

Kultursensibles Krankenhaus

Andrea Zielke-Nadkarni

Einleitung

Die US-amerikanische Pflegewissenschaftlerin Abdellah beschrieb bereits 1960 die Pflege als Kunst und Wissenschaft. Abdellah impliziert mit Kunst in erster Linie Kunsthfertigkeit im Sinne eines handwerklichen Könnens, das sich auf theoretisches, forschungsbasiertes sowie auf Erfahrungswissen gründet, gepaart mit Phantasie und Kreativität, und es ist diese Kunstfertigkeit, die insbesondere im Rahmen einer kultursensiblen Pflege gefragt ist.

Unsere Patienten in Deutschland kommen aus weit über 100 Ländern der Erde. Insgesamt leben hier rd. 15 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund, d.h. (häufig) Menschen, die entweder einen Heimatverlust zu beklagen oder keinen Platz haben, an dem sie sich vorbehaltlos dazu gehörig fühlen. Die Versorgungsdefizite dieser inhomogenen Gruppe mit Schwerpunkt auf den Arbeitsmigranten müssen dringend aufgefangen werden, wollen wir nicht Menschen, die insgesamt unter vergleichsweise schlechten Arbeitsbedingungen körperliche Schwerstarbeit für diese Gesellschaft leisten, bei Krankheit noch einmal marginalisieren.

Eine **kultursensible Pflege** ist bestrebt, den Menschen anderer Kultur bei der Begegnung in Pflegesituationen zu verstehen und dieses Verstehen in Pflegehandlungen wirksam werden zu lassen.

Als Voraussetzung für eine kultursensible Pflege wird in diesem Vortrag auf die Konzepte „**Das Fremde / Fremdheit**“ und „**Verstehen**“ verwiesen. Das Mittel der Wahl zur Umsetzung einer kultursensiblen Pflege ist **Biographiearbeit**. **Kultursensible Pflege** wird institutionell konsequent durch eine **adäquate Dokumentation** verankert. - Eine Konkretisierung der notwendigen

Modifikationen bestehender **struktureller Bedingungen** im Rahmen eines umfassenden Konzepts kultursensibler Pflege runden den Beitrag ab.

Das Fremde / Fremdheit

Das Phänomen des Fremden tritt uns als zeitlich und räumlich Entferntes, aber auch intra- und interkulturell entgegen. Nähe und Distanz, Attraktivität und Bedrohung, Reiz und Rätsel sind mit ihm verknüpft. Das Fremde ist ein dynamisches Phänomen, das eng mit dem Eigenen zusammenhängt: die eigene Identität und das Andere setzen sich gegenseitig voraus, bedingen und verändern einander. (Zielke-Nadkarni 2003, S. 85)

Für den indo-europäischen Sprachraum nehmen Sprachforscher eine gemeinsame Wurzel von "Fremder", "Feind", "Gast" und "Gastgeber" an (Der Große Duden 1963, S. 184). Ein Hinweis auf diesen Zusammenhang ist die in vielen Gesellschaften kulturell oder religiös fundierte Verpflichtung zur *Gastfreundschaft* Fremden gegenüber. Indem ich den Fremden zu meinem Gast mache, beuge ich dem Risiko von Feindschaft vor. Der Fremde – hier: als Patient – wird oft als bedrohlich empfunden: man kennt seine Sprache nicht, fühlt sich von seinen Wünschen überfordert, hat Schwierigkeiten mit seiner Emotionalität. Gelingt es jedoch den eigenen Blickwinkel zu verändern, so wie es der Wandel des „Fremden“ zum „Gast“ beinhaltet, wird der Andere als Mensch in Not erlebbar, der sich mit unzureichenden Sprachkenntnissen krank in einer Klinik befindet, die ihren eigenen Regeln folgt.

Verstehen

Verstehen wird bei der Arbeit mit Migrant*innen zum Zentralbegriff kultursensibler Pflege mit ihren Möglichkeiten und Grenzen. - Ausgehend von einer konstruktivistischen Perspektive (Berger u. a. 1969) entsteht, sehr verknüpft

formuliert, jegliches Wirklichkeitsverständnis durch Interpretationen, durch die der Alltagswelt ein Sinn zugeschrieben wird. Dabei treffen bei der Pflege von Migranten nicht einfach verschiedene Kulturen aufeinander, sondern die Bilder, die wir von der eigenen wie von der fremden Kultur haben. Das gilt für die Bilder, die der Hamburger vom bayrischen Dörfner hat, ebenso wie für unser Bild von Chinesen oder Italienern. – Ich strapaziere hier bewusst Klischees, da wir alle mit ihnen leben und sie im Alltag Orientierungsfunktion haben.

Pauschalannahmen, Vorerfahrungen und Vorwissen müssen jedoch im Dialog mit dem einzelnen Patienten auf ihren Wahrheitsgehalt für ihn überprüft werden, will man ihm Gerechtigkeit widerfahren lassen: *Nicht jeder türkische Ehemann erwartet, dass die Schwiegertochter seine kranke Frau pflegt; nicht in jeder arabischen Familie kommuniziert nur das Familienoberhaupt mit den Pflegenden oder gilt Brot als heilig.* (Zielke-Nadkarni 2003, 534)

Die tradierten Bilder, Normen und Werte in allen Gesellschaften werden zum Teil durch Einwanderer infrage gestellt, so wie auch die Einwanderungsgesellschaft die Werte und Normen der Migranten verändert.

Der Anthropologe Plessner (1983) hebt als Antwort auf die Frage nach dem Verhältnis von Eigenem und fremdem die prinzipielle „Weltoffenheit“ des Menschen hervor: Das Überschreiten eigenkultureller Grenzen ist eine wichtige Kompetenz des Menschen, die es ihm ermöglicht, das Eigene aus neuem Blickwinkel wahrzunehmen und den Fremden zu verstehen, seine Perspektive als unterschiedlich zu meiner zu erkennen und gelten zu lassen - auch und gerade in Pflegesituationen.

Zu den Denkstrukturen und Deutungsmustern im deutschen Pflegeraum gehört das naturwissenschaftlich orientierte biomedizinische Modell. Die biomedizinisch-professionelle Perspektive erfasst jedoch soziokulturelle Krankheitsaspekte kaum oder gar nicht. Die medizinische Anthropologie dagegen greift diese Problematik auf und unterscheidet zwischen zwei Aspekten

einer Erkrankung: „*illness*“ (Kranksein) und „*disease*“ (Krankheit), die in Wechselwirkung miteinander stehen.

- „Illness“ (Kranksein) bezeichnet das subjektive Erleben des Kranken und ist daher jeweils mehr oder weniger einmalig.
- „Disease“ (Krankheit) ist eine Kategorie der modernen Medizin und beschreibt i. A. einen typischen Verlauf mit bestimmten, charakteristischen Symptomen. (Dal u. a. 2001)

Diese Differenzierung erklärt und versprachlicht die Erfahrung, dass die biomedizinisch-professionelle Perspektive nicht mit der subjektiven Sichtweise oder dem soziokulturellen Bezugsrahmen eines Patienten übereinstimmen muss und dass es andere Faktoren gibt, die Krankheiten erzeugen, erklären und Therapien determinieren.

Pflegekunst wäre nun, ein **offenes Auge, Ohr und Gespür** für die Bedürfnisse anderer, uns fremder Menschen zu entwickeln, für ihre Situation, ihre Befürchtungen gegenüber dem hiesigen Gesundheitssystem, ihre Diskriminierungserfahrungen etc., so dass sie sich bei Pflegebedürftigkeit bei uns aufgehoben fühlen können. Alexander Mitscherlich (1965, S. 125) hat einmal „sich beheimaten“ mit den Worten beschrieben: „Ich will mich niederlassen und die anderen müssen mir den Platz dazu mit freundlichen Gefühlen abtreten.“ Ein solcher „Platz“ ist als mentaler soziokultureller Raum zu verstehen, in dem sich auch andere Werte, Normen, Rituale, soziale Strukturen etc. entfalten können, ein Raum, in dem eine freundliche Aufnahme, ernsthaftes Interesse an der Person des anderen und seiner individuellen Lage sowie die phantasievolle Nutzung vorhandener Ressourcen unmittelbar spürbar werden.

Die *Kunst des Pflegens* wird weiterhin dadurch gefördert, dass wir uns **Wissen** über fremdkulturelle Lebens-, Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen aneignen, dies mit den individuellen Vorstellungen von Patienten abgleichen

und bei unseren Pflegemaßnahmen berücksichtigen. Vorwissen kann helfen, Ressourcen bei der Suche nach Erklärungen zu sparen oder auch mangelnde Compliance nachvollziehbar zu machen. Zugleich ist vor einem einseitigen Blick zu warnen: Eine exkludierende kulturelle Perspektive wird der Komplexität der Lebenssituation des einzelnen nicht gerecht und kann einer Exotisierung Vorschub leisten, die ebenfalls als diskriminierend wahrgenommen wird. Wissen hilft, die richtigen Fragen zu stellen, ohne Antworten vorwegzunehmen.

Der Einfluss bestimmter soziokultureller Faktoren soll exemplarisch anhand der folgenden Beispiele aus zwei Studien mit türkischen Frauen (Zielke-Nadkarni 2003) und jüdischen Migranten aus der GUS (Zielke-Nadkarni 2004) gezeigt werden.

1. Die Art des **Kontrollüberzeugung**, die Migranten sich zu eigen gemacht haben: ob sie glauben, Einfluss auf ihr Leben zu haben, oder einem Schicksalsbegriff zuneigen; *Die Türkin Fr. B.: Aber das alles ist doch Schicksal. Als Mensch kann man das nicht beeinflussen. (...) Ich bin so traurig. Warum Allah mit mir so hart umging, versteh' ich nicht. Ich tue alles für meinen Glauben, ich bete am Tag fünf Mal. Ich bin sonst auch kein schlechter Mensch. Ich bin manchmal so ratlos.*“
2. Die Möglichkeiten, die die **religiöse Orientierung** einräumt, oder was sie sanktioniert. *Die Türkin Frau L. versteht eine Abtreibung, die sie hat vornehmen lassen, als schuldhaftes Verhalten und Ursache der Behinderung ihrer Tochter; sie wird von ihren Schwiegereltern daher zum Tragen eines Kopftuches als Zeichen der Einhaltung religiöser Gebote veranlasst, und versuchte dieses Vergehen durch Opfergaben und Gebete zu sühnen. Der Erklärungsansatz der westlichen Medizin lautet: Behinderung als Folge einer perinatalen Infektion. Für Frau L. existieren beide nebeneinander.*

3. Wie wird die erkrankte Person durch ihre **Angehörigen** wahrgenommen (z.B. *ist für Juden mit KZ-Erfahrungen in der Familie Hunger unzumutbar, Nahrungsanreicherung und künstliche Ernährung sind ein Muss, selbst wenn für letztere eine direkte Zustimmung des Patienten fehlt.*)
4. Welche **Ursachenattribution** wird bei Krankheit gewählt (z.B. magisch-religiöse Vorstellungen), da dies die Compliance steuert. - Eine im biomedizinischen Modell nicht vorhandene, aber weltweit verbreitete Vorstellung ist die von Krankheit als einer Störung des Gleichgewichts. Sie besteht z.B. bei zahlreichen Menschen aus Südamerika und ist aus der chinesischen Medizin mit ihren Konzepten Yin und Yang bekannt. Eine reine Symptombekämpfung ist dieser Vorstellung fremd, die Mensch und Umwelt als Einheit betrachtet. Krankheit gilt immer als Ausdruck eines Ungleichgewichts von Mensch, Sozialgefüge, Natur und den übernatürlichen Kräften, das wieder ausgeglichen werden muss.
5. die Wahrnehmung von **Versorgungsbedarfen:** (z.B. *dürfen manche unverheirateten muslimischen Mädchen bei Menstruationsbeschwerden nicht zum Frauenarzt, Ausnahmen können bei sehr starken Schmerzen gemacht werden.*
Oder: Russlanddeutsche oder Juden aus der Gus können kann ihre Eltern nicht in ein Pflegeheim geben, da diese in Russland „Sterbeheime“ sind.)
6. Das **persönliche Verständnis von Wirkungszusammenhängen:** es beeinflusst Therapie- und Therapeutenwahl (z.B. *das Aufsuchen eines Geistlichen oder einer heiligen Quelle*).

Unumgänglich sind daher ein auf kulturelle Besonderheiten hin angelegtes **Dokumentationssystem** und ein über **Biographiearbeit** gewählter Zugang zu Patienten.

Biografiearbeit und Dokumentation

Zur Pflege von Migranten gehört, wie betont werden muss, das Wissen um prinzipielle Besonderheiten, auf die man sich bei ihnen einstellen sollte. Im Rahmen einer biographischen Pflegeanamnese ist eine genaue und nicht zu knappe Dokumentation notwendig, die mit Hilfe eines übersichtlichen Dokumentationssystems soziokulturelle Aspekte einbezieht. Diese Informationen können von Anfang an die Pflegeinterventionen mitbestimmen. Unnötiger Zeitaufwand für Beschwerden, fehlende Kooperation, nachträgliche Änderungen und evtl. Konflikte kann so vermieden werden.

Insbesondere sollten Ressourcen und Copingstrategien unter dem Gesichtspunkt erfragt werden, welche Hilfen in der Vergangenheit in Anspruch genommen wurden. Dabei ist wichtig, nicht nach der medizinischen Versorgung zu fragen, um soziokulturell geprägte Umgangsweisen mit Krankheit und deren Erfolge bzw. Erfolglosigkeit überhaupt kennen zu lernen. Hierzu ein Beispiel:

Die Alevitin Frau G. suchte ein Siarit (heilige Stätte der Aleviten, d.V.) auf. Ein Aufwand, den sie, auch auf Wunsch ihrer Familie, betrieben hat, um eine Heilung der Osteogenesis imperfecta (Glasknochen) ihrer Tochter zu bewirken. Sie erzählt: Da hab ich echt Sachen erlebt, die ich noch nie gesehen hab. Da sind z. B. so Fliesen ... und die, also wirklich, das würden mir manche hier nicht glauben, da ist richtig Wasser rausgekommen aus den Fliesen, und mit dem Wasser ham wir dann meine Tochter eingerieben. Wir, ich ... ham dann geglaubt, daß sie davon geheilt wird, weil, ich meine, das ist ja nit normal, daß jetzt aus 'ner Fliese Wasser rauskommt, ne? Und, ja, gebetet ham wir dann. (T) (Zielke-Nadkarni 2003, S. 356)

Während der Glaube an einen höhere Ordnung einerseits Sinngebungsstrukturen und Bewältigungsstrategien bei Pflegebedürftigkeit bietet, implizieren andererseits Krankheit und insbesondere lebensbedrohliche Diagnosen für viele orthodoxe Gläubige aller Couleur ein Verlassensein von Gott bzw. eine Strafe

oder eine spirituelle Prüfung. Hier können Besuche der jeweiligen Geistlichen eine Hilfe darstellen und Pflegende einen solchen Kontakt organisieren.

Auch sind bei vielen Völkern **magisch-religiöse Krankheitsvorstellungen** in Form von Verhexungen und Verwünschungen sehr lebendig, Krankheitsauslöser kann z.B. der so genannte „böse Blick“ sein.

Beobachtet und dokumentiert werden sollten auch die **(non-)verbale Kommunikationsformen** und –**möglichkeiten** von Patienten. Wird ein **Dolmetscherdienst** benötigt? Sind die Verständnismöglichkeiten des Patienten und seiner Familie ausreichend? Wer trifft **Entscheidungen** über anstehende pflegerische Fragen? In kollektivistisch orientierten Kulturgruppen steht nicht der Einzelnen im Vordergrund, sondern die Familie als Ganzes, denn sie ist die alles entscheidende Ressource in Gesellschaften, in denen der Staat keine Sozialfürsorge bietet.

In verschiedenen Untersuchungen (Zielke-Nadkarni 2003, 2004, Schnepf 2002) wiesen Migranten immer wieder darauf hin, dass deutsche Kliniken zu wenig über die gewünschte **Ernährung** wissen. Da gerade Wunschkost das Wohlbefinden besonders fördert, ist die Kenntnis der Ernährungsgewohnheiten (Essenszeiten, Vorlieben, Abneigungen, Form der Zubereitung, Diäten, Rituale, religiöse, mit dem Essen verbundene Vorschriften etc.) unumgänglich und ein probates Mittel, die Patientenzufriedenheit zu steigern.

Ist eine Diät notwendig, sollte sie anhand der wirklich verzehrten Speisen besprochen werden und nicht orientiert an der „deutschen“ Küche.

Für den **Intimbereich** (Selbstpflegegewohnheiten beachten!) ist vor allen Dingen durch eine gleichgeschlechtliche Versorgung Rücksicht auf Schamgefühle zu nehmen. Gerade auch dann, wenn Verständigungsprobleme bestehen, sollte hierauf prinzipiell von vornherein geachtet werden.

Des Weiteren wären die soziokulturellen Eigenheiten der **Hygiene /Körperpflege** und **Kleidung** zu erfassen und zu berücksichtigen. *Rituelle Waschungen haben, neben der hygienischen, zugleich kultische Bedeutung, da äußere Reinheit die innere symbolisiert. Unreinheiten entstehen z.B. durch Geschlechtsverkehr, Menstruation, Kontakt mit anderen Körperflüssigkeiten und im Wochenbett.*

Auch der **Tages-/Wochenrhythmus** sollte im Hinblick auf Gewohnheiten wie z.B. Gebetszeiten und Schlafenszeiten erfasst werden.

Die Möglichkeit der **aktiven Mitarbeit und Mitbestimmung** des Patienten und seiner Familie ist zwingende Voraussetzung für eine erfolgreiche kultursensible Pflege. Zudem fördert sie die Identifikation mit den Pflegezielen, die Selbstpflegekompetenz und das Selbstwertgefühl. Dazu gehört, den Patienten und seine Angehörigen individuell durch Informationen über Gesundheitszustand und -perspektiven (im Sinne eines „informed consent“) zu autonomisieren und sie durch eine Stärkung und Weiterentwicklung ihrer gesundheitsbezogenen Kompetenzen zu unterstützen.

Strukturelle Bedingungen

Eine allein auf das Interesse und die Weltoffenheit einzelner Pflegepersonen oder –teams setzende Betrachtung würde der Ausgangssituation von Migranten nicht gerecht: Die strukturellen Bedingungen unseres Gesundheitssystems zementieren seine ethnozentrische Funktionsweise, indem sie – wie Rommelspacher (2005, S. 182) formuliert

„(...) die Verhältnisse in einer Gesellschaft wieder (-spiegeln, d. V.), die auf multikulturelle Lebenswelten nur monokulturelle Antworten zur Verfügung hat.“

Hier sind Pflegedirektionen aufgerufen, ein umfassendes Konzept für ein **kultursensibles Krankenhaus** zu realisieren:

- Das Ziel, kultursensible Pflege anzubieten, wird im **Leitbild** deklariert.
- Die **optische Gestaltung der Klinik** weist daraufhin, dass hier ein „kultursensibler Geist“ herrscht (z.B. durch die Dekoration, mehrsprachige Hinweisschilder, interreligiöse Gebetsräume etc.)
- Deutsche Pflegende können sich in **Fort-/Weiterbildungen** mit Fragen kultursensibler Pflege auseinandersetzen.
- **Muttersprachliches Informationsmaterial**, alltagssprachlich aufbereitet, wird, neben Flyern in deutscher Sprache, eingesetzt. Hierbei sind Bilder zur Erläuterung der Inhalte wichtig, denn insbesondere die so genannte 1. Generation der Arbeitsmigranten besitzt häufig nur wenig Schulbildung.
- Der Einsatz von **Dolmetscherdiensten** sollte organisatorisch verankert sein. In Universitätsstädten kann aus Kostengründen dafür beispielsweise auf einen (honorierten) Pool von Pflege-/Medizinstudenten anderer Muttersprache zurückgegriffen werden. Auf Übersetzerdienste von Angehörigen oder muttersprachlichen Reinigungskräften sollte verzichtet werden, da inhaltliche Fehler vorprogrammiert sind, nicht überblickt werden und zudem für Angehörige, Rollenkonflikte entstehen können.
- **Bezugspflege** ist institutionalisiert.
- Im Rahmen der zeitlichen Organisation der Pflege muss generell mehr **Raum für Gespräche** eingeplant werden; dies ist auch als Budgetposten von berufspolitischer Seite mit den Kassen zu verhandeln.
- **Kultursensible Pflege** braucht ein geeignetes **Dokumentationssystem**.
- Die Krankenhäuser sollten im Rahmen von **Überleitungspflege** ihr Angebot durch **Komm-Strukturen** ergänzen und so Hemmschwellen abzubauen helfen.

Um diese komplexen Anforderungen umzusetzen, sollten gleichberechtigte interprofessionelle Teamstrukturen gefördert werden, „um die Synergien der

Vielfalt von Problemdefinitionen und Lösungsstrategien zu nutzen.“

(Rommelspacher, 2005, S. 189)

Schlussbemerkung

Als Professionelle sind wir aufgefordert, unserem eigenen Tun gegenüber wachsam und kritisch zu bleiben. Gerade im Kontakt mit zugewanderten Patienten oder mit Angehörigen gesellschaftlicher Randgruppen besteht die Gefahr, dass wir uns, bedingt durch Unverständnis, Missverständnisse oder Vorurteile, abgrenzen, ja, aus einem unreflektierten Bedürfnis nach Selbstschutz abschotten. Damit wird eine Verständigung schwierig und zeitaufwändig, damit verzögern sich Heilungserfolge, werden Drehtüreffekte erzielt. Wollen wir verstehen, wie Menschen sich bei Krankheit verhalten, so müssen wir uns dafür interessieren, wie Krankheit aus der Laiensicht wahrgenommen, benannt, erklärt und behandelt wird. Damit werden wir nicht nur Patienten gerechter, sondern unser eigenes Leben wird farbiger und facettenreicher.

Literatur

Abdellah, Faye G. (1960): Patient-centred approaches to nursing. New York: Macmillan.

Berger, Peter, Luckmann Thomas (1969): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Charnes, L.S.; Moore, P. (1992): Meeting patients' spiritual needs: the Jewish perspective. In: Holistic Nursing Practice. Vol. 6, No.3, S. 64-72.

Das, Veena, Kleinman, Arthur, Lock, Margaret, Ramphela, Mamphela, Reynolds, Pamela (Hrsg.) (2001): Remaking a world: violence, society, suffering and recovery. Berkeley: University of California Press.

Dausien, Bettina, Rothe, Daniela (2005): Wissenschafts-Praxis-Kooperation als Erfahrungsraum. In: Arbeitsgemeinschaft betriebliche Weiterbildung e.V. Hrsg. *Neue Lerndienstleistungen- Vision und Wirklichkeit*. S. 107-135. Berlin, LWE.

Der Große Duden (1963): Herkunftswörterbuch. Bd. 7, 184. Mannheim: Duden Verlag.

Hansens, Andreas (2004): Biographie und soziale Arbeit. Baltmannsweiler: Schneider.

Keller, Frank Beat (Hrsg.) (1996): Krank warum? 2. durchges. Aufl., Ostfildern: cantz.

Kerkhoff, Barbara, Halbach, Anne (2002): Biographisches Arbeiten. Beispiele für die praktische Umsetzung. Hannover: Vincentz.

- Knuf, Andreas (2006): Basiswissen: Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. Bonn 2006: Psychiatrie-Verlag.
- Lu, Henry C. (1986). Chinese system of food cures, , New York, Sterling Publishing Co.
- Mark, Naomi, Roberts, Linda (1994): Ethnosensitive techniques in the treatment of the Hasidic patient with cancer. In: Cancer Practice; A Multidisciplina. Vol. 2, No. 3, S. 202-208. New York : Blackwell Publishing.
- Mitscherlich, Alexander (1965): Die Unwirtlichkeit unserer Städte. Anstiftung zum Unfrieden. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Nightingale, Florence (1957): Notes on Nursing. (1. Aufl. 1859) Philadelphia.
- Özelsel, Michael M. (1993): 40 Tage. Erfahrungsbericht einer traditionellen Derwischklausur. München: Nietsch.
- Plessner, Helmuth (1983): Über das Welt-Umweltverhältnis des Menschen. In: Plessner, Helmuth (Hrsg.): Gesammelte Schriften. Bd. 8, S. 77-87. Conditio humana. Frankf./M. Rommelspacher, Birgit (2005): Transkulturelle Beratung in der Pflege. In: Pflege & Gesellschaft. 10 Jg., 2005, Nr. 4, S. 182-189.
- Schnepf, Wilfried (2002): Familiäre Sorge in der Gruppe der russlanddeutschen Spätaussiedler. Funktion und Gestaltung. Bern: Hans Huber.
- Snyder, Joan, Sommer, Barbara (1995): How did we do it? Special considerations for orthodox Jewish patients in the emergency department. In: Journal of Emergency Nursing. Vol. 21, S. 569-570. New York: Elsevier.
- Theunissen, Georg, Plaute Wolfgang (2002): Handbuch Empowerment und Heilpädagogik. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Zielke-Nadkarni, Andrea (2003): Individualpflege als Herausforderung in multikulturellen Pflegesituationen. Bern: Hans Huber.
- Zielke-Nadkarni, Andrea (2004): Jüdische Flüchtlinge aus der GUS. Soziokulturelle Hintergründe, Versorgungsbedarf und Pflege. Bern: Hans Huber.
- Zielke-Nadkarni, Andrea (2006): Biographisch orientierte Pflege – am Beispiel jüdischer Emigranten aus der GUS. In: Unterricht Pflege, Biographieorientierte Ansätze. Vol. 1, S. 31-36. Brake: Prodos.