (1995): Philosophie im Vergleich der Kulturen. Darmstadt
- Mühlmann, Wilhelm (1985): Studien zur Ethnogenese. Opladen
- Peplau, Hildegard E. (1997): Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege. Bern u.a., Hans Huber Verlag
- Rizzo Parse, Rosemarie (1993): Theory of Health as Human Becoming. London
- Rizzo Parse, Rosemarie (1995): Illuminations: the Human Becoming Theory in Practice and Research. New York
- Schütz, Alfred (1962): The Stranger. Den Haag, Nijhoft
- Staatliche Pressestelle (1997): Wohn- und Lebenssituation älterer ausländischer Hamburgerinnen und Hamburger. Freie und Hansestadt Hamburg
- Turner, Viktor (1995): Vom Ritual zum Theater. Der Ernst des menschlichen Spiels, Frankfurt/Main, Fischer

- Uzarewicz, Charlotte/Michael Uzarewicz (2001): Transkulturalität und Leiblichkeit in der Pflege. In: Intensiv. Fachzeitschrift für Intensivpflege und Anästhesie. Heft 4: 168-175
- Uzarewicz, Charlotte (1999): Transkulturalität. In: Kollak, I./H.S. Kim (Hg.): Pflge theoretische Grundbegriffe. Bern u.a.: 113-128
- Uzarewicz, Charlotte (1998): Zur Problematik des Kulturbegriffs und das Phänomen des Fremden - Überlegungen zu theoretisch-konzeptionellen Grundlagen der transkulturellen Pflege als Gegenstand der Lehre. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. Heft 3, Juni 1998. Huber Verlag Bern, Toronto u.a.: 156-160
- Uzarewicz, Charlotte/Gudrun Piechotta (Hg.) (1997): Transkulturelle Pflege. Berlin, VWB
- Wehkamp, Karl-Heinz (1990): Zwischen zwei Kulturen: Was macht Ausländer krank? In: Kenntenich, H./P. Reeg/K.-H. Wehkamp (Hg.): Zwischen zwei Kulturen: Was macht Ausländer krank? Frankfurt/Main
- Welsch, Wolfgang (1996): Vernunft. Die zeitgenössische Vernunftkritik und das Konzept der transversalen Vernunft. Frankfurt/Main, Suhrkamp Verlag