FORSCHUNG AKTUELL

Institut Arbeit und Technik

Ausgabe : 3/2009

Thema : Kultursensible Gesundheitsversorgung

Autor : Stephan v. Bandemer, Canan Mavis-Richter

Auf den Punkt

- Versorgungsmöglichkeiten und Versorgungswirklichkeit zeigen im Gesundheitssystem erhebliche Differenzen
- Ein wesentlicher Grund hierfür ist eine geringe Beachtung der kulturellen Unterschiede der Individuen in den Versorgungsangeboten und der Ausbildung
- Eine systematische Integration kultursensibler Ansätze in die Planung und Durchführung der Gesundheitsversorgung kann daher wesentliche Verbesserungen der Durchdringung erreichen
- Die europäischen Ausbildungsinitiativen bieten hierfür einen geeigneten Rahmen, der noch weiter zu entwickeln ist.

Zentrale wissenschaftliche Einrichtung der Fachhochschule Gelsenkirchen in Kooperation mit der Ruhr-Universität Bochum

Fachhochschule Gelsenkirchen

1. Chancen und Grenzen der Gesundheitsversorgung

Der medizinisch technische Fortschritt hat unbestreitbar zu großen Fortschritten für die Lebensqualität der Menschen und für wirtschaftliches Wachstum gesorgt. Die Säuglingssterblichkeit ist in den vergangenen Jahrzehnten deutlich gesunken und die Lebenserwartung der Bevölkerung gestiegen[1]. Viele Erkrankungen etwa im Bereich Herz-Kreislauf oder Krebs sind heute therapierbar und von den Erkenntnissen der molekularbiologischen Forschung werden deutliche weitere Fortschritte erwartet. Von den rund 17 Mio. Menschen, die im Jahr 2007 im Krankenhaus behandelt wurden, konnten rund 15 Mio. regulär entlassen werden, die Zahl der Todesfälle betrug lediglich rund 2 Prozent[2]. Gleichzeitig hat dies dazu beigetragen, dass in der Gesundheitswirtschaft immer mehr Menschen Beschäftigung finden. Insgesamt arbeiteten im Jahr 2006 in der Bundesrepublik 4,6 Mio. Menschen in der Gesundheitswirtschaft[3].

Ermöglicht wird der medizinisch-technische Fortschritt durch intensive Forschung über neue Behandlungsverfahren und medizinische Produkte. Im Februar 2009 waren in der Clinical Trial Database des National Institutes of Health der USA über 69.000 klinische Studien registriert, die in 161 Ländern durchgeführt wurden[4]. Mit diesen Studien werden neue Behandlungsmöglichkeiten und Produkte vor ihrer Zulassung erprobt. Nur wenn unter eindeutig definierten Studienbedingungen der Nutzen der Therapien nachgewiesen und unerwünschte Wechselwirkungen ausgeschlossen werden können, werden die neuen Produkte und Verfahren auch für die Therapie im Alltag zugelassen.

Trotz der unbestreitbaren Fortschritte und des immensen Aufwands für die Forschung stellt sich allerdings die Frage, inwieweit dies bei den Menschen auch ausreichend ankommt. Eine jüngst veröffentlichte Studie zur Behandlung von Diabetikern in Deutschland[5] kommt auf der Basis der Untersuchung von über 4000 Diabetikern zwischen 2002 und 2007 u.a. zu dem Resultat, dass nur eine Minderheit der Patienten die angestrebten Therapieziele erreicht und dass sich die Ergebnisse im Behandlungszeitraum sogar noch verschlechtert haben. Während zu Beginn rund 43 Prozent der Diabetiker einen optimalen Blutzuckerspiegel aufwiesen, waren es am Ende sogar nur noch knapp 37 Prozent. Fast alle Patienten litten zudem an zusätzlichen Beeinträchtigungen wie Bluthochdruck, zu hohem Cholesterinspiegel, Übergewicht, Bewegungsmangel etc., bei denen ebenfalls die Therapieziele nicht erreicht werden konnten.

Dabei ist das Beispiel der Diabetiker kein Einzelfall. Von den rund 200.000 Patienten mit einem ischämischen Schlaganfall hatten zwei Drittel zu hohen Blutdruck, jeweils 27 Prozent Diabetes oder Vorhofflimmern und 17 Prozent koronare Herzerkrankungen, alles bekannte Risikofaktoren für das Erleiden eines Schlaganfalls, für die therapeutische Möglichkeiten bestehen[6]. Trotz existierender Diagnose- und Behandlungsleitlinien und strukturierter Behandlungsprogramme (Disease Management) klaffen Versorgungsmöglichkeiten und Versorgungsrealität hier deutlich auseinander.

---

[1] Statistisches Bundesamt, Bevölkerung Deutschlands bis 2050, 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden 2003.
[2] Statistisches Bundesamt, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik, Fachserie 12, Reihe 6.4, Wiesbaden 2008.
[3] Elke Dahlbeck, Josef Hilbert, Beschäftigungstrends in der Gesundheitswirtschaft im regionalen Vergleich, Institut Arbeit und Technik, Forschung Aktuell 6/2008, Gelsenkirchen.
[4] National Institutes of Health, ClinicalTrials.gov, 2009.
[5] P.Ott et al.: „Diabetes in Germany" (DIG)-Studie. Deutsche Medizinische Wochenschrift 2009; 134 (7): S. 291-297.
[6] Stephan v. Bandemer, Dirk Bartig, Ulrich Sorgenfrei, Kosten von Schlaganfällen und Ansätze zur Prävention, Institut Arbeit und Technik, Forschung Aktuell 12/2008, Gelsenkirchen.

Die Diskrepanz zwischen Versorgungsmöglichkeiten und Versorgungswirklichkeit kann dabei vielfältige Ursachen haben. Die Studiensituation mit ausgewählten qualifizierten Studienzentren und ausgewählter Patientenklientel entspricht vielfach nicht den Möglichkeiten und Anforderungen der Versorgungsrealität. Auch die Umsetzung medizinisch wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis nimmt mitunter lange Zeit in Anspruch. Die Abstimmung zwischen unterschiedlichen Anbietern der Gesundheitsversorgung führt vielfach zu Reibungsverlusten. Und die Patienten verhalten sich nicht automatisch entsprechend den Anforderungen einer optimalen wissenschaftlich definierten gesundheitlichen Versorgung. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat daher im Jahr 2007 in seinem Gutachten gefordert, neben dem fachlich wissenschaftlich definierten Nutzen auch die tatsächlich dem Patienten zu Teil werdende Behandlung sowie die Bedürfnisse und Lebensumstände der Patienten angemessen zu berücksichtigen[7].

Alle drei Bereiche, wissenschaftlich technische Möglichkeiten, tatsächliche allen Patienten zur Verfügung stehende Behandlungsqualität sowie die Werte, Präferenzen und die Beteiligung der Patienten, sind für eine erfolgreiche Gesundheitsversorgung eng aufeinander zu beziehen. Während für die Entwicklung und Einführung neuer Medikamente zu Recht ein hoher Aufwand betrieben wird, besteht in den Bereichen der Umsetzung in die Versorgung und der Berücksichtigung der Patientenpräferenzen allerdings noch Nachholbedarf[8]. Hier ist insbesondere auch die Ausbildung in den Gesundheitsberufen angesprochen, die neben den wissenschaftlichen Standards auch die Versorgungsstrukturen und die Patientensicht stärker berücksichtigen muss.

Während für die Versorgungsforschung in der Bundesrepublik wichtige Grundlagen geschaffen wurden[9], besteht besonders für Konzepte einer an soziokulturellen Dimensionen der Patientenorientierten individuellen Ausrichtung von Gesundheitsangeboten nach wie vor besonders hoher Handlungsbedarf. Diese Perspektive wird zwar in der Versorgungsforschung mit berücksichtigt, ist aber konzeptionell wie empirisch noch weniger entwickelt.

2. Interkulturelle Unterschiede in der Versorgung

Besonders deutlich werden Versorgungsunterschiede bei der Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund. Bei allen Fortschritten kann von einer umfassenden und systematischen Berücksichtigung der Belange von Migrantinnen und Migranten im Gesundheitswesen noch keine Rede sein. Nach wie vor bestehen Barrieren, die den Zugang zu den Gesundheitsdiensten erschweren. Dies gilt beispielsweise für die sprachliche Verständigung bzw. mangelnde Sprachkompetenz in den Einrichtungen, kulturell begründete unterschiedliche Auffassungen von Krankheit und Gesundheit, fehlendes Fachpersonal mit Migrationshintergrund oder ein Mangel an aufsuchenden Beratungsangeboten[10]. Besonders soziokulturell bedingte Unterschiede in den Werten, Präferen-

---

[7] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007, S. 441 ff.

[8] Schätzungen gehen von Forschungs- und Entwicklungsaufwendungen der pharmazeutischen Industrie von weltweit 90 Mrd. USD im Jahr 2005 aus. Mit rund 800 Mio. Euro oder 40 Prozent der Drittmittel bildet die industriefinanzierte Forschung ein wesentliches Rückrad der Forschungsförderung der Hochschulkliniken. Schumacher, Nikolaus/Reiss, Thomas, Innovative Pharmaindustrie als Chance für den Wirtschaftsstandort Deutschland, o.J..

[9] S. z.B. Bundesministerium für Bildung und Forschung, Versorgungsforschung,
Ergebnisse der gemeinsamen Förderung durch das BMBF und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (2000 – 2008), Bonn, Berlin 2008; Clearingstelle Versorgungsforschung NRW, www.versorgungsforschung.nrw.de.

[10] Walter, Ulla u.a. Verfahren zu Steigerung der Teilnahmerate an Krankheitsfrüherkennungsprogrammen.

zen und Verhaltensweisen werden bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen durch Migranten (aber nicht nur bei diesen) kaum berücksichtigt.

In Deutschland haben mittlerweile rund 20 Prozent der Bevölkerung einen Migrationshintergrund. Bei dieser Bevölkerungsgruppe zeigt sich im Vergleich zur übrigen Bevölkerung ein deutlich schlechterer Gesundheitszustand. Dies trifft insbesondere auf Menschen mit Migrationshintergrund in städtischen Quartieren mit einem benachteiligten sozialen Status zu. Zwar bestehen bei der systematischen Erfassung des Gesundheitszustandes noch erhebliche methodiche Lücken[11]. Die Gesundheitsberichterstattung legt allerdings den Schluss nahe, dass der schlechtere Gesundheitszustand sich auf alle Lebensphasen der Personen mit Migrationshintergrund bezieht:

- Die Säuglingssterblichkeit ist in Regionen mit starkem Migrationshintergrund deutlich höher als in Vergleichsregionen;
- Schuleingangsuntersuchungen zeigen einen wesentlich höheren Anteil von adipösen Kindern bei Personen mit einer anderen Erstsprache als Deutsch;
- Der Anteil der Diabetiker an der Bevölkerung ist unter den Personen mit Migrationshintergrund besonders hoch;
- Personen mit Migrationshintergrund verfügen über ein deutlich geringeres Schlaganfallwissen im Vergleich zur deutschen Bevölkerung.
- Die Beteiligung von Personen mit Migrationshintergrund an Rehabilitationsmaßnahmen oder der professionellen Altenpflege ist deutlich geringer als bei der deutschen Bevölkerung.

Eine Ursache für diese Benachteiligung wird darin gesehen, dass die bestehenden Angebote Personen mit Migrationshintergrund kaum erreichen. Sie nehmen seltener an Geburtsvorbereitungen teil, erkennen gesundheitliche Risiken in geringerem Umfang, bewerten die Bedeutung von Bewegung und Ernährung unterschiedlich, werden durch Aufklärungskampagnen wie etwa beim Schlaganfall kaum angesprochen und es bestehen Zugangsbarrieren etwa im Bereich kultureller Haltungen in der Kranken- und Altenversorgung. Dabei geht es weniger um die Information über Angebote oder Gesundheitsverhalten, sondern vielmehr um die wechselseitige Akzeptanz und die Ausrichtung der Angebote auf die Bedürfnisse der Zielgruppen.

Dem wird zwar versucht in verschiedenen Projekten durch verbesserte Information und durch eine verstärkte Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund als Anbieter entgegenzuwirken. Damit werden aber noch nicht die Angebote als solches zielgruppenspezifisch weiterentwickelt. Auch die Einbindung von Migranten in die Ausführung verändert nicht das Angebot selbst. Um die „Kunden“ mit der Gesundheitsversorgung zu erreichen, ist es vielmehr notwendig, die Angebote systematisch auf deren Bedürfnisse auszurichten. Dies gilt nicht nur für die im Übrigen selbst heterogene Zielgruppe der Bevölkerung mit Migrationshinterund, sondern auch für die unterschiedlichen Bedürfnisse von Zielgruppen mit deutscher Abstammung, die ebenfalls

---

Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland. DIMDI, Köln 2006, S. 1.

[11] Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland Berlin, Juni 2005 S. 131.

heterogen und nicht ausschließlich an wissenschaftlich-technischen professionellen Standards der Gesundheitsversorgung ausgerichtet sind.

3. Ansatzpunkte für eine kultursensible Versorgung

Den Ausgangspunkt für kultursensible Versorgungsangebote bildet daher die Ausrichtung an den individuellen Bedürfnissen der Zielgruppe. Für den Bereich der Pflege wurden hierfür aufbauend auf dem Leitbild einer Orientierung an den „täglichen physischen und psychischen Bedürfnissen des Individuums unter Berücksichtigung der Andersartigkeit“ die Pflegeplanung und der Pflegeprozess definiert[12].

Erprobt wurde das Modell am Beispiel der Altenpflegehilfe als Qualifizierungsprojekt für 40 zuvor arbeitslose Jugendliche mit türkischem Migrationshintergrund. Die Evaluation des Projektes hat dabei gezeigt, dass eine systematische Ausrichtung an den Bedürfnissen der Zielgruppe in Verbindung mit professionellen Standards und der Berücksichtigung sowohl der psychologischen als auch physiologischen Dimensionen nicht nur zu einer höheren Akzeptanz und Compliance der Zielgruppe führt, sondern dass diese Orientierung auch die Zufriedenheit und Leistungsfähigkeit der individuellen und institutionellen Anbieter verbessert. Der entscheidende Unterschied zu bestehenden Modellen der Versorgung besteht dabei in der systematischen Berücksichtigung und Akzeptanz der Andersartigkeit in den Versorgungsprozessen sowie der darauf ausgerichteten Qualifizierung. Das Spannungsverhältnis der wissenschaftlich begründeten Standardisierung der Versorgungsangebote einerseits und der ebenfalls wissenschaftlich fundierten individuellen Andersartigkeit der Zielgruppen kann dabei nicht einseitig aufgelöst, sondern muss systematisch in den Versorgungsprozess integriert werden.

Diese Ausrichtung kommt dabei nicht nur der Zielgruppe der Migranten sondern allen Pflegebedürftigen und den sie versorgenden Institutionen zu Gute. Die sozio-kulturell begründete Andersartigkeit der Klientel ist nicht nur in der Herkunft begründet, sondern Ergebnis umfassender Sozialisierungsprozesse sowohl der Klientel als auch der Pflegekräfte. Institutionell führt die Integration dieser Andersartigkeit in den Pflegeprozess zu einer Reduzierung von Konflikten, Reibungsverlusten und zur Verbesserung der Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit und trägt damit auch zu einer Verbesserung der betriebswirtschaftlichen Ergebnisse bei.

Grundsätzlich ist der Ansatz dabei auf alle Versorgungsprozesse von der Prävention über die akute medizinische Versorgung bis zur Pflege und Rehabilitation übertragbar. In allen Stufen der Versorgung besteht das Dienstleistungen inhärente Zusammenwirken der Anbieter und der Nachfrager von Gesundheitsleistungen, das gerade die individuelle Nachfrage und das professionelle Angebot aufeinander abstimmen muss. Damit gewinnt die sozio-kulturell begründete Individualisierung eine herausragende Bedeutung für die Planung und Durchführung der Versorgungsprozesse, die weit über die Einbeziehung von Beschäftigten unterschiedlicher kultureller und sozialer Herkunft hinausgeht.

Zentrale Elemente eines derartigen Ansatzes sind die Individualisierung, die Professionalisierung, die psychologischen und physiologischen Dimensionen des Versorgungsprozesses jeweils unter Berücksichtigung der Andersartigkeit. Diese vier Dimensionen bedürfen jeweils einer systematischen Fundierung, die allerdings nicht isoliert nebeneinander stehen, sondern gezielt abgestimmt und aufeinander bezogen werden müssen. Daraus ergibt sich so etwas wie ein „magi-

[12] Canan Mavis-Richter, Das multiethnische Pflegemodell “p BIA“, Gelsenkirchen 2003

sches Viereck“ der Versorgung, das sowohl in der Ausbildung und Qualifizierung als auch der Umsetzung in den Versorgungsprozessen umzusetzen ist.

„Magisches Viereck“ einer kultursensiblen Gesundheitsversorgung



Personalisierung und Professionalisierung unterscheiden sich hier zunächst in der Orientierung an den individuellen Bedürfnissen und den professionellen Standards. Insbesondere der Bereich der Personalisierung der Versorgung bedarf dabei einer breiteren Fundierung als dies zurzeit der Fall ist. Die Ausrichtung der Versorgung an individuellen Lebensstilen, den sozialen Milieus und den institutionellen Settings berücksichtigt dabei zunächst Konzepte der Sozialisierung der Klientel, die durch kulturelle und religiöse Prägungen und Werte ergänzt werden, sich wechselseitig beeinflussen und ergänzen und zu beträchtlichen Unterschieden der Potenziale und Verhaltensweisen führen. Die Lebensstile stellen dabei auf individuelle Prägungen ab, die vor allem die Verhaltensweisen und Werte abbilden[13]. Sie beeinflussen beispielsweise Verhaltensweisen wie Ernährung oder Bewegung, aber auch Konsum- und Freizeitpräferenzen, die in erheblichem Umfang Einfluss auf das Gesundheitsverhalten besitzen. Diese Einflüsse lassen sich nicht rein appellativ verändern, sondern werden in die Versorgungsangebote einfließen müssen. Die sozialen Milieus berücksichtigen vor allem die sozialen Prägungen innerhalb bestimmter Gruppen von Menschen, die zu einer Verstärkung der Lebensstile und deren wechselseitiger Beeinflussung führen[14]. Der

Personalisierte Versorgungsanforderungen

- Ausrichtung an Lebensstilen
- Berücksichtigung unterschiedlicher Milieus
- Einbeziehung unterschiedlicher Settings
- Berücksichtigung kultureller Unterschiede
- Berücksichtigung religiöser Werte
- Akzeptanz von Werten und Verhaltensweisen
- Kunde/Patient als Orientierung

[13] Vgl. etwa Stefan Hradil Soziale Ungleichheit in Deutschland. Wiesbaden 2005
[14] Vgl. etwa Sinus-Studie: Die Milieus der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, 2007.

Settingansatz[15] ergänzt diese Haltungen durch institutionelle Rahmenbedingungen von Kindergärten über Schulen, den Arbeitsplatz, Gesundheitsinstitutionen oder regionale Einflussfaktoren, die das Verhalten der Menschen prägen.

Erhebliche Differenzen ergeben sich auch aus kulturellen und religiösen Hintergründen, die besonders in der Migranten-Community ausgeprägt zum Tragen kommen und erhebliche Bedeutung im Umgang mit Gesundheit und Tod mit sich bringen. Dabei werden wiederum spezifische Werthaltungen und Wertschätzungen transportiert, die Einfluss auf das Versorgungsangebot haben. So beeinflussen in der islamischen Welt Vorstellungen eines guten Lebens, die in den Gegensätzen von „Halal“ und „Haram“ zum Ausdruck kommen, nicht nur das Wohlbefinden der Klienten, sondern auch die Verhaltensweisen ihres Umfeldes. Ohne entsprechende Berücksichtigung in den Versorgungsangeboten können diese kaum Akzeptanz finden. Die Akzeptanz der Andersartigkeit bildet damit eine wesentliche Voraussetzung für die Erschließung des Potenzials von Versorgungsangeboten ohne deren Berücksichtigung die Nachfrage kaum zu mobilisieren sein wird.

Neben der Orientierung an der Klientel behält selbstverständlich die Ausrichtung an professionellen Standards ihre Bedeutung. Hier steht die gesundheitsbezogene Kompetenzentwicklung des Personals im Vordergrund, die sich auf entsprechende Standards und Methoden stützt, aber auch die personalisierten Anforderungen stärker berücksichtigen muss. Dies setzt zum Teil auch Grenzen für die Nutzung ehrenamtlicher Angebote, die bei allem Engagement durch ein nicht ausreichend vorhandenes Fachwissen über medizinisch-pflegerische Standards geprägt sind. Diese fachlichen Grundlagen setzen daher beim Einsatz etwa von familiären oder nachbarschaftlichen Strukturen eine enge Abstimmung mit professionellen Angeboten voraus. Dabei zeigt die Versorgungsforschung aber auch, dass bei der Verbreitung der fachlichen Standards zu einem flächendeckenden Versorgungsangebot noch Verbesserungsbedarf besteht, der auch im Rahmen von Aus- und Weiterbildung adressiert werden muss.

Professionelle Versorgungsanforderungen

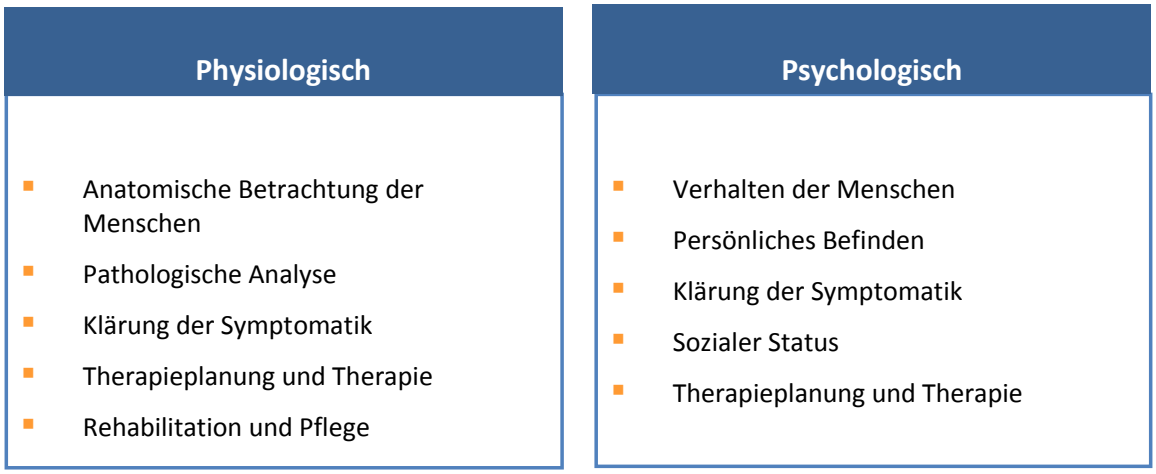
- Ausrichtung an Kompetenzen der Health Care Professionals
- Definition von Standards
- Klärung der Methoden
- Festlegung von Anforderungen
- Berücksichtigung der Kontexte
- Health Care Professional als Orientierung

Personalisierung und Professionalisierung bilden daher zwei Seiten der gleichen Medaille, die auf das Zusammenwirken von Angebot und Nachfrage im Versorgungsprozess ausgerichtet sind. Sie stehen dabei aber nicht nebeneinander, sondern müssen in ihrer wechselseitigen Bedingtheit konzipiert und umgesetzt werden. Pflege- oder Therapieplanung und Pflege- oder Therapieprozess etwa müssen so angelegt werden, dass im Rahmen der Standardisierung die Akzeptanz der Andersartigkeit und deren Potenziale systematisch berücksichtigt werden können.

Vergleichbar verhält es sich mit den Anforderungen der physiologischen und der psychologischen Dimensionen. Auch diese sind unmittelbar aufeinander bezogen und adressieren einerseits das Verhalten und Befinden der Klienten (psychologisch) und andererseits die anatomischen und darauf bezogenen symptomatischen Befunde. Die Anforderung des physischen und psychischen Wohlbefindens bezieht sich hierbei jeweils auf die bestehende Symptomatik, die vor dem Hin-

[15] Vgl. Eberhard Göpel (Hrsg.): Systemische Gesundheitsförderung, 2008.

tergrund physischer oder psychischer Beeinträchtigungen erst in Abhängigkeit von personalisierten Bedürfnissen und fachlichen Standards zu Therapiebedürftigkeit führt.

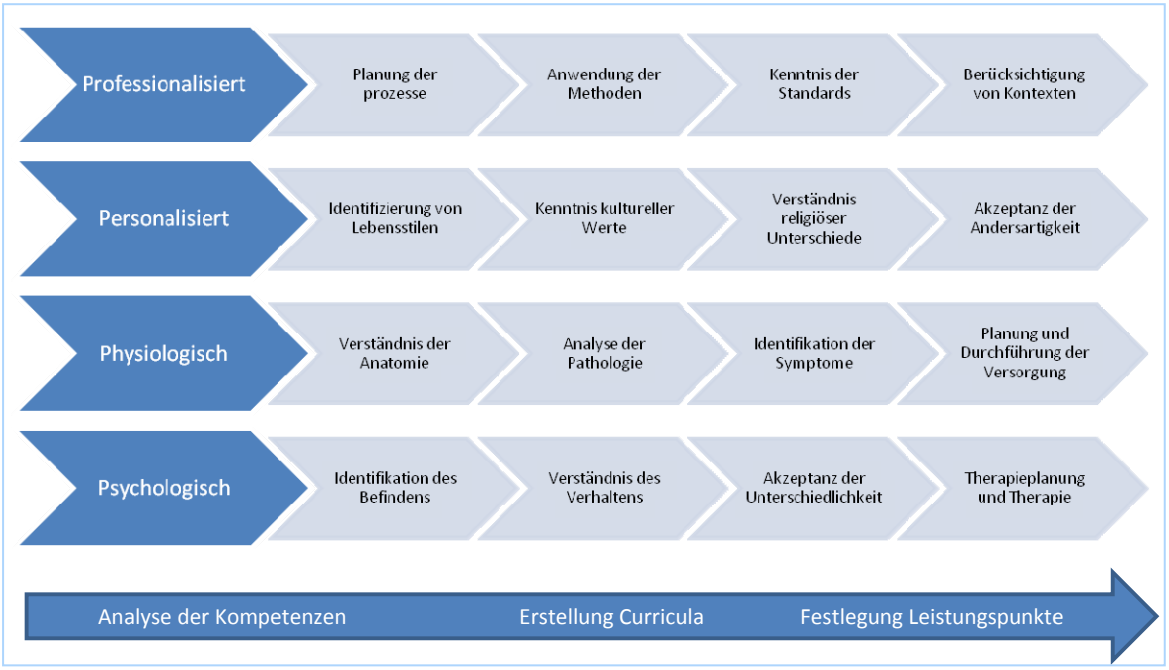


Erst die Abstimmung aller vier Dimensionen lässt erwarten, dass die eingangs beschriebenen Differenzen zwischen Versorgungsanspruch und Versorgungsrealität überwunden werden können. Damit verbunden sind hohe Anforderungen an die Entwicklung von Gesundheitsangeboten wie deren Umsetzung in einem soziokulturell bedingten Kontext. Voraussetzung hierfür sind entsprechende Qualifizierungsangebote, die allen vier Dimensionen Rechnung tragen und damit auch einer zunehmenden Migration und Internationalisierung der Gesundheitswirtschaft gerecht werden.

Die Umsetzung in entsprechende Qualifizierungskonzepte wird derzeit im Rahmen eines EU-Projektes auf Basis des ECVET (European Vocational and Educational Training) Systems anhand der Pflegeausbildung in vier Ländern erprobt. Grundlage hierfür bildet der Pflegeprozess unter Berücksichtigung aller vier Dimensionen, denen entsprechende Kompetenzen und Curricula zugeordnet werden. Um eine Vergleichbarkeit und Anschlussfähigkeit der daraus resultierenden Qualifizierungsmodule zu erreichen, werden die Angebote über ein Leistungspunktesystem bewertet, das auch eine Anerkennung der jeweiligen Module im europäischen Kontext ermöglicht.

Eine Übertragbarkeit auf andere Länder und Gesundheitsberufe wird in dieser Systematik durch das Leistungspunktesystem gewährleistet, das perspektivisch auch eine Anschlussfähigkeit zur akademischen Ausbildung sowie zur Weiterbildung ermöglicht. Eine Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung kultursensibler Anforderungen wird zukünftig die hier erst in ihren Grundzügen skizzierte Entwicklung aufgreifen und weiterentwickeln müssen. Dafür bietet der Europäische Ausbildungsrahmen eine gute Grundlage.

Umsetzung kultursensibler Pflege in ein Qualifizierungskonzept nach ECVET



Autoren

Stephan von Bandemer ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität des Instituts Arbeit und Technik.

Canan Mavis-Richter ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Sozial- und Seniorenwirtschaftszentrum Gelsenkirchen.

Kontakt: Stephan von Bandemer, Tel.: 0209/167-1363, bandemer@iat.eu

FORSCHUNG AKTUELL

ISSN 1866 - 0835
Institut Arbeit und Technik der Fachhochschule Gelsenkirchen
Redaktionsschluss: 02.03.2009

http://www.iat.eu/publikation/fa.php

Redaktion

Claudia Braczko - Tel. : 0209 – 1707 176
Fax : 0209 – 1707 110
E-Mail : braczko@iat.eu

Institut Arbeit und Technik
Munscheidstr. 14
45886 Gelsenkirchen

IAT im Internet: http://www.iat.eu