Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 110 (2012)

Heft: 9

Artikel: In guter Hoffnung in der Fremde : zur geburtshilflichen Betreuung von Frauen mit Migrationshintergrund

Autor: Schildberger, Barbara

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-949384

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 13.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Editorial

Liebe Leserin, liebe Leser

Genau zehn Jahre ist es her, seit das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Strategie «Migration und Gesundheit» verabschiedet hat. Damit erteilt das BAG den Anbietern im Gesundheitswesen den Auftrag, verstärkt auf die gesundheitliche Situation und die Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung einzugehen. Sich ihr besonders anzunehmen ist nämlich keine blosse Gefälligkeit, sondern ein entscheidender Faktor, um die in dieser Gruppe erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken zu senken. Gefordert wurden umfassende Schulungen in transkultureller Kompetenz sowie die Schaffung von abgestimmten Strukturen und Angebote im Gesundheitswesen.

Wo stehen wir heute? Immer mehr Hebammen sind in der Lage, empathisch auf junge Ausländerfamilien einzugehen oder wissen unter anderem auch, dass die Migrations- bzw. Integrationsgeschichte ihre Gesundheitsressourcen und -stressoren beeinflusst. Aber: Inadäquater Umgang und Konflikte kommen weiterhin vor – und geht es hart auf hart, wird schnell auf vorgefasste Meinungen zurückgegriffen und damit sind Missverständnisse vorprogrammiert –, der Bedarf an Dolmetschenden ist bei weitem nicht gedeckt, innovative Lösungsmodelle sind unter dem aktuellen Spardruck schwer durchzusetzen und das migrationspolitische Klima ist rau, restriktiv, und es wird zwischen erwünschten und nicht erwünschten Migrationsgruppen unterschieden. Das geht auch an uns Hebammen nicht spurlos vorbei!

Es bleibt den Gesundheitsinstitutionen und den auf der politischen Ebene Handelnden noch sehr viel zu tun, um Arbeitsbedingungen und geburtshilfliche Angebote zu schaffen, die uns in die Lage versetzen, die erworbenen Kompetenzen überhaupt umzusetzen. Gerade im Bewusstsein, dass oft die schwierigsten Klientinnen auch die schwächsten sind, müssen wir Hebammen weiterhin genau hinschauen, auf individuelle Besonderheiten eingehen und uns auf eine lebenslange Beziehungsarbeit mit immer wieder anderen Gebärenden, mit anderen Vorstellungen, aus anderen Ländern einlassen.

Paola Origlia Ikhilor, Hebamme, Dozentin Berner Fachhochschule Gesundheit, Bern

In guter Hoffnung in de Betreuung von Frauen n

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett stellen für alle Frauen, besonders beim ersten Kind, hochsensible und vulnerable Lebensphasen dar. Eingebettet in sozio-kulturelle Lebenswelten und typische Traditionen, Bräuche, Denk- und Wertemuster führen diese Phasen zu einer Veränderung an die Rollenerwartung im Frau- und Mutter-Sein und gelten so als kritische Übergänge in der weiblichen Biographie. Frauen mit Migrationshintergrund erfahren diese Situationen abseits ihrer gewohnten sozio-kulturellen Strukturen und sind somit vor besondere Herausforderungen gestellt. Dieser Artikel beleuchtet einige der Besonderheiten der geburtshilflichen Betreuung von Frauen mit Migrationshintergrund und umreisst die Anforderungen einer migrationssensiblen Versorgung im Sinne eines transkulturellen Kompetenzbegriffes in der Geburtshilfe.

Dr. Barbara Schildberger ist Hebamme, studierte Soziologie, Psychologie und Pädagogik und promovierte an der Johannes-Kepler-Universität in Linz am Institut für Soziologie zum Thema «Transkulturelle Kompetenz in der Geburtshilfe». Ihre Doktorarbeit wurde im Jahre 2011 in einer überarbeiteten Version im Mabuse-Verlag aufgelegt. Zurzeit leitet sie den FH Bachelorstudiengang Hebamme an der FH Gesundheitsberufe Oberösterreich in Linz.

Kulturelle Kompetenz – Fit im Umgang mit Anderen

Die kulturelle und ethnische Heterogenität unserer Gesellschaft bedingt eine Auseinandersetzung mit der Frage, wie die Begegnung der Kulturen auf gesamtgesellschaftlicher, aber auch individueller Ebene gelingen kann. Je nach Fokussierung fallen die Definitionen eines kulturellen Kompetenzbegriffes unterschiedlich aus und thematisieren einerseits die strukturellen Bedingtheiten des sozialen Kontextes und andererseits die direkten, zwischenmenschlichen Interaktionsformen. Da Menschen in ihrem interaktiven und kommunikativen Handeln sensibel auf unterschiedliche Einflussgrössen des Miteinanders reagieren, ist der *kulturelle Kompetenzbegriff* nicht als statische Leitlinie zu standardisieren, vielmehr muss er die Intentionen und Motivlagen der Interaktionspartner berücksichtigen:

«Cultural intelligence means being skilled and flexible about understanding a culture, learning more about it from your ongoing interactions with it, and gradually reshaping your thinking to be more sympathetic to the culture and your behavior to be more skilled and appropriate when interacting with others from the culture.»[1]

Als wesentlicher Faktor einer kulturellen Kompetenz gilt das Verstehen, die Abstimmung und Toleranz über die kulturellen Wertesysteme aller an der Interaktion beteiligten Personen. Erst vor diesem Hintergrund kann der jeweiligen Situation entsprechend kulturell kompetent interagiert und kommuniziert werden.[2]

Fremde – zur geburtshilflichen t Migrationshintergrund

Kulturelle Kompetenz in der Gesundheitsversorgung

Kulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen bedeutet nun einerseits, kultursensible Versorgungsstrukturen zu schaffen und so z. B. Massnahmen zur störungsfreien Verständigung bei sprachlicher Vielfalt zu implementieren oder die Gestaltung des Speiseplans auf unterschiedliche Essgewohnheiten hin auszurichten. Andererseits gilt es, jegliche Beratungs-, Betreuungs- und Pflegehandlungen auf Normen und Wertvorstellungen der eigenen Kultur hin zu überdenken und, wenn erforderlich, zugunsten neuer migrationssensibler Konzepte und Strategien abzuändern.[3] So umfasst transkulturelle Kompetenz auf individueller Ebene nach Domenig die Komponenten Selbstreflexion, Wissen, Erfahrung und Empathie und «stellt nicht ‹Kulturen› ins Zentrum, sondern die Interaktion zwischen Pflegenden und MigrantInnen. Interaktion beinhaltet das Aufeinandertreffen von unterschiedlichen Lebenswelten und Lebenserfahrungen».[4]

Aspekte von Transkulturalität in der peripartalen Betreuung

Die jeweiligen lebensweltlichen Bedingtheiten und individuellen biographischen Erfahrungen prägen unweigerlich die Wahrnehmungs-, Denk-, Handlungs- und Haltungsdispositionen von Menschen sowie deren Kommunikations- und Interaktionsstrukturen. So können für geburtshilfliche Betreuungsprozesse im transkulturellen Kontext vornehmlich acht interdependente und die Betreuungsqualität massgeblich beeinflussende Dimensionen festgemacht werden:

1. Kommunikationsfähigkeit
2. Erwartungen an die Geschlechterrolle bzw. Mutterrolle
3. Erwartungen an die Rolle der Klientinnen/Patientinnen, Rolle der medizinischen Berufe
4. Kulturell geprägte Einstellungen zu und Erwartungen an Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
5. Familie und soziales Umfeld
6. Ängste und Unsicherheiten
7. Wissen um sozio-kulturelle Bedingtheiten
8. Spezifische kulturelle Gepflogenheiten in der peripartalen Betreuung[5]

Der Kulturbegriff als Synonym für gesellschaftliche Pauschalisierungen

Ungeachtet der globalen Vernetzung jeglicher sozialer Systeme wird der Begriff der Kultur nach wie vor mit dem Verständnis begrenzter Nationen bzw. Regionen gleichgesetzt. Ein so angedachter Kulturbegriff ignoriert allerdings die intra- und multikulturelle Heterogenität von Kultursystemen, pauschalisierte Sozialcharaktere und pointiert so soziale Unterschiedlichkeiten. Sensible transkulturelle Betreuungskonzepte im geburtshilflichen Kontext müssen in der Lage sein, die individuellen Bedürfnisse der zu betreuenden Frauen und Familien in den Mittelpunkt zu stellen und dabei die individuell unterschiedlichen Lebenswelten zu berücksichtigen.[6]

Verstehen und verstanden werden

Adäquate Kommunikationsfähigkeiten in allen Situationen des Alltags gelten als Voraussetzung der sozialen Partizipation. Sprachbarrieren sind vor allem in nichtalltäglichen Settings für die Betroffenen eine besondere Herausforderung und Belastung. So generiert die Fähigkeit, eigenen Bedürfnissen und Befindlichkeiten ausreichend Ausdruck verleihen zu können, zu einer wesentlichen Grundlage einer gelungenen peripartalen Betreuung.[7] Abgesehen von den syntaktischen Anforderungen jeder Sprache verweisen aber vor allem die semantischen und pragmatischen Aspekte des Sprachgebrauchs auf die Subtilität von Kommunikation. So gilt es demnach nicht nur Informationen auszutauschen, sondern die kulturellen Bezugssysteme und die darin verborgenen Normen- und Wertesysteme der Kommunikations- und Interaktionspartner wahrzunehmen und abzugleichen.[8] Diesem Verständnis folgend kann demnach eine linguistische und eine kulturelle Interpretation unterschieden werden, wobei die Besonderheit des «Cultural Interpreters» im Gegensatz zur Funktion des herkömmlichen Dolmetschers darin liegt, zusätzlich zu dem Gesagten auch die subtilen, nonverbalen Aspekte der Sprache im jeweiligen kulturellen Kontext übersetzen, deuten und vermitteln zu können.[9]

Die Verteidigung der Ungestörtheit

Die Wahrung der Intimsphäre während der Geburt ist eine Forderung, die abgekoppelt von soziokulturell geprägten Vorstellungen eines Schamgefühls bedacht werden muss. Vielmehr ist die Schaffung einer geschützten, für die Gebärende angenehmen Atmosphäre eine Voraussetzung für eine physiolo-

Gut zu wissen

Migration, also die freiwillige oder nicht freiwillige geographische und soziale Wanderung von Menschen ist als Phänomen so alt wie die Menschheit selbst.[14] Der dem Wanderungsprozess vorangehende Entscheidungsprozess beruht auf einem Vergleich von Faktoren (z. B. Arbeitsbedingungen, ökonomische Dimensionen), die eine Region attraktiv erscheinen lassen oder zur Abwanderung veranlassen. Lee bezeichnete in seinen Theorien zur Migration diese Faktoren als Push- und Pull-Faktoren (die nebst persönlichen Faktoren und unterschiedlichen, eventuell vorhandenen Hürden wie z.B. Einwanderungsgesetzen) die Entscheidung zur Migration massgeblich beeinflussen.[15] Diesem Verständnis einer bewussten, rationalen Entscheidung zur Migration ist allerdings entgegenzuhalten, dass im Falle einer Fluchtmigration nur jene Überlegungen greifen, die ein Entkommen aus der Region und ein Überleben ermöglichen.
Nach Schätzungen des UN-Flüchtlingshochkommissariats UNHCR befinden sich weltweit 43,7 Millionen Menschen aufgrund von Verfolgung oder gewaltsamer Vertreibung auf der Flucht.[16] Ein spezifisches und quantitativ bedeutendes Phänomen ist die Heiratsmigration, wobei solche Ehen besonderen Herausforderungen ausgesetzt sind, «weil die Ehepartner wegen der sehr unterschiedlichen Herkunfts- und Lebensbedingungen sehr viel grössere Aufgaben der ehelichen Anpassung und der gemeinsamen Ausgestaltung der Partnerschaft zu lösen haben.»[17]

[1] Thomas, Inkson 2004, S. 14.
[2] Vgl.: Losche, Püttker 2009, S. 99.
[3] Vgl.: Zielke-Ndkarni 1997, S. 102.
[4] Domenig 2001, S. 148.
[5] Vgl.: Schildberger 2011, S. 123ff.
[6] Vgl.: Schildberger 2011, S. 125ff
[7] Vgl.: schildberger 2011, S. 130ff
[8] Vgl.: Zimmermann 2000, S. 26.
[9] Vgl.: Srivastava 2007, S. 129.

Folgende Tabelle zeigt die ständige Wohnbevölkerung und verdeutlicht die heterogene Demographie der Schweiz.

	In Tausend	In %
Total	6417	100.0
Bevölkerung ohne Migrationshintergrund	4360	67.9
Bevölkerung mit Migrationshintergund*	1967	30.7
1. Generation	1604	25.0
2. und höhere Generation	363	5.7
Personen mit nicht bestimmbaren Migrationsstatus	89	1.4

*) inkl. Ausländer der dritten und höheren Generation

Tabelle 1: Ständige Wohnbevölkerung ab 15 Jahren nach dem für die Integrationsmessung angepassten Migrationsstatus[18].

gische Endokrinologie während der Geburt.[10]

«Auch wenn mitteleuropäische Frauen gelernt haben, Schamgefühle in manchen Situationen abzubauen und ihre Sexualität aufgeschlossener zu leben, ist der Schutz der Intimsphäre während der Geburt doch ein kulturübergreifendes, allen Frauen gemeinsames Thema.»[11]

Die Familie als wichtiges soziales Kapital

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gelten als besonders vulnerable Phasen im Leben einer Frau, in welchen die Familie und das soziale Netzwerk als überaus wichtige Ressource fungieren. Werden diese Beziehungen durch Migration getrennt, gehen für die Frau und die Familie wichtige Unterstützungsleistungen verloren. Besonders diesen Frauen und Familien gilt es mit niedrigschwelligen Angeboten umfassenden Support zukommen zu lassen.

«Das Kennenlernen von anderen Müttern und Kindern, der Erfahrungsaustausch, konkrete Hilfestellungen, emotionaler Beistand und der Aufbau von Freundschaften sind nur einige der überaus wichtigen Komponenten, welche die junge Familie vor Überlastung und Gefahren einer sozialen Deprivation und Isolation schützen.»[12]

Unterschiedliche Bedürfnisse erfordern flexible Lösungen – Transkulturalität in der Geburtshilfe

Mit der Begrifflichkeit einer transkulturellen Betreuungskompetenz sind jene sozial-kommunikativen, personalen, fachlichen und handlungsrelevanten Fertigkeiten, Fähigkeiten und Motivationsstrategien subsumiert, die einen kultursensiblen Umgang im Hinblick auf spezifische Lebenswelten, Traditionen und Bedingtheiten zu arrangieren in der Lage sind. Vor allem muss aber eine transkulturelle Kompetenz in der Geburtshilfe so gefasst sein, «dass die Würde jedes Menschen, die Identität des Individuums geachtet wird.»[13]

Fazit

Durch weltweite Mobilitätsbewegungen wurden tiefgreifende soziale Strukturveränderungen auf gesamtgesellschaftlicher aber auch individueller Ebene initiiert. Davon ausgehend müssen im Gesundheitswesen sowohl intra- als auch extramural Strukturen geschaffen werden, welche die Gesundheitsversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund sicherstellen. So wird zukünftig der Grad der Partizipation am Gesundheitswesen zunehmend als Massstab einer gesellschaftlichen Integration gelten. Eine Herausforderung eines auch politisch angestrebten Miteinanders innerhalb ethnischer Vielfalt ist die Sensibilisierung und Motivation der Menschen, einander wertfrei, vorurteilsfrei, respektvoll und empathisch jenseits aller kulturellen Zuschreibungen zu begegnen.

Konkretes für die Praxis

1. Bei Sprachbarrieren ist unbedingt zu gewährleisten, dass eine Möglichkeit gegenseitiger Verständigung (z. B. Cultural Interpreter, Dolmetscher) geschaffen wird.
2. Die Frauen und Familien sollen zeitgerecht über die organisatorischen Rahmenbedingungen und geburtshilflichen Betreuungskonzepte der Einrichtung aufgeklärt werden.
3. Die Frauen sollen dazu angehalten werden, ihre Wünsche und Bedürfnisse anzusprechen. Diese gilt es dann in Kooperation mit der Frau mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten innerhalb der gegebenen Rahmenbedingungen abzugleichen.
4. Die Würde der Frau, die Identität der Frau ist vor dem Hintergrund ihrer kulturell geprägten Lebenswelt, ihrer kulturell geprägten Denk-, Wahrnehmungs-, Handlungs- und Verhaltensstrukturen zu achten.
5. Die Betreuung von Frauen soll jenseits trennender eigen- und fremdkultureller Zuschreibungen erfolgen.
6. Das Betreuungskonzept soll die sozialen und familiären Bedingtheiten der Frauen beachten, einer Deprivation und Isolation der Frauen ist durch die Schaffung umfassender gesellschaftlicher Partizipationsmöglichkeiten entgegenzuwirken.
7. Um transkulturell kompetent zu betreuen, werden nicht nur umfassendes Wissen um die kulturellen Systeme und die kulturellen Gepflogenheiten zwischenmenschlicher Interaktion und Kommunikation vorausgesetzt, sondern auch jene persönlichen Einstellungen, Menschen mit Migrationshintergrund wertfrei, respektvoll und empathisch begegnen zu wollen.

Menschen mit Migrationshintergrund haben einerseits durch den Verlust ihrer Lebenswelt einen Trennungs- und Trauerprozess zu bewältigen[19] und andererseits die Herausforderungen neuer sozialer Rahmenbedingungen zu bestehen. Die mit dem Migrationsprozess verbundenen Gefühle beschreibt Machleidt als «Emotionslogik der Gefühle», die drei Phasen durchlaufen. Die erste Phase des Migrationsprozesses ist geprägt von Gefühlen der Freude und Neugier, aber auch Trauer und Schmerz. Die zweite Phase wird als kritische Phase der Integration bezeichnet, in der Gefühle der Angst in der Auseinandersetzung mit den neuen Aspekten der Aufnahmekultur vorherrschen. Nach Machleidt ist mit dem Aufbau einer

[10] Vgl.: Odent 2001, S. 53.
[11] Schildberger 2011, S. 145.
[12] Schildberger 2011, S. 154.
[13] Schildberger 2011, S. 166
[14] Vgl.: Han 2006, S. 21.
[15] Vgl.: Lee 1972, S. 117ff.
[16] Vgl.: www.unhcr.ch/unhcr.html
[17] Sechster Familienbericht. Familien ausländischer Herkunft in Deutschland, 2000.
[18] Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) Zuletzt aktualisiert am: 24. Januar 2012 www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/dos2/01.html
[19] Vgl.: Kürsat-Ahler 2000, S. 46.
[20] Vgl.: Machleidt 2009, S. 34f.
[21] Vgl.: Berry 1997, S. 15–29.
[22] Vgl.: Faltermaier 2005, S. 93f.
[23] Vgl.: Collatz 1998, S. 46.
[24] Vgl.: Akbal 1998, S. 116.

Kosovo

Portugal

Albanien

Brasilien

Senegal

bikulturellen Identität ein gelungener Migrationsprozess abgeschlossen, welcher durch Gefühle des Erfolgs und der Befriedigung gekennzeichnet ist.[20] Dieser im Aufnahmeland stattfindende Akkulturationsprozess wird wesentlich unter anderem von unterschiedlichen Vorstellungen, Erwartungen und Orientierungen, den Partizipationszugeständnissen und der Nutzung der Partizipationsmöglichkeiten sowie der Interaktions- und Kommunikationsmodi zwischen der einheimischen und der zugewanderten Bevölkerung geprägt.[21]

Im Migrationsprozess sind Menschen spezifischen, gesundheitsgefährdenden Stressoren ausgesetzt, welche zu psychischen und physischen Belastungsstörungen oder Krankheiten führen können. Lebensbedrohliche Erfahrungen, Traumata und Existenzängste sowie unbefriedigende Integrationsprozesse,[22] schlechter sozioökonomischer Status, geringe Bildung und mangelndes Gesundheitsbewusstsein[23] beeinflussen den Gesundheitszustand von Betroffenen nachhaltig. Sprachbarrieren, Analphabetismus, mangelnde Informationen über den Aufbau der Versorgungsstrukturen[24] werden unter anderem als Gründe für eine nicht adäquate Nutzung des Gesundheitssystems genannt. ◀

Kontakt
Dr. Barbara Schildberger, M.A.
Studiengangsleitung
Studiengang Hebamme
FH Gesundheitsberufe OÖ GmbH
Campus Gesundheit an der Landes-Frauen und Kinderklinik
Krankenhausstrasse 26–30
A-4020 Linz (Österreich)
Tel. +43 503 442 41 10
E-Mail: barbara.schildberger@fhgooe.ac.at
Internet: www.fh-gesundheitsberufe.at

Literatur

Akbal Safile (1998): Migrant/innen in Österreich und Europa – ihre mangelnde Integration im Gesundheitswesen und Perspektiven. S. 115–120. In: David M., Borde Th., Kentenich H. (Hrsg.) (1998): Migration und Gesundheit: Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle, Mabuse-Verlag GmbH, Frankfurt/Main.
Berry J.W. (1997): Immigration, Acculturation, and Adaptation. International Association of Applied Psychology, Applied Psychology: An International Review, 1997, 46(1). 5–68, Wiley-Blackwell, New Jersey.
Collatz J. (1998): Kernprobleme des Krankseins in der Migration – Versorgungsstruktur und ethnozentrische Fixiertheit im Gesundheitswesen. S. 33–58. In: David M., Borde Th., Kentenich H. (Hrsg.) (1998): Migration und Gesundheit: Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Mabuse-Verlag GmbH, Frankfurt/Main.
Domenig D. (Hrsg.) (2001): Professionelle Transkulturelle Pflege. Verlag Hans Huber, Bern.
Faltermaier T. (2005): Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. S. 93–112. In: Marschalck P., Wiedl K.H. (Hrsg.) (2005): Migration und Krankheit, V&R unipress GmbH, Göttingen.
Han P. (2006): Theorien zur internationalen Migration: Ausgewählte interdisziplinäre Migrationstheorien und deren zentrale Aussagen, UTB für Wissenschaft Uni-Taschenbücher GmbH, Lucius & Lucius, Stuttgart.
Kürsat-Ahler E. (2000): Migration als psychischer Prozess. S. 45–56. In: David M., Borde Th., Kentenich H. (Hrsg.) (2000): Migration-Frauen-Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext, Mabuse-Verlag GmbH, Frankfurt/Main.
Lee Everett S. (1972): Eine Theorie der Wanderung. S. 115–129. In: Szell, Gyorgy (Hrsg.) (1972): Regionale Mobilität, Nymphenburger Verlagshandlung GmbH, München.
Losche H., Püttker St. (2009): Interkulturelle Kommunikation. Theoretische Einführung und Sammlung praktischer Interaktionsübungen, 5. überarbeitete und erweiterte Auflage, Verlag Ziel – Zentrum für interdisziplinäres erfahrungsorientiertes Lernen GmbH, Augsburg.
Machleidt W. (2009): Interkulturelle Psychiatrie/Psychotherapie und Integration psychisch kranker MigrantInnen, In: Heinrich-Böll-Stiftung (2009) (Hrsg.): Migration und Gesundheit Dossier, S. 32–39, Berlin
Odent M. (2001): Wie Wurzeln der Liebe. Wie unsere wichtigste Emotion entsteht, Patmos Verlag GmbH & Co.KG, Düsseldorf.
Schildberger B. (2011): Transkulturelle Kompetenz in der Geburtshilfe. Ein neues Paradigma der peripartalen Betreuung, Mabuse-Verlag GmbH, Frankfurt/Main.
Srivastava R. (2007): The Healthcare Professional's Guide to Clinical Cultural Competence, Elsevier Canada, Toronto.
Thomas D.C., Inkson K. (2004): Cultural Intelligence. People Skills for Global Business, Berrett-Koehler Publishers, Inc., San Francisco.
Zielke-Nadkarni A. (1997): Theoretische Grundlagen der interkulturellen Pflege. S. 99–114. In: Uzarewicz Ch., Piechotta G. (Hrsg.) (1997): Transkulturelle Pflege. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Curare Sonderband Nr. 10, VWB Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin.
Zimmermann E. (2000): Kulturelle Missverständnisse in der Medizin. Ausländische Patienten besser versorgen, Verlag Hans Huber, Bern.

Links

Sechster Familienbericht
Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen – Belastungen – Herausforderungen und Stellungnahme der Bundesregierung 2000, Drucksache 14/4357
www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/familienbericht/download/6_Familienbericht.pdf
Zugriff am 23. Mai 2012

Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE)
Zuletzt aktualisiert am: 24.01.2012
www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/dos2/01.html
Zugriff am 23. Mai 2012

United Nations High Commissioner for Refugees UNHCR
www.unhcr.ch/unhcr.html
Zugriff am 24. Mai 2012