

Anforderungen an eine professionelle interkulturelle Kompetenz der Beschäftigten im Deutschen Gesundheitswesen

IRINA BECKER,
OLGA MAYER,
MATTHIAS ERNST,
WOLFGANG SEGER

Irina Becker ist Gutachterin in der Qualitätssicherung der Pflegeeinrichtungen, Geschäftsbereich Pflege des MDK Niedersachsen in Bremen

Olga Mayer ist Studienreferendarin des Lehramtes an berufsbildenden Schulen in Oldenburg

Matthias Ernst ist Leiter des Geschäftsbereichs Pflege des MDK Niedersachsen in Hannover

Prof. Dr. med. Wolfgang Seger ist Ärztlicher Leiter des MDK Niedersachsen in Hannover

In Deutschland leben mehr als 18 Millionen Personen mit Migrationshintergrund, davon ca. 4 Millionen russischsprachige Migranten aus den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion. Migranten haben hierzulande mit Hürden bei der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems zu kämpfen. So nehmen sie weniger präventive gesundheitsbezogene Maßnahmen in Anspruch. Russischsprachigen Migranten sind Früherkennungsuntersuchungen aus ihren Herkunftsländern als Pflicht bekannt. In Deutschland hingegen ist die Inanspruchnahme freiwillig. Diese Differenz lässt sich nur durch eine Stärkung der kultursensiblen interkulturellen Kommunikation und Kompetenz des Personals im Gesundheitswesen überwinden.

1. Einleitung

Die Vielfalt der in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund führt zu einer erhöhten Multikulturalität unserer Gesellschaft. So unterschiedlich wie Migrationsmotive sein können, sind auch die daraus resultierenden Folgen für jeden Einzelnen und die Gesellschaft. Migration beeinflusst direkt die Soziale Partizipation und Gesundheit von Migranten. Daher ist Migration als ein Modell sozialen, kulturellen und zugleich auch gesundheitlichen Wandels zu bezeichnen (70).

Am Beispiel der Sozialisation russischsprachiger Migranten und unter Beachtung der kulturellen Besonderheiten des Herkunftslandes wird aufgezeigt, auf welche Punkte bei der Beratung von Mi-

granten zur informierten und effektiven Inanspruchnahme von sozialen und gesundheitlichen Unterstützungsangeboten in Deutschland zu achten ist.

2. Russischsprachige Migranten aus der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten

Migration führt häufig zum Verlust persönlicher Kontakte und zu verschiedenen Veränderungen von Lebensbereichen. Sie ist mittlerweile zu einer bekannten Erscheinung unserer Gesellschaft geworden und stellt häufig ein Resultat überwiegend rationaler und persönlicher Entscheidungen vieler Menschen dar (52).

Die Anzahl der Personen mit Migrationshintergrund betrug im Zeitraum 1991 bis 2010 insgesamt 18 Millionen

(9), davon stammten über 4 Millionen Menschen aus den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion bzw. der heutigen GUS (19). Die Gruppe der Migranten ist heterogen und lässt sich grundsätzlich „... nach Ethnizität, Alter, Aufenthaltsdauer, Milieu, Sprachkenntnissen, Bildungsgrad und individueller Lebensgeschichte unterscheiden“ (26).

Russischsprachige Migranten gehören unterschiedlichen Volkszugehörigkeiten, Religions- und Kulturkreisen an. Zu den zwei größeren Gruppen zählen *Aussiedler* bzw. *Spätaussiedler* und *jüdische Zuwanderer*. Außerdem wandern viele aufgrund des Studiums, verschiedener Ausbildungen, anderer Berufstätigkeiten sowie wegen humanitärer, familiärer und sonstiger Gründe aus. Teilweise reisen sie auch im Rahmen des *Ehegatten- und Familiennachzugs* nach Deutschland ein. Die meisten Nachkömmlinge stammen aus der Russischen Föderation, Ukraine und Kasachstan (20).

Allein im Jahr 2011 wurden in Deutschland 1.879 Menschen aus der Russischen Föderation registriert (10).

2.1 Russischsprachige Aussiedler und Spätaussiedler

In den 50-er Jahren migrierten auch die ersten Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion. Personen, die bis zum 31. Dezember 1992 aus ihrem Herkunftsland nach Deutschland zugewandert sind, werden daher als *Aussiedler* und bei Einwanderung ab 1993 als *Spätaussiedler* bezeichnet.

Seit Jahrhunderten lebten die zugewanderten Deutschen auf den Territorien am Schwarzen Meer und im Wolgagebiet in denen sie ihre eigenen autonomen Gebiete besaßen. Zu Beginn des 2. Weltkriegs wurden die deutschen Familien nach Sibirien oder in verschiedene asiatische Regionen der Sowjetunion verbannt. Deutschzugehörige wurden noch lange danach sozial diskriminiert (21).

Spätaussiedler verlassen das Territorium der GUS mit der Auffassung, dass „hier kein Leben gewünscht“ und „dort in Deutschland ein Leben möglich ist“ (49). Die Idealisierung der Aufnahmegesellschaft bleibt bei der älteren Generation überwiegend erhalten. Die jüngere Generation hingegen muss sich mit negativen Urteilen der Gesellschaft des Ziellandes auseinandersetzen, in denen sie für dissoziale Situationen hierzulande verantwortlich gemacht wird. So werden viele jugendliche

Spätaussiedler des Drogen- und Alkoholmissbrauchs und damit einhergehender Suchterkrankungen bezichtigt, was zu Schwierigkeiten in der Integration führt.

Den vor 1988 nach Deutschland zugewanderten Aussiedlern gelang die Integration jedoch besser. Sie fühlen sich hierzulande ansässig, beherrschen die deutsche Sprache einwandfrei und pflegen eher soziale Kontakte zu Einheimischen (56,65). Spätaussiedler hingegen verfügen trotz Absolvierung eines Deutsch-Sprachtestes in ihrem Herkunftsland nur über geringe deutsche Sprachkenntnisse. Gemeinsam mit ihnen reisten häufig weitere, nicht deutschstämmige Familienmitglieder mit. Diese waren der deutschen Sprache kaum bis gar nicht mächtig, was wieder Integrationsprobleme nach sich zog (23).

Die im 17. und 18. Jahrhundert von den deutschen Zuwanderern mitgebrachte Sprache wurde unter den Deutschstämmigen, nicht mehr weiter entwickelt. Ihr Wortschatz bestand daher überwiegend aus den Dialekten und einer einfachen Syntax (21,37). Hierzulande wird der sprachliche Gebrauch von erhaltenen Dialekten häufig als unvorteilhaft empfunden. Dies führt häufige zum Zurückgreifen auf die russische Sprache.

Obwohl diese Migranten kurz nach ihrer Einreise durch die Einbürgerung unproblematisch die deutsche Staatsangehörigkeit erlangt hatten, unterscheiden sich deren Fremdheitserfahrungen dennoch kaum von denen anderer Migrantengruppen (23). Bedingt durch die Migration ihrer Vorfahren sowie ihrer eigenen, fühlen sich Aus- und Spätaussiedler oftmals heimatlos und fremd. In ihren Herkunftsländern wurden sie im Alltag

Den vor 1988 nach Deutschland zugewanderten Aussiedlern gelang die Integration besser.

eingeschränkt. In Deutschland werden sie von der einheimischen Bevölkerung als Russen oder Russlanddeutsche bezeichnet (59). Dies wird von vielen als persönliche Niederlage empfunden und bedingt den Wunsch, in russischsprachigen Siedlungen zu leben, um sich untereinander geborgen zu fühlen (37,61).

Die Vergangenheit der Deportationen und der Unterdrückung, aber auch der Wunsch nach kultureller Identität und bes-

seren Perspektiven (23,61), führen vielfach zu Bestrebungen eines unauffälligen und ruhigen Lebens gerade älterer Aus- und Spätaussiedler (50). So lässt sich das Äußern von Kritik ihrer Meinung nach nicht mit der Bescheidenheit und Dankbarkeit für die Aufnahme hierzulande vereinbaren (22). Diese Haltung ist auch auf viele negative im Herkunftsland gemachte Erfahrungen mit der Obrigkeit zurückzuführen. Das daraus auftretende Misstrauen bezüglich staatlicher Einrichtungen und das reduzierte Äußern von Wünschen sind daher nachvollziehbar (50).

Deshalb sind darüber hinaus Behördengänge bei fehlendem Verständnis für die deutsche Bürokratie und ungenügendem Verstehen der Behördensprache oftmals erschwert (39). Daneben sind als Zugangsbarrieren zu verschiedenen Institutionen ein häufig niedriges Bildungsniveau und sozialer Status zu sehen, welche nicht zuletzt auf geringe Sprachkenntnisse zurückzuführen sind (45).

2.2 Russischsprachige jüdische Migranten

Nach dem Zerfall der ehemaligen Sowjetunion wurde der dort lebenden jüdischen Bevölkerung das Recht zugesprochen, vom Asyl-Recht in Deutschland Gebrauch zu machen. Bis Februar 2006 reisten insgesamt 197.195 Juden, aber auch nicht jüdische Familienangehörige nach Deutschland ein (8).

Russischsprachige jüdische Zuwanderer behalten meistens die Staatsbürgerschaft des Herkunftslandes bei und beantragen die deutsche zusätzlich. Dies ermöglicht ihnen beispielsweise die Rückkehr oder häufige Reisemöglichkeiten in die nahe gelegenen baltischen Staaten, aber auch in die Ukraine und nach Russland. Bindungen in die Herkunftsländer sind für sie von sehr hoher Bedeutung. Deshalb gestaltet sich die Integration in die Gesellschaft des Ziellandes schwierig (16).

Sie verfügen über ein gutes Qualifikations- und Bildungsniveau. Die hohe Arbeitslosigkeit in dieser Gruppe, die zu einer häufigen Inanspruchnahme von Sozialleistungen führt, liegt vermutlich auch an den mangelnden Deutschkenntnissen und oftmals fehlenden Anerkennungen vorhandener Berufsqualifikation (45).

Der Erwerb von universitären Abschlüssen in anerkannten Berufen wie der Medi-

zin oder der Juristerei ist ein erstrebenswertes Ziel jüngerer russischsprachiger Juden. Nach dem Abschluss eines erfolgreichen Studiums verlassen viele Deutschland, da sie sich in den USA bessere Zukunftsperspektiven versprechen. Die ältere, oft schon pflegebedürftige Generation präferiert Deutschland aufgrund seiner guten medizinisch-pflegerischen Versorgung und seines gut ausgebauten Sozialsystems (16).

2.3 Kulturelle Gemeinsamkeiten russischsprachiger Migranten

Nach Igra (35) ist die russische Bevölkerung vorsichtig und misstrauisch gegenüber dem Staat und seinen Behörden. Russen neigen zur extremen Polarisierung (von Güte und Härte, Stolz und Selbstzweifel). Sie glauben an das Schicksal, das aus pessimistischer Zukunftseinstellung und Duldungsbereitschaft folgt. So lautet eine typische Redewendung: „*Lass uns leben, dann sehen wir, wie es kommt*“. Zu weiteren Merkmalen zählen Einfühlsamkeit, Sentimentalität und kollektivistische Orientierung (35). Bedingt durch die geschichtlichen Ereignisse (Umsiedlungen, Deportationen usw.) kam es im Laufe der Zeit immer wieder zu Mischungen unterschiedlicher Kulturen mit der russischen. Zu Zeiten der sowjetischen Herrschaft fand eine durchgehende Russifizierung der sowjetischen Bevölkerung statt. Die Kultur ethnischer Minderheiten wurde sehr beschränkt und konnte daher nur im Verborgenen gepflegt werden (21,5). Die russische Sprache stellte zu Sowjetzeiten eine übergreifende und offizielle Sprache dar. Sie wurde als Bildungs-, Wissenschafts- und Dienstsprache eingesetzt. Diese verbindet auch heute noch die verschiedenen Nationen der GUS miteinander. Im Zuge des Zerfalls der UdSSR führte jeder der Mitgliedstaaten der GUS seine eigene Landessprache wieder ein, wobei die inoffizielle Kommunikation nach wie vor in Russisch erfolgt (4).

Ein weiteres wesentliches Merkmal ist in der Relevanz der Familie begründet. Bei der Vielzahl sozialer und wirtschaftlicher Notsituationen bildete die Familie stets einen Zufluchtsort und einen stabilisierenden Faktor. So gelang es auch in schwierigen Zeiten, in denen es an vielen grundlegenden Dingen mangelte, verschiedene überlebensnotwendige Ressourcen zu erschließen. Private Selbstversorgung, die überwiegend durch die Familie gewähr-

leistet wurde, stellte allerdings auch nach dem Zusammenbruch der Sowjetunion einen wirtschaftlich relevanten Faktor dar und half, die aufkommenden Krisenzeiten zu bewältigen (25).

Auch hierzulande wird der Familienezusammenhalt hoch gehalten. So ist fast täglicher Kontakt für viele russischsprachige Migranten nicht ungewöhnlich. Jedes Familienmitglied ist stets willkommen und es müssen im Vorfeld keine Besuchstermine vereinbart werden (59). Angehörige, die keine Ausreisemöglichkeit aus ihrem Herkunftsland erhalten haben, werden trotz eventueller finanzieller Engpässe von den hier lebenden Angehörigen unterstützt. So ist das Verschicken von Päckchen mit Medikamenten und Lebensmitteln sowie monetäre Hilfe, beispielsweise für Arztbesuche, kein Einzelfall (60).

Ein Rückzug in die Familie geht meist mit Abschottung und weniger Anteilnahme am sozialen Leben einher. Auch dies kann eine Integration in das neue Land erschweren. Um ihr Familienkonzept zu schützen, halten emigrierte Familien dennoch an ihren Vorstellungen von familiärer Sorge fest, da die Familie als Grundlage der eigenen Identität verstanden wird (60). „*Da wo meine Familie ist, bin ich zu Hause. Das ist meine Heimat, mein Wohlstand*“ (14).

Eine weitere Gemeinsamkeit besteht darin, dass die ältere Generation aus einem früher „*sozialistischen System, in dem Planwirtschaft herrschte, in ein demokratisch geprägtes Umfeld mit Marktwirtschaft und ohne den für sie gewohnten Mangel an Produkten auswanderten. Dies führt zu einer negativen Entwicklung im Konsumverhalten, da sie unaufgeklärt über den Umgang mit der reichhaltigen Auswahl konfrontiert sind*“ (48). Viele Aussiedler behalten Gewohnheiten aus dem Herkunftsland, trotz der hier vorhandenen reichhaltigen Auswahl an Nahrungsmitteln, bei (2). Dies führt dazu, dass russischsprachige Migranten häufig an chronischen Krankheiten wie Diabetes mellitus erkranken. Sie verfügen über vergleichsweise mangelnde Kenntnisse bezüglich der Entstehung und Therapie dieser Erkrankung, unter anderem bedingt durch die ungenügende Aufklärung im Herkunftsland (14).

Zu berücksichtigen ist weiterhin, dass russischsprachige Migranten in einem paternalistischen Gesundheitssystem in der ehemaligen UdSSR sozialisiert wurden. Hierzulande nehmen sie daher eher eine

passive Rolle ein und betonen die Verantwortung der Ärzte für ihre Gesundheit. Je länger sie jedoch in Deutschland leben, desto eher passt sich ihre Gesundheitshaltung der einheimischen Bevölkerung an (6).

3. Menschen mit Migrationshintergrund im deutschen Gesundheitssystem

Migration kann verschiedene Auswirkungen auf die Gesundheit haben. So bestehen Rückwirkungen auf das Inanspruchnahmeverhalten, z.B. bezogen auf präventive Angebote des deutschen Gesundheitssystems sowie besondere Zugangsbarrieren.

3.1 Auswirkung auf die Gesundheit

Menschen mit Migrationshintergrund sind häufig Familientrennungen oder politischen Verfolgungen im Herkunftsland sowie psychosozialen Belastungen ausgesetzt. Nach Schulz (63) haben Flüchtlinge die schwierigste gesundheitliche Situation unter allen Zugewanderten, da sie nicht selten Krieg und Folter überstehen mussten. Sie unterliegen auch problematischen rechtlichen und politischen Aufnahmesituationen in Deutschland und verfügen über eine eingeschränkte medizinische Versorgung, die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz geregelt ist. Sie haben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz bei akuten Erkrankungen oder Schmerzzuständen Anspruch auf notwendige ärztliche und zahnärztliche Behandlung (18). Dabei werden chronische Erkrankungen, wie beispielsweise Koronare Herzkrankheit, chronische Darmerkrankungen oder Gicht, oft außer Acht gelassen. Im Asylblg wird nämlich auf die „*Behandlungen, die zur Sicherung (...) der Gesundheit unerlässlich*“ sind sowie auf Asylbewerber mit „*besonderen Bedürfnissen (...) die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt (wird)*“ Bezug genommen. Die „*ärztliche und zahnärztliche Versorgung einschließlich der amtlich empfohlenen Schutzimpfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen [Früherkennungsuntersuchungen]*“ wird nur durch die zuständige Behörde, z. B. das Sozialamt, sichergestellt (18).

Migranten weisen weiterhin im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund höhere Gesundheitsrisiken auf. Relevant sind hierbei die Ursachen „*(...) und*

Umstände einer Migration sowie die Lebens- und Arbeitsbedingungen von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, die zu einem schlechteren Gesundheitszustand führen können“ (54). Sozioökonomische Probleme gehen häufig mit gefährdenden Arbeitsbedingungen, beruflichen und ökonomischen Unsicherheiten, wie auch mit beschwerlichen Wohnverhältnissen einher. Hinzu treten auch spezifische Probleme, wie etwa Fremdenfeindlichkeit die oftmals Diskriminierung, unzureichende gesellschaftliche Anerkennung und Informationsdefizite durch unangepasste Beratung und Aufklärung nach sich ziehen (53,54). Dennoch scheint die Mortalität von Menschen mit Migrationshintergrund, verglichen mit der Bevölkerung des Ziellandes, überdurchschnittlich gering zu sein. In diesem Zusammenhang ist von dem „Healthy-migrant-Effekt“

Forschung im Zusammenhang mit Migration und Gesundheit muss mit einer reduzierten Datenlage zurechtkommen.

die Rede, welcher sich auf „das Phänomen des gesunden Migranten“ bezieht (41,55). Es wird dabei der Eindruck von einem sehr guten Gesundheitszustand bei Menschen mit Migrationshintergrund vermittelt, der aber nicht zwangsläufig repräsentativ ist (1,51,54). Die Interpretation dieses Paradoxons, welches sich aus dem geringen sozioökonomischen Status von Menschen mit Migrationshintergrund und ihrer Mortalitätsrate ableiten lässt, wird der Erhebungsproblematik bei Mortalitätsanalysen zugeschrieben. Dies liegt nicht zuletzt an der schwierigen statistischen Erfassung von Migranten. (41,54).

Allerdings werden geringere Mortalitäten auch in Erhebungen deutlich, bei denen die genannten Verzerrungen weitestgehend ausgeschlossen werden können. Hierbei sollte allerdings nicht unberücksichtigt gelassen werden, dass überwiegend eher junge, gesunde, aktive und mutige Menschen migrieren. Mit längerer Aufenthaltsdauer in Deutschland verliert der „Healthy-migrant-Effekt“ aber an Bedeutung (2,31).

Die Ergebnisse einer Kohortenstudie weisen bestätigend zu den Ergebnissen

anderer Erhebungen darauf hin, dass die Sterblichkeit russischsprachiger Aussiedler bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs geringer ist, als die der einheimischen Bevölkerung. Die Erklärungsversuche weisen in verschiedene Richtungen, lassen sich aber auch hier empirisch nicht erhärten (11). Es „(...) wird angenommen, dass die gesunden Individuen vermehrt bereit sind, zu migrieren. Dies lässt sich jedoch nicht bestätigen, wenn man die Zahlen über Aussiedler näher betrachtet“ Es ist auch zu beachten, dass die in den Herkunftsländern Verbliebenen zwar zum großen Teil zu einer älteren Klientel gehören, jedoch jegliche Informationen zu deren Gesundheitszustand fehlen.

Kyobutungi et al. (44) verweisen darauf, dass der „Healthy-migrant-Effekt“ bei der Aus- und Spätaussiedlerzuwanderung ab den 1980er Jahren nicht als Erklärung für teilweise geringere Mortalitätszahlen im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung ausreicht. Ihr Zuzug erfolgte aufgrund der Deutschstämmigkeit und nicht nach „normalen“ selektiven Merkmalen. Hinzu kommt, dass sich die Messung und Identifizierung der Sterblichkeitsziffern von Aussiedlern und Spätaussiedlern in Deutschland aufgrund ihrer Deutschstämmigkeit und der deutschen Namen generell als schwierig erweist.

Mit dieser reduzierten Datenlage muss die Forschung im Zusammenhang mit Migration und Gesundheit zurechtkommen.

3.2 Inanspruchnahmeverhalten gesundheitsbezogener Leistungen und Zugangsbarrieren

Menschen mit Migrationshintergrund nehmen viele gesundheitsbezogene Leistungen in geringerem Maße in Anspruch als die einheimische Bevölkerung (12,38,41,53,54,). Dies kann unterschiedliche Gründe haben, je nach Herkunftsland, Aufenthaltsdauer in Deutschland, Bildungsstatus, Deutschenkenntnissen, Religion, Geschlecht und sozialer Schicht. Weiterhin stellen Unterschiede im Gesundheitssystem zwischen Herkunftsland und Zielland für viele Migranten ein Problem dar, vor allem wenn es darum geht, einen Überblick über die Strukturen des deutschen Gesundheitssystems und vorhandene Angebote zu erhalten. Mangelnde Sprachkenntnisse führen oft zu Verständnisschwierigkeiten von Informationsmaterialien und Formularen

oder zu Kommunikationsproblematiken zwischen Ärzten und Patienten. Außerdem führt ein niedriger sozio-ökonomischer Status zu einer geringeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens, wenn Leistungen kosten- oder zuzahlungspflichtig sind. Dieses Problem ist bei Migranten aus niedrigen Sozialschichten überproportional hoch vertreten (38; 28).

Allgemein lassen sich Zugangsbarrieren grob zu „(...) Kommunikationsproblematiken, differierenden Krankheitskonzepten, unterschiedlichen Symptom- und Schmerzwahrnehmungen und im Zusammenhang mit der Migration gemachte Erfahrungen.“ zuordnen (31). Kommunikationsprobleme beinhalten Informationsdefizite, die sich hauptsächlich aus sprachlichen Barrieren ergeben. Gerade für ältere Migranten stellt dies, neben den für sie unbekanntem Strukturen des deutschen Gesundheitssystems einen Grund dar, warum gewisse Leistungen gar nicht erst in Anspruch genommen werden (53). Differierende Krankheitskonzepte und unterschiedliche Symptom- und Schmerzwahrnehmungen lassen sich in den Bereich der kulturell geprägten Konzepte von Gesundheit und Krankheit einordnen (15). Diese wirken sich auf die Wahrnehmung, das Erleben, die Hoffnungen und Ängste sowie in weiterer Konsequenz z. B. auf den Verlauf von Erkrankungen aus und steuern die Handlungen der Betroffenen. Hierbei sind persönliche Erklärungsansätze der Patienten von großer Bedeutung. (24,31).

So haben Menschen mit Migrationshintergrund häufig eine die Ganzheitlichkeit des Körpers einbeziehende Auffassung von Krankheit und Gesundheit. Erkrankungen treten demnach nicht grundlos auf und müssen daher im Kontext von verschiedenen anderen Aspekten betrachtet werden, welche unter anderem die Psyche und soziale Faktoren mit berücksichtigen sollten. Auch die Religion spielt im Zusammenhang mit Theorien von Krankheiten häufig eine bedeutende Rolle (29, 54).

Allerdings bestehen Zugangsbarrieren, die die Inanspruchnahme beeinflussen, nicht nur auf Seiten der Migranten. So sprechen Walter et al. (67), von gegenseitigen Zugangsbarrieren. Neben Stereotypisierungen, Stigmatisierungen und Vorurteilen, die Menschen mit Migrationshintergrund teilweise von Seiten einiger professioneller Einrichtungen entgegenschlagen, bestehen bei diesen auch Ängste bezüglich der Zusammenarbeit mit dieser Bevölkerungsgruppe. Die inter-

kulturelle Öffnung vieler Einrichtungen stößt manchmal auf innere Widerstände, die sich in den letzten Jahren aber positiv verändern. Weiterhin besteht vielerorts ein Mangel an Konzepten bei der Gestaltung von Zugangswegen für Migranten zum deutschen Gesundheitssystem (3,27,33).

Eine Studie osteuropäischer deutschstämmiger Migranten bescheinigt diesen ein höheres Gesundheitsrisiko als der übrigen deutschen Bevölkerung, eine geringere Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und geringere gezielte sportliche Aktivitäten. Das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Dienstleistungen sowie präventiver Maßnahmen gleicht sich jedoch mit der Dauer des Aufenthaltes immer mehr der hiesigen Bevölkerung an (2,68). Daher ist die Gruppe der Aussiedler und Spätaussiedler in ihrem Nutzerverhalten nicht einfach zu verallgemeinern. Neben den „aktiven“ gibt es auch diejenigen, die durchaus ihre Probleme mit der Integration haben und unter denen sich auch ältere russischsprachige Migranten befinden. Absonderung und Zurückhaltung, gerade der älteren Generation, sind vielfach mit unzureichendem oder gar fehlendem Wissen über das hiesige Gesundheitssystem verbunden. Weiterhin lassen sich verschiedenste soziale und individuelle Verhaltensmuster finden, die entweder selbst zu Zugangsbarrieren gezählt werden können, oder aber deren Entstehung und Intensivierung begünstigen (12).

4. Anforderungen an eine professionelle interkulturelle Kommunikation und kultursensible Kompetenz

Im Zusammenhang mit der Beratung von Migranten ist es sinnvoll, sich einige Aspekte der interkulturellen Kommunikation, aber auch der interkulturellen Öffnung vor Augen zu führen.

4.1 Kultur und Akkulturation

Nach Maletzke (47) wird unter dem Begriff der Kultur ein Komplex an Einstellungen, Konzepten, Wertorientierungen und Ansichten verstanden. Dieser lässt sich im Handeln, Verhalten aber auch im materiellen und geistigen Gut des jeweils Einzelnen erkennen.

Zu den Aspekten der Kultur gehören Bräuche, Sitten, Kunst, Religion, soziale Gefüge, aber auch moralische Ausrichtun-

gen, die für die jeweilige Kultur grundlegend sind. Sie beeinflussen die Persönlichkeitsstruktur der jeweiligen Person, ordnen sie einer bestimmten Gesellschaft zu und kennzeichnen sie als solche (40).

Wenn Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen aufeinander treffen und sich gegenseitig im Laufe der Zeit beeinflussen, wird dieser dynamische Prozess als *Akkulturation* bezeichnet. Auf Gruppenebene werden bei genauer Beobachtung politische, sozioökonomische und kulturelle Veränderungen deutlich. Auf der individuellen Ebene sind es Veränderungen von persönlichen Ressourcen, mit denen Individuen mit unterschiedlichen Voraussetzungen den Akkulturationsprozess aufarbeiten. Akkulturation unterscheidet vier Strategieformen: Integration, Assimilation, Separation und Marginalisation. Während die Integration die Aufrechterhaltung der Herkunftskultur und die Entstehung der Kontaktaufnahme zur Mehrheitskultur bedeuten, ist die Assimilation nur eine einseitige Anpassung an die Aufnahmekultur. Bei der Separation verläuft es umgekehrt. Die Herkunftskultur wird beibehalten und die Aufnahmekultur vermieden. Marginalisation wird dagegen durch die Ablehnung der Herkunfts- und Mehrheitskultur charakterisiert (62).

4.2 Interkulturelle Kommunikation

Unter interkultureller Kommunikation wird der Prozess des Interagierens von Menschen verschiedener Kulturen verstanden (47). Das Aufeinandertreffen verschiedenartiger Kulturen geht mit der Kommunikation subjektiver Erkenntnisse, Erlebnisse und Einblicke unter der Verwendung von Beurteilungskriterien einher (46). Bedeutsam sind die Vielfältigkeit von zugewanderten Menschen verschiedener Kulturkreise, ihre unterschiedlichen sozialen und wirtschaftlichen Hintergründe, der spezifische Umgang mit dem Migrationsprozess sowie die jeweiligen Wertvorstellungen (43). Die kulturellen Unterschiede, die sich auf die Kommunikation auswirken, bestehen nicht nur in linguistischen, sondern auch in religiösen, historischen und biologischen Besonderheiten (46). Jede Kultur hat ihre eigenen Kommunikationsregeln und Konventionen, die sich in ihrer verbalen, nonverbalen und paraverbalen Erscheinungsform unterscheiden. Um den Umgang mit diesen zu erleichtern, ist es wichtig, die Verhaltensbesonderheiten von Menschen anderer Kulturkreise inklusive

der enthaltenen Normen und Einstellungen nachzuvollziehen (32).

Die *nonverbale Ebene* ist dabei die am häufigsten verwendete Kommunikationsform, zu der neben Mimik auch Gestik, Körperhaltung sowie Blick und Proxemik (Distanz zwischen den Kommunikationspartnern wie auch deren Anordnung) gezählt werden (34). Zur *paraverbalen* Kommunikation gehören auch Stimmlage, Intonation, Rhythmus, Stimmfärbung, Tonhöhe, Akzent, Lautstärke sowie Intensität. Auf dieser Kommunikationsebene entstehen die häufigsten Missverständnisse (34).

Zur Vermeidung von Missdeutungen ist durch richtige Interpretation die interkulturelle Kommunikation notwendig. Dabei sollte grundsätzlich auf den Verzicht von Generalisierungen geachtet werden, obwohl sie selbst bei größter Sorgfalt nicht gänzlich ausgeschlossen werden können. (17).

Historisch bedingte Hintergründe sind unumgänglich, um das individuelle Handeln von Einzelpersonen verstehen zu können. Allerdings sind individuelle Sozialisationskontexte wie auch die persönliche Biografie des Einzelnen maßgeblich, wenn es darum geht, Verhalten zu verstehen, zu erklären oder damit zu arbeiten. Voraussetzung ist eine unvoreingenommene Haltung und eine Akzeptanz des Fremden an sich.

4.3 Interkulturelle Kompetenz

Da sich Menschen mit Migrationshintergrund in vielen Aspekten unterscheiden, ist es verständlich, dass Integrationserfolge unterschiedlich ausfallen. Diejenigen, die mit Integrationsschwierigkeiten zu kämpfen haben, benötigen Unterstützung und Orientierung (69).

Um Menschen mit Migrationshintergrund besser in die bestehende Gesellschaft und das Gesundheitssystem einzuführen, bemühen sich die Akteure des öffentlichen Gesundheitswesens, ihre Einrichtungen interkulturell zu öffnen (33). Die interkulturelle Öffnung einer Einrichtung bringt auch immer strukturelle Veränderungen mit sich und soll Zugangsbarrieren abbauen (64). Zugangsbarrieren bestehen auf Seiten der Migranten und auf Seiten der professionell Agierenden im Gesundheitssektor. Um diese zu minimieren und den Zugang zu erleichtern, sollte ein Miteinander über die bestehenden Barrieren hinweg hergestellt werden. Dazu bedarf es grundlegender Veränderungen, die neben dem Bereich der Personalentwicklung auch die angebotenen Leistungen, aber auch eine Öffentlichkeits-

arbeit umfassen (66). Als Baustein zur Realisierung von Qualitätsstandards erfordert die interkulturelle Öffnung die Schulung der Mitarbeiter und eine Veränderung der Arbeits- und Organisationsstrukturen (64).

Zur Realisierung dieser Ziele können Mediatoren beitragen, die möglichst die gleichen sprachlichen und/oder kulturellen Hintergründe haben. Hierdurch steigen die Akzeptanz und die Überzeugungskraft. Das Vertrauen seitens der Migranten ist höher und damit die Erreichbarkeit für die jeweilige Einrichtung. Mediatoren sind im Bereich des Gesundheitssystems Personen, die Informationen in die jeweilige Migrantengruppe tragen oder aber vermittelnd agieren und eingreifen können (54). Die Fähigkeit mit Menschen anderer Kulturkreise erfolgreich zu kommunizieren ist ein wesentlicher Bestandteil der interkulturellen Öffnung (42). Sollten gravierende Sprachschwierigkeiten vorliegen, gehört es zur interkulturellen Kompetenz entsprechende Angebote durch den Einsatz eines qualifizierten Sprachvermittlers anzubieten.

Mit Hilfe der interkulturellen Kompetenz soll ein nicht diskriminierendes Verhalten im Zusammenhang mit anderen Kulturen erreicht werden. Dafür bedarf es einer offenen und positiven Haltung sowie weiterer Fähigkeiten (64). Zur interkulturellen Kompetenz zählen neben generellen kommunikativen Fähigkeiten, Sprachkenntnissen und der Konfliktfähigkeit auch Kenntnisse und das Interesse an anderen Kulturen (7,30,66). Weiterhin sind Informationen zu rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen der jeweiligen Nutzergruppen und deren Lebensbedingungen der interkulturellen Kompetenz zuträglich (64).

Auch persönliche Kompetenzen, wie interkulturelle Empathie und emotionale Kompetenzen können hilfreich sein, Menschen aus anderen Kulturkreisen in ihrem Verhalten, ihrem Denken, in ihren Emotionen und ihrer Wahrnehmung zu verstehen. Auch für das professionelle Agieren ist ein ganzheitliches Verstehen von Vorteil. Dabei sollte das Denken in Stereotypen außen vor bleiben, da es den vorurteilsfreien Blick auf das Individuum verfälscht (36,66). Um die genannten beruflichen und sozialen Kompetenzen zu erlangen, müssen Fortbildungen und Trainingsveranstaltungen durchgeführt werden (66). Das alleinige Vorhandensein eines Migrationshintergrundes reicht selten aus, um interkulturelle Kompetenzen hinreichend auszubauen. Migrationserfahrung kann jedoch zu einer wesentlichen Bereicherung und Ressource

Förderung einer kultursensiblen Kommunikation mit Migranten im Gesundheitswesen

Allgemeine Voraussetzungen:

Kenntnisse über, Interesse an und Verständnis für fremde und eigene Kulturräume

Soziales Gefüge, Geschichte, Bräuche, Sitten, Kunst, Religion, Geschlechterrollen, Wertorientierungen, kulturell geprägte Konzepte von Gesundheit und Krankheit sowie Kenntnisse von Akkulturationsprozessen wie Integration, Assimilation, Separation, Marginalisation sowie Wissen um rechtliche und politische Rahmenbedingungen von Migranten

Individuelle Ebene:

Verstehen von Herkunft, aktueller Situation und wahrgenommenem Verhalten

Sozialisationskontext, Biographie, Migrationshintergründe, Wertvorstellungen, vergangene und gegenwärtige Lebensweise, Wissen um gegenwärtige Rahmenbedingungen, Symptom- und Schmerzäußerungen vor dem Hintergrund individueller Krankheitskonzepte, verbales, nonverbales und paraverbales Verhalten wie Mimik, Gestik, Körperhaltung, Blick, Stimmlage, Stimmfärbung, Lautstärke

Institutionelle Ebene:

Interkulturelle Öffnung durch Abbau von Zugangs- und Betreuungsbarrieren

Kultursensible Analyse und Anpassung von Strukturen und Abläufen, Personalentwicklung durch Fortbildungen und Trainingsveranstaltungen für Mitarbeiter zur Stärkung interkultureller Kompetenz, Vermeidung von Stereotypisierungen, Stigmatisierungen und Vorurteilen durch das Personal, Abbau von Ängsten des Personals bezüglich der Zusammenarbeit mit Migranten, Einsatz von Mediatoren zur Informationsweitergabe oder für vermittelndes Agieren und Eingreifen, Vorhalten qualifizierter Sprachvermittler, Öffentlichkeitsarbeit

für viele verschiedene Lebensbereiche und sogar für den Beruf werden (64).

Bezogen auf die Arbeit mit Migranten bedeutet ein Migrationshintergrund also nicht zwangsläufig eine damit einhergehende Kompetenz im Umgang mit anderen Kulturen. Da es verschiedene Gründe für die Migration gibt, finden sich auch verschiedene Umgangsweisen mit der Kultur des Ziellandes. Die Sensibilität zum Umgang mit anderen Kulturen sollte erst trainiert werden und dafür sind Hintergrundinformationen bezüglich der jeweiligen Kultur unerlässlich. Oftmals kommt es gerade in Beratungssituationen von Migranten zu problematischen Verhaltensweisen, die durchaus als unhöflich oder gar beleidigend empfunden werden. Weiß der professionell Agierende allerdings um den Sachverhalt, kann er Distanz dazu wahren und den Migranten dennoch verstehen und kompetent handeln (64).

Eine strenge Abgrenzung verschiedener Kulturen voneinander wird den tatsächlichen Lebensumständen nicht mehr gerecht. Das Verhalten und die Kulturen durchmischen sich häufig, vor allem je länger jemand in einem fremden Kulturkreis lebt. Obwohl viele Migranten versuchen, ihre „kulturelle Identität“ zu wahren und typische Verhaltensweisen aufrecht zu erhalten, nehmen sie dennoch die der Zielkultur auf. Spätestens im Herkunftsland stellen die meisten Migranten fest, dass eine Vermischung mit der Kultur des Ziellandes statt-

gefunden hat (71). So können „spezifische Teile dieser kulturellen Identität (...) in unterschiedlichen Situationen auch durch das Umfeld betont oder in Frage gestellt werden.“ Deshalb beinhaltet interkulturelle Kompetenz neben der Beachtung, Wahrnehmung und Rücksichtnahme von kulturspezifischen Unterschieden auch das Eingehen auf durch die Vermischung von Kulturen bedingte Verhaltensformen.

Berater von Migranten, beispielsweise der Arzt, die Pflegefachkraft oder der Mitarbeiter eines Sozialberatungsdienstes, sollten neben der sozialen Situation, der Geschlechterrolle, der Wirklichkeitskonstruktionen und der Lebensweisen, die es in einer Beratung immer zu beachten gilt, auch migrationsspezifische Aspekte in die Arbeit mit dem Patientenklintel einbeziehen. Hierzu gehören neben kulturellen Besonderheiten auch geschichtliche Aspekte der jeweiligen Kultur (59). Besonders relevant und als wesentliche Bedingung für interkulturelle Kompetenz ist die Auseinandersetzung mit den Strukturen der eigenen Kultur sowie den individuellen Wertvorstellungen. Nur dadurch ist es möglich, die kulturellen Dimensionen von Migranten nachzuvollziehen. Durch das Begreifen und Benennen eigener Grundsätze und kultureller Besonderheiten werden die von anderen Menschen deutlicher. Ist dies der Fall, können die Unterschiede verstanden und akzeptiert werden. (69,64). ■

Literatur

1. **Altenhof L. & Weber I.** (1993): Mortalität der ausländischen und der einheimischen Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. In: *Soz. Präventivmed* 38 (4): 222-230
2. **Aparicio M. L.; Döring A.; Mielck, A.; Holle R.** (2005): Unterschiede zwischen Aussiedlern und der übrigen deutschen Bevölkerung bezüglich Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsverhalten: eine vergleichende Analyse anhand des KORA-Surveys 2000. In: *Soz. Präventivmed* 50 (2): 107-118
3. **Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege / Kuratorium Deutsche Altershilfe (2002): Für eine kultursensible Altenpflege. Eine Handreichung.** In: https://www.kultursensible-altenhilfe.de/files/PDF-Veroeffentlichungen/Altenhilfe_bf.pdf [Zugriff: 27.04.2016]
4. **Arevjew A.** (2006): How Do You Say That in Russian? Expert online 2.0. In: http://eng.expert.ru/printissues/countries/2006/09/russkiy_yazyk_v_blichayshem_zarubezhe/ [Zugriff: 27.04.2016]
5. **Armborst K.** (2001): Ablösung von der Sowjetunion: Die Emigrationsbewegung der Juden und Deutschen vor 1987. In: Hecker, H.; Kämpfer, F.; Maier, L. (Hrsg.). *Arbeiten zur Geschichte Osteuropas*; 10. Münster: LIT Verlag, S. 12-16
6. **Bachmann V., Hirsch O., Teigeler K., Bösnier S., Donner-Banzhoff, N.** (2012): Mental and physical well-being among Russian-speaking migrants, native-born Germans and native-born Russians. (Bislang noch nicht veröffentlichtes Manuskript)
7. **BAMF** (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge) 2011 a: Flüchtlingsschutz. In: <http://www.bamf.de/DE/Migration/AsylFluechtlinge/Fluechtlingsschutz/fluechtlingsschutz-node.html> [Zugriff: 27.04.2016]
8. **BAMF** (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge) 2011 b: Aufnahmevoraussetzungen. In: <http://www.bamf.de/DE/Migration/luedischeZuwanderer/Voraussetzungen/voraussetzungen-node.html> [Zugriff: 27.04.2016]
9. **BAMF** (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge) 2012 a: Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Migrationsbericht 2010. Bundesministerium des Innern (Hrsg.). Berlin: Bonifatius GmbH, Druck-Buch-Verlag
10. **BAMF** (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge) 2012 b: Das deutsche Asylverfahren – ausführlich erklärt. Zuständigkeiten, Verfahren, Statistiken, Rechtsfolgen. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.). Nürnberg
11. **Becker H., Razum O., Kyobotungi C., Laki J., Ott J. J., Rollenfitsch U., Winkler V.** (2007): Mortalität von Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion. Ergebnisse einer Kohortenstudie. In: *Deutsches Arzteblatt*, 104 (23): 1655-1661
12. **Becker I. & Oldenburger J.** (2009): Du bist nicht allein – zusammen sind wir stark. Universität Bremen, Pflegewissenschaft. (Unveröffentlichter Praktikumsbericht im Rahmen des Forschungs- und Implementierungsprojektes im Studiengang BA Pflegewissenschaft, bei den Verfassern erhältlich)
13. **Becker, I., Mayer, O., Ernst, M. und Seger, W.** (2016): Russischsprachige Migranten aus den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion – Empirische (qualitative) Studie zum Inanspruchnahmeverhalten von Früherkennungsuntersuchungen in Deutschland, zur Veröffentlichung vorbereitet.
14. **Becker I. & Mayer O.** (2012): Auswirkung der DMP-Diabetes-Beratungen/Schulungen auf die Gesundheitskompetenz von russischsprachigen Diabetikern. Ein migrations- und kulturspezifischer Forschungsansatz. Universität Bremen. (Unveröffentlichte Projektarbeit im Rahmen Vertiefung qualitative Methoden im Studiengang MA Public Health)
15. **Behrens B.** (2011): Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen. Überblick – Strategie – Praxis. In: Leiprecht R., Petersen I. Schulz-Kaempf W. (Hrsg.). *Schriftreihe des interdisziplinären Zentrums für Bildung und Kommunikation in Migrationsprozessen (IBKM) an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg*. Nr. 55. Oldenburg: BIS-Verlag
16. **Bodemann Y. M. & Bagno O.** (2010): In der ethnischen Dämmerung. Die Pfade russischer Juden in Deutschland. In: Yurdakul Gökce & Bodemann Y. Michal (Hrsg.). *Staatsbürgerschaft, Migration und Minderheit. Inklusion und Ausgrenzungsstrategien im Vergleich*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 161-182
17. **Bolten J.** (2007): Interkulturelle Kompetenz. Landeszentrale für politische Bildung Thüringen (Hrsg.). Erfurt: Druckerei Sömmerda GmbH
18. **BMJ** (Bundesministerium der Justiz) (2012) a: Asylbewerberleistungsgesetz. In: <http://www.gesetze-im-internet.de/asyblbg/> [Zugriff: 25.10.2012]
19. **DEStatis** (Statistisches Bundesamt Deutschland) (2012) a: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Ausländische Bevölkerung. Ergebnisse des Ausländerzentralregisters. Fachserie 1 Reihe 2, 2011. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
20. **Deutscher Bundestag** (2010): Migrationsbericht 2008. Unterrichtung durch die Bundesregierung zur 17. Wahlperiode. Drucksache 17 / 650.
21. **Dietz B. & Hilkes P.** (1992): Russlanddeutsche: Unbekannte im Osten. Geschichte. Situation. Zukunftsperspektiven. 2. Aufl. München: Olzog Verlag GmbH, S. 14-120
22. **Dietz B.** (1995): Zwischen Anpassung und Autonomie: Russlanddeutsche in der vormaligen Sowjetunion und in der Bundesrepublik Deutschland. Heft 22. Berlin: Duncker und Humblot GmbH
23. **Dietz B.** (2003): Historische, politische und sozialwissenschaftliche Aspekte der Einwanderung russischsprachiger Aussiedler. In: DBH – Bildungswerk (Hrsg.). *Spätaussiedler. Interkulturelle Kompetenz für die Straffälligenhilfe und den Justizvollzugsdienst*. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg GmbH, S. 9-34
24. **Dreher E. & Dreher M.** (1999): Konzepte von Krankheit und Gesundheit in Kindheit, Jugend und Alter. In R. Oerter C., von Hagen G., Röper & G. Noam (Hrsg.). *Klinische Entwicklungspsychologie* Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 623-653
25. **Erdmann-Kutnevic S.** (2006): Die soziale Situation von älteren Menschen in Belarus, Russland und der Ukraine. Fonds „Erinnerung und Zukunft“, Berlin. In: http://www.stiftung-evz.de/fileadmin/user_upload/EVZ_Uploads/Publikationen/Studien/2005_finale_sozialstudie.pdf [Zugriff: 27.04.2016]
26. **Falge Ch.** (2009): Deutschland ein Einwanderungsland? Die interkulturelle Öffnung der Bremer Krankenhäuser als kritischer Testfall. In: Ch. Falge, G. Zimmermann (Hrsg.). *Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems. Schriftenreihe des Zentrums für europäische Rechtspolitik (ZERP) Band 51*. Baden-Baden
27. **Frühaufl, H.-P. & Angres M.** (2003): Innovation durch Integration und Vernetzung Praktische Perspektiven einer integrativen Alten- und Gesundheitshilfe am Beispiel des Projekts BACI. Ergebnisse des Projekts. Landesbeauftragte für Ausländerfragen bei der Staatskanzlei Rheinland-Pfalz (Hrsg.). *Barrieren abbauen – Zugänge schaffen. Ältere Migrantinnen und Migranten in der Gesundheitsversorgung. Dokumentation des Pilotprojekts BACI im Landkreis Alzey- Worms*. S. 37 – 43. In <http://www.ism-mz.de/home/migration-interkulturelle-oeffnung.html> [Zugriff: 27.04.2016]
28. **Geiger I. K. & Razum O.** (2006): Migration: Herausforderungen für die Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U.; Razum, O. (Hrsg.). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim / München: Juventa Verlag, S. 719-746
29. **Greifeld K.** (1995): Was ist „krank“? Wohlfinden und Missfinden im interkulturellen Vergleich. Mabuse Verlag (96): 22-26
30. **Habermann M.** (2003): „Interkulturelle Kompetenz“ – Schlagwort oder handlungsleitende Zielvorstellung in der Altenpflege? *Pflege und Gesellschaft*, 8 (1): 11-16
31. **Hajilouiean E.** (2011): Inanspruchnahme von Notfallambulanzen in Berlin in den Jahren 2006/2007: Einfluss von Geschlecht, Alter, Bildungsgrad und ethnischer Herkunft. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doctor medicinae (Dr. med.). Medizinische Fakultät der Charité-Universitätsmedizin Berlin
32. **Hecht-El Minshawi B. & Berninghausen J.** (2007): Interkulturelle Kompetenz. Frankfurt am Main, London: IKO-Verlag für Interkulturelle Kommunikation
33. **Heiden H. G., Srna Ch., Franz K.** (2009): Einstellungen und Erwartungen zu einem gesundheitsbezogenen, interkulturellen Informations- und Beratungszentrum am Beispiel von Menschen mit Multipler Sklerose und Migrationshintergrund. Eine Pilotstudie. *Lebensnerv*. Stiftung zur Förderung der psychosomatischen MS-Forschung. In: <http://www.lebensnerv.de/misc/Einstellungen-Text-Studie.pdf> [Zugriff: 27.04.2016]
34. **Heringer H. J.** (2007): Interkulturelle Kommunikation. Tübingen & Basel: A. Francke Verlag
35. **Igra H.** (2010): Interkulturelle Kompetenz: deutsch-russische Kulturstandards im interkulturellen Management. In: <http://www.stic-deru.de/pdf/STIC-Interkulturelles-Management.pdf> [Zugriff: 27.04.2016]
36. **IIKD** (Institut für Interkulturelle Kompetenz & Didaktik) (2010): Glossar zentraler Begrifflichkeiten. Interkulturelle Kompetenz – Definition Begriff. In: <http://www.ikud.de/glossar/interkulturelle-kompetenz-definition.html> [Zugriff: 27.04.2016]

Literatur

37. **Ingenhorst H.** (1997): Die Russlanddeutschen. Aussiedler zwischen Tradition und Moderne. Frankfurt/ New York: Campus Verlag
38. **Kirkcaldy B., Wittig U., Furnham A., Merbach M., Siefen R. G.** (2006): Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Berlin / Heidelberg: Springer Medizin Verlag. 49 (9): 873-883
39. **Kirsch J.** (2004): Migration von Russlanddeutschen: Aus gesellschaftlicher und ärztlicher Sicht. Berlin: Gallus Druckerei KG
40. **Knipper M. & Bilgin Y.** (2009): Migration und Gesundheit. St. Augustin / Berlin: Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.
41. **Kohls M.** (2008): Healthy-Migrant-Effect, Erfassungsfehler und andere Schwierigkeiten bei der Analyse der Mortalität von Migranten. Eine Bestandsaufnahme. Workingpaper 15 der Forschungsgruppe des Bundesamtes. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge Referat 220 – Grundsatzfragen der Migration, Projektmanagement, Finanzen, Geschäftsstelle Wissenschaftlicher Beirat (Hrsg.). Nürnberg
42. **Koptelzewa G.** (2004): Interkulturelle Kompetenz in der Beratung. Strukturelle Voraussetzungen und Strategien der Sozialarbeit mit Migranten. Band 18. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann
43. **Kumbier D.** (2008): Interkulturelle Kommunikation: Methoden, Modelle, Beispiele. In: Friedmann Schulz von Thun (Hrsg.). 2. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH
44. **Kyobutungi C., Ronellenfitsch U., Razum O., Becher H.** (2005): Migration and health. Mortality from external causes among ethnic German immigrants from former Soviet Union countries, in Germany. In: European Journal of Public Health, 16 (4): 376-382
45. **Lima Curvello T.** (2007): Verbraucherschutz in der Einwanderungsgesellschaft Studie im Auftrag des Verbraucherzentrale Bundesverbandes e.V. (vzbv). In: <http://www.vzbv.de> [Zugriff: 27.04.2016]
46. **Losche H.** (1995): Interkulturelle Kommunikation: Sammlung praktische Spiele und Übungen. Alling: Sandmann-Verlag
47. **Maletzke G.** (1996): Interkulturelle Kommunikation. Zur Interaktion zwischen Menschen verschiedener Kulturen. Opladen: Westdeutscher Verlag, GmbH
48. **Nissanova L.** (2008): Ernährungsberatung für Menschen mit russischer Abstammung. In: Ernährungs Umschau 7/08: 446-447.
49. **Novikov J.** (2005): Politischer, sozialer und psychologischer Hintergrund von russischsprachigen Migranten zum Verständnis für eine Integration. In: Hans-Jörg Assion (Hrsg.). Migration und seelische Gesundheit. Berlin Heidelberg: Springer Verlag, S. 93-101
50. **Rabe Rahmann S.** (2007): „Unauffällig und unsichtbar“ – Aspekte zur Situation von älteren Aussiedlern und Aussiedlerinnen. Projektträger: Bundesverband Information und Beratung für NS-Verfolgte e.V. Köln. Fachtagung „(un)auffällig und (un)sichtbar?“ – für einen sensiblen und kompetenten Umgang mit Zugewanderten, NS-Verfolgten, Kriegstraumatisierten, Überlebenden sexualisierter Gewalt und Schwulen und Lesben in der Altenhilfe. Dokumentation im Rahmen des Projektes „Anpassung der Versorgungssysteme der Altenhilfe an die Erfordernisse älterer NS-Verfolgter“. S. 17-21. In: <http://www.nsberatung.de/index.php/de/schriftreihe-ns-verfolgte> [Zugriff: 27.04.2016]
51. **Razum O. & Rohrmann S.** (2002): Der Healthy-migrant-Effect: Bedeutung von Auswahlprozessen bei der Migration und Late-entry-Bias. In: Das Gesundheitswesen 64 (2): 82-88
52. **Razum O.** (2003): Gesundheitsberichterstattung für Migrantinnen und Migranten: Möglichkeit und Grenzen. In: Borde, T.; David, M. (Hrsg.). Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, S. 265-274
53. **Razum O., Geiger I., Zeeb H., Ronellenfitsch U.** (2004): Gesundheitsversorgung von Migranten. In: Deutsches Ärzteblatt, 101 (43): 2882- 2887
54. **Razum O., Zeeb H., Meesmann U., Schenk L., Bredehorst M., Brzoska P., Derks T., Glodny S., Menkhaus B., Salman R., Saß A-C., Ulrich R.** (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch- Institut (Hrsg.). Berlin: Oktoberdruck AG
55. **Razum O. & Spallek J.** (2009): Wie gesund sind Migranten? Erkenntnisse und Zusammenhänge am Beispiel der Zuwanderer in Deutschland. Kurzdossier In: focus MIGRATION. Hamburgisches WeltWirtschaftsinstitut (HWWI) (Hrsg.). In: http://www.hwwi.org/uploads/tx_wilpubdb/KD_12_Migranten_Gesundheit.pdf [Zugriff: 27.04.2016]
56. **Savoskul M.** (2006): Russlanddeutsche in Deutschland: Integration und Typen der ethnischen Selbstidentifizierung. In: Ipsen-Peitzmeier S. & Kaiser M. (Hrsg.): Zuhause fremd – Russlanddeutsche zwischen Russland und Deutschland. Bielefeld: Transcript, S. 192-223
57. **Sauer L.** (2006): Zuwanderung aus den Staaten der GUS nach Deutschland. Neue Zuwanderergruppen in Deutschland. In: Swiaczny F. & Haug F. (Hrsg.). Vorträge der 7. Tagung des Arbeitskreises Migration – Integration – Minderheiten der Deutschen Gesellschaft für Demographie (DGD) in Zusammenarbeit mit dem Soziologischen Institut der Universität Erlangen in Erlangen am 25. November 2005 (118): 109-125
58. **Schmid S.** 2012: Das Migrationspotenzial aus der GUS in die Europäische Union. Forschungsbericht 17. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.). Nürnberg
59. **Schnepf W.** (2002): Familiäre Sorge in der Gruppe der russlanddeutschen Spätaussiedler. Funktion und Gestaltung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans-Huber Verlag
60. **Schnepf W.** (2006): „Im Angesicht des Anderen: „Schützen müssen“: In: Pflege & Gesellschaft, 11 (1): 61-76
61. **Schnepf W., Duijnste M., Grypdonck M.** (2003): Was es bedeutet, in russlanddeutschen Familien für pflegebedürftige Menschen zu sorgen. In: Zielke-Nadkarni A. & Schnepf W. (Hrsg.). Pflege im kulturellen Kontext. Positionen, Forschungsergebnisse, Praxiserfahrungen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans-Huber Verlag, S. 73-100
62. **Schönplflug U.** (2007): Migration und Intergration. In: Thomas A., Kammhuber S., Schroll-Machl S. (Hrsg.). Handbuch Interkulturelle Kommunikation und Kooperation. Band 2: Länder, Kulturen und interkulturelle Berufstätigkeit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, S. 328-341
63. **Schulz S.** (2003): Wohlbefinden bei Immigranten? In: Zielke-Nadkarni A. & Schnepf W. (Hrsg.). Pflege im kulturellen Kontext. Positionen. Forschungsergebnisse. Praxiserfahrungen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans-Huber Verlag, S. 37-60
64. **Tuschinsky C.** (2004): Interkulturelle Kompetenz. Ressourcenorientierte Kommunikation in der Sozialberatung Weiterbildungsmodell. Institut für berufliche Bildung und Weiterbildung e.V. (Hrsg.). Göttingen
65. **Vogelgesang, W.** (2008): Jugendliche Aussiedler: zwischen Entwurzelung, Ausgrenzung und Integration. Weinheim und München: Juventa Verlag
66. **Wagner M.** (2007): Die Bedeutung interkultureller Öffnung und die Vermittlung interkultureller Kompetenz. Qualität und Innovation im Gesundheitswesen sichern – berufliche Integration von Migrant/innen fördern! Dokumentation der Fachtagung. S. 39-41. In: http://www.bgz-berlin.de/files/dokumentation_sensibilisierungskonferenz_active_health_2007.pdf [Zugriff: 27.04.2016]
67. **Walter U., Ramazan S., Krauth C., Machleidt, W.** (2007): Migranten gezielt erreichen: Zugangswege zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen. In: Psychiatrische Praxis, 34 (7): 349-353
68. **Wittig U., Merbach M., Siefen R. G., Brähler E.** (2004): Beschwerden und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens von Aussiedlern bei Einreise nach Deutschland. Gesundheitswesen. Stuttgart / New York: Georg Thieme Verlag, 66 (2): 85-92
69. **Zachariki I.** (2006): Interkulturelle Kompetenz in der Beratung. In: Fischer, V.; Springer, M.; Zachariki, I. (Hrsg.). Interkulturelle Kompetenz. Fortbildung – Transfer – Organisationsentwicklung. Reihe Politik und Bildung, Band 35. 2. Aufl. Schwallbach/Ts.: WOCHENSCHAU Verlag, S. 173-194
70. **Zeeb H. & Razum O.** (2006): Leitthema: Migration und Gesundheit. Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung. Ein einleitender Überblick. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2006. 49. Springer Medizin Verlag, S. 845–852. In: <http://www.springerlink.com/content/454215v078n18576/fulltext.pdf> [Zugriff: 27.04.2016]
71. **Zeman P.** (2004): Interkulturelle Kompetenz und Pflegequalität. In: Informationsdienst Altersfragen. Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). 31(2): 2-5