



Das Gesundheitsprojekt  
Mit Migranten  
für Migranten

# Interkulturelle Kompetenz in der Reha-Beratung



Praxisleitfaden für Beraterinnen und Berater der Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung und der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation



## Impressum

Interkulturelle Kompetenz in der Reha-Beratung  
Praxisleitfaden für Beraterinnen und Berater der  
Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen  
Rentenversicherung und der Gemeinsamen  
Servicestellen für Rehabilitation

Herausgeber – Konzeption, Inhalt, Erstellung:  
Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.  
Königstraße 6  
30175 Hannover

In Kooperation mit:  
Medizinische Hochschule Hannover,  
Klinik für Rehabilitationsmedizin  
Carl-Neuberg-Straße 1  
30625 Hannover

Redaktion: Ramazan Salman, Ahmet Kimil,  
Jasmin Bergmann, Klara Markin, Annette  
Baimler-Dietz, Dr. med. Lara-Marie Reißmann,  
Elena Kromm-Kostjuk, Prof. Dr. med. Christoph  
Gutenbrunner

Bildquellen: eigene Darstellungen,  
Fotolia © 2004–2016

Wenn in diesem Praxisleitfaden Personen-  
gruppen benannt sind, wird im Folgenden  
die männliche Schreibweise verwendet. Es  
sind aber weibliche und männliche Personen  
gleichermaßen gemeint. Dies geschieht aus  
Gründen des besseren Leseflusses und ist nicht  
als diskriminierend zu verstehen.

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheber-  
rechtlich geschützt.

Jede Verwendung in anderen als den gesetzlich  
zugelassenen Fällen bedarf deshalb der vorhe-  
rigen schriftlichen Genehmigung durch den  
Herausgeber.

1. Auflage

Stand: Juli 2016

Wir danken der Deutschen Rentenversicherung für  
die freundliche Unterstützung bei der Realisierung  
dieses Praxisleitfadens



# Grußwort



Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

die Zufriedenheit und das Wohlbefinden des Menschen hängen zentral von seinem gesundheitlichen Befinden ab. Gesundheit ist ein hohes Gut, das es zu bewahren gilt. Allerdings gibt über ein Drittel der in Deutschland lebenden Personen in aktuellen Befragungen an, an mindestens einer chronischen Krankheit zu leiden; also an einer Erkrankung, die lange andauert, nicht vollständig heilbar ist und regelmäßiger Behandlungen und Kontrollen bedarf. Chronische Erkrankungen können zu deutlichen Einschränkungen in Alltag und Beruf führen. Viele Betroffene – insbesondere Menschen mit Einwanderungsgeschichte – wissen nicht, dass eine medizinische Rehabilitation für Abhilfe oder Besserung sorgen kann. Andere sind sich unsicher, ob sie das Recht auf eine Rehabilitation haben. Häufig fehlt aber auch grundlegendes Wissen: Wie stelle ich einen Antrag, was genau wird in der Rehabilitationseinrichtung gemacht, werden meine persönlichen, kulturellen und sprachlichen Bedürfnisse berücksichtigt?

All dies kann dazu führen, dass die Chance auf Verbesserung der Lebensqualität und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch eine Rehabilitation nicht rechtzeitig in Anspruch genommen wird.

Ich freue mich deshalb, dass dieser Praxisleitfaden zur Interkulturellen Kompetenz in der Reha-Beratung für Reha-Beraterinnen und Berater vorliegt. Sie finden darin umfassende Informationen, die Sie bei der Beratung von Betroffenen mit Einwanderungsgeschichte unterstützen.

Ich danke der Deutschen Rentenversicherung und dem Ethno-Medizinischen Zentrum e.V., die mit Unterstützung der rehabilitationsmedizinischen Expertinnen und Experten der Medizinischen Hochschule Hannover diesen einzigartigen Rehabilitationswegweiser erstellt haben. Sie haben eine große Lücke geschlossen und leisten damit einen wichtigen Beitrag zu Integration und Teilhabe.

Ich wünsche mir, dass alle Menschen dieses Landes von den Angeboten des hiesigen Gesundheitssystems profitieren. Dieser Praxisleitfaden soll dabei helfen!

*Aydan Ozoğuz*

Staatsministerin bei der Bundeskanzlerin und Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration

# Grüßwort

Liebe Leserinnen und Leser,

die zunehmend wachsende Anzahl von Menschen mit Migrationshintergrund stellt eine große Bereicherung für die interkulturelle Entwicklung der deutschen Gesellschaft dar. Gleichzeitig stellt die kulturelle Vielfalt eine Gesellschaft vor große Herausforderungen. Eine Fähigkeit – die sogenannte „interkulturelle Kompetenz“ – wird dabei immer bedeutender, nicht zuletzt vor dem Hintergrund der zunehmenden Globalisierung.

Studien zeigen, dass bestimmte Erkrankungen wie orthopädische Krankheiten durch körperlich belastende Tätigkeiten oder psychische/psychosomatische Krankheiten aufgrund der belastenden Lebenssituation als Zugewanderte bei Menschen mit Migrationshintergrund häufiger auftreten. Trotz der guten Aussicht auf Besserung durch Rehabilitationsmaßnahmen ist diese Gruppe jedoch immer noch in der medizinischen Rehabilitation unterrepräsentiert. Neben den bekannten Ursachen wie Sprachbarrieren oder Informationslücken können auch systembezogene Barrieren den Zugang zu den Rehabilitationsmaßnahmen erschweren. Das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. möchte deshalb gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Bund, Nord, Oldenburg-Bremen sowie Rheinland-Pfalz dazu beitragen, dem kulturellen Verständigungs- und Informationsbedarf bei Migrantinnen und Migranten sowie bei Professionellen im

Versorgungssystem nachzukommen.

Daher freue ich mich, Ihnen den Praxisleitfaden „Interkulturelle Kompetenz in der Beratung“ vorstellen zu dürfen. Er dient unter anderem als Unterstützung für Beraterinnen und Berater der Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung und der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation, um die Beratung von Versicherten mit Migrationshintergrund zu unterstützen. Der Praxisleitfaden bietet Einführungen zum Konzept der interkulturellen Kompetenz, soll Impulse geben sowie die „interkulturelle Beratung“ unterstützen.

Wir hoffen, mit dem vorliegenden Wegweiser einen Beitrag zur Bereicherung des interkulturellen Praxisalltags für die Beraterinnen und Berater zu leisten, und wünschen viel Freude im Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen. Nur wenn alle von der Qualität unseres Gesundheitssystems gleichermaßen profitieren, können die Gesundheitschancen und die Integration aller Menschen nachhaltig und effektiv verbessert werden!



**Ramazan Salman**

Geschäftsführer des Ethno-Medizinischen Zentrums/Gesamtleiter MiMi-Gesundheitsprojekt



# Inhalt

Einleitung .....	6
Migration in Deutschland.....	8
Migration, Akkulturation, Gesundheit und Rehabilitation .....	14
Bedeutung der Kultur und der kulturellen Unterschiede in der Reha-Beratung .....	24
Interkulturelle Kompetenz.....	27
Interkulturelle Aspekte in der Reha-Beratung.....	31
Schlusswort.....	36
Fallbeispiele.....	37
Adressen Reha-Einrichtungen mit Angeboten für Migranten.....	41
Glossar .....	44
Literatur zum Weiterlesen .....	48
Notizen.....	52
Danksagung .....	54

# Einleitung

Mögen sie Gyros, Sushi oder Kartoffeln? Als die Kartoffel im 17. Jahrhundert nach Deutschland kam, waren die Menschen sehr skeptisch. Sie aßen die leicht giftigen, oberirdischen Früchte, die wie kleine grüne Tomaten aussahen, und waren natürlich wenig begeistert. Heute ist die Kartoffel aus der deutschen Küche nicht mehr wegzudenken. Aber die Menschen mussten den Umgang mit ihr erst einmal lernen.

Durch die Globalisierung kommen wir immer häufiger in Kontakt mit Menschen aus anderen Kulturen, und auch hier kann es zu Missverständnissen kommen. Um uns gegenseitig besser verstehen zu lernen, sollten wir offen aufeinander zugehen. Jeder fünfte Mitbürger in Deutschland hat einen Migrationshintergrund. Das bedeutet, er ist entweder selbst eingewandert oder er hat zugewanderte Vorfahren.

Diese Menschen sind wichtig, auch weil Deutschland aufgrund des demografischen Wandels neue Arbeitskräfte benötigt, um seinen Wohlstand und seine Sozialsysteme aufrechterhalten zu können. Bereits jetzt fehlen beispielsweise Pflegekräfte, Ärzte oder Ingenieure.

Die unterschiedlichen Kulturen, die Menschen mit nach Deutschland bringen, sind zum einen eine große Bereicherung für eine Gesellschaft. Zum anderen bringen Sie aber auch Herausforderungen mit sich. Unterschiedliche Sprachen, Religionen, Rol-

lenbilder und Lebenseinstellungen treffen aufeinander und können eine Chance sein, aber auch beide Seiten verunsichern sowie Misstrauen auslösen.

Um den Umgang miteinander zu erleichtern, ist es wichtig, sich die Gemeinsamkeiten und Unterschiede sowie ihre Folgen bewusst zu machen. Diese Fähigkeit wird *interkulturelle Kompetenz*<sup>1</sup> genannt und ist in einer multikulturellen Gesellschaft unabdingbar.

Auch im Bereich der Gesundheit und der medizinischen Rehabilitation gibt es einige Besonderheiten zu beachten. *Menschen mit Migrationshintergrund* sind zwar nicht generell kränker als die einheimische Bevölkerung, ihre Lebensbedingungen beinhalten aber häufiger *Risikofaktoren*, z. B. für orthopädische Erkrankungen durch körperlich schwere Arbeiten. Und schon alleine das Leben in einer fremden Kultur kann einen Risikofaktor für psychische und *psychosomatische* Erkrankungen darstellen.

Zudem nutzen Menschen mit Migrationshintergrund seltener die vorhandenen Strukturen zur Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung. Sprachdefizite, Unkenntnis des deutschen Gesundheitssystems oder andere Vorstellungen über Krankheitsentstehung und -behandlung sind einige der Gründe dafür.

---

<sup>1</sup> Die Glossarbegriffe sind im Text in kursiver Schrift hervorgehoben

Speziell für die medizinische Rehabilitation gibt es zusätzlich häufig fehlendes Wissen oder falsche Vorstellungen über den Zugang und Ablauf einer Rehabilitation. Schamgefühle, Angst vor Sanktionen durch den Arbeitgeber sowie die Sorge um die Erledigung der Familienpflichten wie Haushalt und Kinderbetreuung können zusätzliche Zugangsbarrieren darstellen. Und auch die Frage, ob religiöse Speisevorschriften und Gebetszeiten eingehalten werden können, lassen Menschen mit Migrationshintergrund oft daran zweifeln, ob eine medizinische Rehabilitation das Richtige für sie wäre.

Für viele dieser Fragen und Sorgen gibt es bereits adäquate Lösungen, welche den Betroffenen vermittelt werden sollten, um ihre

Teilnahme an notwendigen medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen zu ermöglichen.

Dieser Leitfaden soll Sie als Mitarbeiter der Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung und der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation für die kulturellen Unterschiede sensibilisieren und sie dabei unterstützen, Menschen mit Migrationshintergrund noch besser zu erreichen.

Ebenso ist der Leitfaden aber auch geeignet für alle Mitarbeiter von Rehabilitationseinrichtungen, die mit Menschen mit Migrationshintergrund arbeiten und ihr Wissen erweitern möchten.

# Migration in Deutschland

Deutschland ist Heimat für Millionen von Menschen aus aller Welt. Tendenz steigend. Abb. 1 zeigt den Verlauf der Einwanderungen innerhalb der Jahre 2010–2014).

Jedoch ist Deutschland auch ein Auswanderungsland. Seit 2010 steigt die Zahl der Fortzüge wieder kontinuierlich an (von 670.605 auf 914.241 Personen in 2014) (Statistisches Bundesamt 2016).

## Charakteristika der Bevölkerung mit Migrationshintergrund

Unter den Begriff „Menschen mit Migrationshintergrund“ werden aber nicht nur die Zuwanderer (*Migranten*), sondern auch deren Nachkommen, die in Deutschland geboren sind, zusammengefasst. Zwischen der deutschen Bevölkerung mit und der ohne Migrationshintergrund bestehen einige Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur. So ist die Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Schnitt jünger, kinderreicher, lebt häufiger in klassischen Familienstrukturen (verheiratete Eltern und Kinder) sowie in größeren Haushalten. Tab. 1 zeigt die Unterschiede zwischen beiden Bevölkerungen anhand einiger ausgewählter Merkmale.

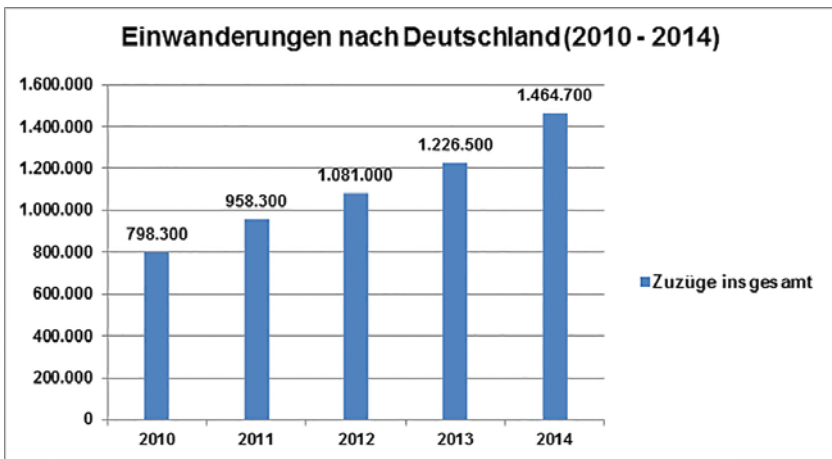


Abb. 1: Einwanderungen nach Deutschland (2010–2014)  
(eigene Darstellung, Daten des Statistischen Bundesamts 2015)



Tab. 1: Merkmale der Bevölkerung mit Migrationshintergrund  
(eigene Darstellung nach: Statistisches Bundesamt 2015)

BEVÖLKERUNG IN DEUTSCHLAND: 80,9 MILLIONEN EINWOHNER		
	Bevölkerung mit Migrationshintergrund: 16,4 Millionen (20,3 %)	Bevölkerung ohne Migrationshintergrund: 64,5 Millionen (79,7 %)
Durchschnittsalter	35,4 Jahre	46,8 Jahre
Anteil Kinder und Jugendliche ab 15 Jahren	22 %	10,9 %
Anteil Ältere ab 65 Jahren	9,8 %	24,5 %
Alleine lebend	16 %	24 %
In klassischer Familie lebend	53,3 %	31,9 %
Haushaltsgröße	2,6 Personen	1,9 Personen

## Migrantengruppen

Nach den Gründen für die Migration lässt sich die Einwandererbevolkerung in drei große Gruppen unterteilen:

### 1. Arbeitsmigranten/ausländische Arbeitskräfte

Der Arbeitskräftemangel in der Nachkriegszeit ab Mitte der 1950er Jahre machte es notwendig, zusätzliche Arbeitskräfte aus dem Ausland, z. B. aus Italien, Griechenland, dem ehemaligen Jugoslawien oder der Türkei, anzuwerben. Bis 1973 wanderten auf der Grundlage zwischenstaatlicher Verträge rund vier Millionen Arbeitskräfte ein, überwiegend aus der Türkei, dem ehemaligen Jugoslawien und Italien. Ein Teil ist auch wieder zurückgewandert.

1973 verschlechterte sich die Wirtschaftslage, und die arbeitsbedingte *Immigration* wurde durch einen Anwerbestopp eingeschränkt. Insbesondere die betroffenen Migranten aus Staaten außerhalb der damaligen Europäischen Union (z. B. Türkei) mussten

sich zwischen einer endgültigen Rückkehr in das Herkunftsland oder dem Verbleib in Deutschland entscheiden. Viele entschieden sich für den Verbleib in Deutschland und holten ihre Familien nach. In den ersten Jahrzehnten gab es kaum Integrationsangebote (z. B. ausreichende Sprachkurse, Unterstützung bei Berufsausbildung). Diese nicht ausreichende *Integration* der ersten Generation wirkt sich mitunter bis heute auf die soziale Integration der nachfolgenden Generationen aus (Sippel & Klingholz 2009). Inzwischen gibt es umfangreiche Angebote und Unterstützung, die zur besseren schulischen und beruflichen Integration von Migranten und ihren Nachkommen beitragen.

### 2. (Spät-)Aussiedler

Die Aufnahme von (*Spät-)Aussiedlern* als deutsche Staatsbürger stützt sich auf die Verantwortung des deutschen Staates für die erlittenen Kriegsfolgen (z. B. Verfolgung, Benachteiligung) der deutschen Minderheit, denen diese aufgrund ihrer deutschen Volkszugehörigkeit in den Aussiedlungs-

gebieten (ehemalige deutsche Ostgebiete, z.B. Sowjetunion, Polen) während und nach dem Zweiten Weltkrieg ausgesetzt war (BMI 2011, zit. n. Worbs et al. 2013).

- Aussiedler: Zuwanderung bis Ende 1992
- Spätaussiedler: Zuwanderung ab 1993 (BAMF 2013)

Bis 1989 stammte mehr als die Hälfte der insgesamt 4,5 Millionen Aussiedler aus Polen, ab 1990 kam die überwiegende Mehrheit aus der ehemaligen Sowjetunion. Mit der Einführung des Sprachtests 1996 als Voraussetzung für die Einreiseerlaubnis für jeden Antragsteller sind die Einreisezahlen der (Spät-)Aussiedler zunächst deutlich zurückgegangen. Seit 2012 steigt sie wieder an, von 1.817 im Jahre 2012 auf 6.118 im Jahre 2015 (BVA 2012; BVA 2015).

### 3. Asylbewerber und Flüchtende

Asylbewerber und Flüchtende sind Menschen, die in ihrem Herkunftsland mit Verfolgungen, die die Menschenrechte verletzen, rechnen müssen und dort nicht geschützt werden können (BAMF, 2014).

Seit 1953 sind 4,6 Mio. Asylanträge und Flüchtende nach Deutschland gekommen; davon 3,7 Mio. allein seit 1990. Abb. 2 zeigt die Verteilung der Asylanträge seit 1953 mit ihren Höhepunkten sowie den dazugehörigen politischen/gesellschaftlichen Ereignissen in den Herkunftsländern.

Durch die aktuelle Kriegslage (Syrien, Irak) haben sich die Antragszahlen im Jahr 2015 im Vergleich zum Vorjahr mehr als verdoppelt (BAMF 2015). 2015 kamen laut des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge 1,1 Mio. Flüchtlinge nach Deutschland (Pressekonferenz Januar 2016, zit. nach Focus 2016).

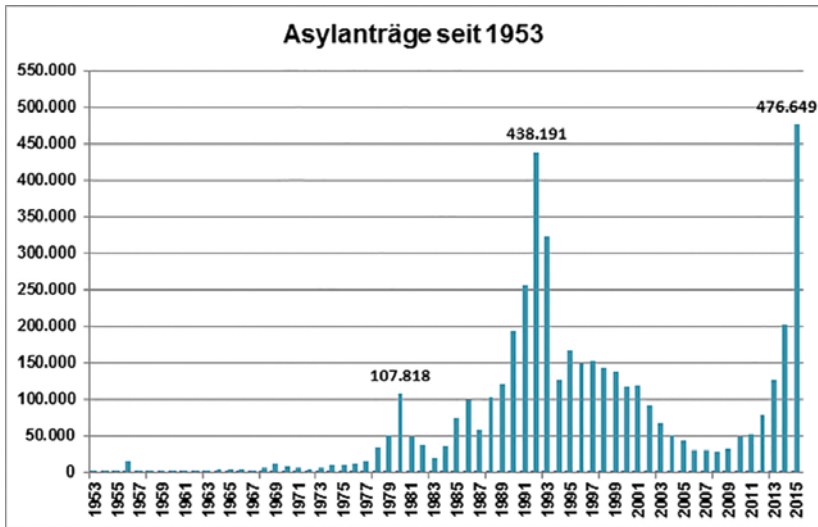


Abb. 2: Asylanträge seit 1953 (eigene Darstellung nach: BAMF 2015)

## Verteilung der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland

Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund verteilt sich bundesweit nicht gleichmäßig. Je nach Bundesland liegt der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung unter 8% (z.B. in Sachsen-Anhalt) oder auch bei 24% und höher (z. B. in Baden-Württemberg, Niedersachsen) (Statistisches Bundesamt 2015).

## Lebensbedingungen von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland

Menschen mit Migrationshintergrund sind keineswegs eine homogene Gruppe. Die Sprache, Kultur, soziale und finanzielle Situation unterscheiden sich je nach Herkunft, Bildungsstand, Migrationsgeschichte und Zuwanderungsgrund.

Ein Teil von ihnen ist jedoch von sozialer, beruflicher sowie ökonomischer Benachteiligung geprägt, die über Generationen

bestehen kann (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2014). Problematisch ist bei armutsbetroffenen Familien vor allem die Integration der zweiten und dritten Generation. Denn Armut und die damit verbundenen schlechteren Lebensbedingungen wirken sich teils auch auf die sozialen und gesundheitlichen Chancen der Nachkommen aus.

## Bildung und Arbeit

Menschen mit Migrationshintergrund sind häufiger geringer qualifiziert und schlechter in den Arbeitsmarkt integriert als die einheimische Bevölkerung. Zudem sind sie häufiger in bestimmten Berufsbranchen (z. B. produzierendes Gewerbe) anzutreffen, die in der Regel eine höhere physische Arbeitsbelastung sowie ein größeres Unfallrisiko mit sich bringen, so dass hier von einer erhöhten Gesundheitsgefährdung ausgegangen werden kann (Statistisches Bundesamt 2015; RKI 2008). Tab. 2 zeigt verschiedene Merk-

Tab. 2: Daten zu fehlenden Schul- und Berufsabschlüssen, zur Erwerbslosigkeit und geringfügigen Beschäftigung sowie Tätigkeitsfeldern (eigene Darstellung nach: Statistisches Bundesamt 2015)

	Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund	Anteil der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund
Fehlender Schulabschluss	13,4 %	1,7 %
Fehlender Berufsabschluss	38,4 %	14,5 %
Erwerbslosigkeit	7,7 %	4,1 %
Geringfügige Beschäftigung	10,3 %	6,2 %
Erwerbstätig als Arbeiter	32,1 %	17,2 %
Tätigkeit im Handel, im produzierenden und im Gastgewerbe	62,8 %	51,6 %



male, bei denen die Anteile der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund auf Basis des Mikrozensus 2014 gegenübergestellt sind.

Eine mögliche Erklärung für die ungünstigere Bildungs- und Arbeitssituation lässt sich unter anderem in der recht späten Umsetzung der aktiven Integrationspolitik Deutschlands finden. In den 1960er und 1970er Jahren war das deutsche Bildungssystem nicht auf Kinder ohne Sprachkenntnisse vorbereitet. Manche Eltern konnten die Kinder im Bildungsprozess nicht ausreichend unterstützen, wenn sie selbst nur eine geringe schulische Bildung besaßen. Fehlende Integrationsmaßnahmen führten zu sozialen Schwierigkeiten. Kinder mit Migrationshintergrund wurden häufiger nicht versetzt und erhielten seltener Zugang zur höheren Bildung als einheimische Kinder. Dadurch

blieben auch ihre beruflichen Chancen begrenzt (Seifert 2012).

Die steigende Arbeitslosigkeit in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund lässt sich auch in der stetigen Veränderung der Arbeitsmarktstruktur verorten. Produktionen wurden teils ins Ausland verlagert und viele manuelle Tätigkeiten durch neue Technologien abgeschafft. Dies traf besonders ausländische Arbeitskräfte ohne Ausbildung. Aber auch hohe Bildungsabschlüsse schützten nicht vor Arbeitslosigkeit: Selbst mit mittleren und hohen Bildungsabschlüssen war diese Bevölkerungsgruppe vergleichsweise deutlich häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen, unter anderem weil die aus dem Herkunftsland mitgebrachten Berufsqualifikationen nicht anerkannt wurden bzw. kein Bedarf an diesen Berufen bestand (Seifert 2012).

Jedoch ist mittlerweile eine positive Entwicklung der Bildungs- und Berufssituation in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund zu erkennen. Beispielsweise nimmt der Anteil der Abiturienten immer mehr zu, wenn auch noch geringer als in der deutschen Bevölkerung (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2014). Weiterhin zeigt der Anteil mit Hauptschulabschluss sowie ohne Schulabschluss eine deutlich abnehmende Tendenz. Auch ist die wachsende Zahl selbstständig Tätiger mit Migrationshintergrund ein weiteres Indiz für die zunehmend positive Entwicklung.

### **Wohnsituation**

Der Großteil der Migranten lebt in größeren Städten, wo ursprünglich der größte Arbeitskräftemangel herrschte (Tucci 2013a). Zu Beginn zogen sie aus ökonomischen Gründen meist in günstige Wohnräume, aber auch weil dort meist viele ihrer Landsleute wohnten, die ihnen gerade in der Anfangszeit ein Stückweit die notwendige Geborgenheit gaben. Diese Siedlungen befanden sich jedoch häufig in benachteiligten Gebieten mit schlechtem Wohnungsbestand und schwacher sozialer Infrastruktur. Ihnen standen pro Person durchschnittlich 25 m<sup>2</sup> Wohnfläche zur Verfügung, bei Einheimischen waren es über 40 m<sup>2</sup>. Verbesserte sich der ökonomische Status, zogen die Besserverdienenden häufig in Stadteile mit höheren Mieten oder kauften sich Wohneigentum.

# Migration, Akkulturation, Gesundheit und Rehabilitation

Das Ziel der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung ist die Wiederherstellung oder Verbesserung einer gesundheitsbedingt eingeschränkten Erwerbsfähigkeit. Auch bei Bürgern mit Migrationshintergrund besteht häufig ein Bedarf an Rehabilitationsmaßnahmen (z. B. durch höhere Arbeitsunfähigkeitszeiten, stärker chronifizierte Krankheitsbilder) (BKK 2007).

**Migration** macht nicht automatisch krank, aber Migration erhöht einerseits das Risiko, an bestimmten Krankheiten zu erkranken, und erschwert andererseits die Chancen auf eine angemessene Behandlung.

Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken verteilen sich dabei nicht gleichmäßig, sondern hängen von diversen Faktoren wie beispielsweise Aufenthaltsstatus, Bildungsniveau, Schichtzugehörigkeit, Geschlecht und Integrationsgrad ab.

## Gesundheitsfaktoren

Unsere Gesundheit wird stets von verschiedenen Faktoren und Bedingungen beeinflusst, die sie entweder stärken und fördern oder aber auch schwächen und uns krank machen können. Dies spiegelt sich auch in der ICF-Klassifikation (International Classification of Functioning, Disability and Health) der Weltgesundheitsorganisation (**WHO**) wider, die den Gesundheitszustand und damit verbundene Faktoren beschreibt (WHO 2015). Dazu gehören neben körperlichen z. B. auch geistige, soziale und Umweltfaktoren (WHO 2003).

Einige dieser Faktoren lassen sich nicht beeinflussen. Dazu gehören genetische Veranlagungen, das Alter sowie das Geschlecht. In der Regel haben wir aber einen Einfluss auf unseren Lebensstil. Wir können meist bestimmen, wie viel wir uns bewegen, was wir essen, ob wir Alkohol konsumieren oder ob wir rauchen.

Außerdem gibt es Faktoren, auf die wir nur bedingt einen Einfluss haben wie der soziale Status, unsere Berufstätigkeit, unsere Wohnbedingungen und die Gesundheitsversorgung.

Migration kann unterschiedliche Einflüsse auf diese Faktoren haben. Positiv kann beispielsweise eine günstige Ernährungsweise sein, die aus dem Herkunftsland mitgebracht wurde, oder ein religiös bedingter Verzicht auf Alkohol oder Nikotin.

Ebenso gibt es auch negative Effekte wie eine niedrigere Durchimpfungsrate oder eine schlechte Gesundheitsversorgung im Herkunftsland, die Spuren hinterlassen können. Natürlich haben auch die Bedingungen im Aufnahmeland einen Einfluss auf die Gesundheit. Eine gute medizinische Versorgung ist gesundheitsfördernd. Ein unsicherer Aufenthaltsstatus, fehlende Sprachkenntnisse oder Informationen über das Sozial- und Gesundheitswesen gehen unter Umständen mit psychosozialen Belastungen einher.



## Migration als kritisches Lebensereignis

Wenn ein Mensch in ein neues Land kommt, wird er mit einer für ihn bis dahin fremden Kultur konfrontiert. Die neue Sprache, Normen, Werte, Wissen, Gewohnheiten und Fertigkeiten können verunsichern. Die in der Herkunftskultur gut funktionierenden Deutungsmuster und Verhaltensweisen greifen möglicherweise nicht mehr (Frindte 2001). Somit kann das Individuum einen sogenannten **Akkulturationsstress** erleben (Berry 1997).

Eine erfolgreiche **Akkulturation** kann ein Wegbereiter für eine gelungene Integration sein. Diese zeichnet sich dadurch aus, dass intensive Beziehungen zu der eigenen mitgebrachten Kultur, aber auch zu der Kultur der Aufnahmegesellschaft gepflegt werden.

Eine Integration ist nur dann möglich, wenn sich beide Seiten bemühen. Das heißt, dass der Zugewanderte sich Mühe gibt, in der neuen Kultur zurechtzukommen (z. B. die Sprache lernt), und dass die Aufnahmege-

ellschaft ihrerseits aufgeschlossen ist und gewisse Rahmenbedingungen zur Integration schafft. Dazu gehören beispielsweise eine adäquate Vorbereitung des Schul- und Gesundheitssystems sowie des Arbeitsmarktes auf die neuen Gesellschaftsmitglieder, ein geringes Ausmaß an Vorurteilen und eine gegenseitig positive Haltung zwischen den Kulturgruppen (Berry 1997).

## Phasen der Migration

Migration ist ein Prozess, der vor der eigentlichen Auswanderung beginnt und nach dem Umzug in ein anderes Land noch lange nicht abgeschlossen ist.

Die psychologische Verarbeitung des Migrationsprozesses lässt sich nach Sluzki (2010) in fünf Phasen unterteilen, die jeder Zugewanderte durchlebt, und zwar unabhängig von seinem kulturellen Hintergrund.

In den ersten drei Phasen ist die Entwicklung von psychischen oder psychosomatischen Beschwerden eher selten. Im Gegen-

teil: Die Zugewanderten zeichnen sich durch ein hohes Maß an Anpassungsfähigkeit aus.

1. Vorbereitungsphase: Hier werden die ersten Schritte bezüglich der möglichen Ausreise unternommen (Gedanken über **Emigration**, gezielte Informationsbeschaffung, Anträge etc.). In dieser Phase treffen Angst und Unsicherheit auf Euphorie und Hoffnung. Die bevorstehende Auswanderung stellt einen Neuanfang dar, der mit Spannung verbunden ist.
2. Migrationsakt: Der Migrationsakt bezeichnet den eigentlichen Ortswechsel. Diese Phase kann sehr kurz sein (z.B. Flugzeug), aber auch länger andauern (z.B. bei Flüchtenden). Auch unterscheiden sich die Absichten der Reisenden (z.B. geplante Rückkehr in das Herkunftsland) und der Aufenthaltsstatus (legal/illegal), mit dem auch der Zugang zu allen Institutionen des Aufnahmelandes verbunden ist. Mit dem eigentlichen Migrationsakt erleben die Betroffenen Stress, so dass die Anpassungsleistung sinkt.
3. Phase der Überkompensation: Nach dem Migrationsakt kümmern sich die Ankömmlinge vorrangig um die Orientierung und die Existenzsicherung im Aufnahmeland. Für viele ist zunächst alles neu (Alltag, Wohlstand etc.). Trotz starkem Bezug zum Herkunftsland wird die Migration als Chance gesehen und die Grundstimmung ist zumeist positiv. Die Differenzen zwischen den Erwartungen und der Realität werden durch die Euphorie erfolgreich verdrängt, so dass die funktionelle Stressbewältigung hier am höchsten ist.
4. Phase der Dekompensation: Nach der Überkompensationsphase kommt die Ernüchterung. In dieser meist mehrere Jahre andauernden Phase muss sich der Zugewanderte mit seiner neuen Realität auseinandersetzen. Das Individuum geht langsam aus der Euphorie- in eine Trauerphase über, die von Entwurzelung geprägt ist. Diese Phase ist durch Konflikte und Probleme gekennzeichnet, die es zu lösen gilt. So kann es sein, dass Kindern und Jugendlichen die Anpassung an die neue Kultur leichter fällt als anderen Familienmitgliedern, was schlussendlich sogar zu familiären Konflikten führen kann. Dadurch können vertraute Werte und Normen ins Schwanken geraten, Familienstrukturen und familiäre Rollenverteilungen können sich verändern, was zu Familienkrisen führen kann. Trennungen, Risiken und sonstige Schwierigkeiten können in dieser Phase besonders belastend erlebt werden. Gerade in dieser Phase ist das Risiko höher, **Symptome** wie beispielsweise psychosomatische Beschwerden, Suchterkrankungen und **Depressionen** zu entwickeln.
5. Phase der meist generationsübergreifenden Anpassung: Schließlich werden in der letzten Phase traditionelle Werte und Normen mit den neuen kulturellen Gegebenheiten verbunden. Auch in dieser Phase sind heftige familiäre Krisen möglich. Häufig handelt es sich hierbei um Generationenkonflikte: Die 2., 3. und 4. Generation, die in dem Aufnahmeland aufwächst, nimmt aktiv an der Aufnahmegesellschaft teil und orientiert sich verstärkt an ihren Normen und Werten, während in der 1. Generation häufig die aus dem Herkunftsland mitgebrachten



Tab. 3: Mögliche Faktoren einer gelungenen Integration

<p><b>Alter</b></p>	<p>Je früher der Akkulturationsprozess beginnt, desto erfolgreicher wird er unter anderem durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kürzere Sozialisationsdauer von Kindern in der Herkunftskultur</li> <li>• schnellere Anpassung von Kindern an die neue Umgebung</li> <li>• schnelleres Lernen der Sprache bei Kindern</li> </ul>
<p><b>Geschlecht</b></p>	<p>Frauen haben ein höheres Risiko für akkulturationsbedingte Probleme als Männer. Gründe hierfür sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sozialer Status und unterschiedliche Umgangsweisen mit Frauen in beiden Kulturen</li> <li>• mögliche Konflikte durch die neue Frauenrolle in der Aufnahmegesellschaft im Unterschied zur gelebten Frauenrolle der Herkunftsgesellschaft</li> <li>• Männer, die teils die Gleichberechtigung verhindern, weil sie diese in ihrer neuen Lebenswelt möglicherweise als Gefahr wahrnehmen</li> </ul>
<p><b>Bildung</b></p>	<p>Ein hoher Bildungsgrad geht mit niedrigerem Akkulturationsstress einher durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bessere Analyse- und Problemlösungsfähigkeiten</li> <li>• in der Regel höheres Einkommen, höheren beruflichen Status, Unterstützungsnetzwerke etc.</li> <li>• intensivere Vorbereitung von Menschen mit höherer Schulbildung auf die Aufnahmegesellschaft (Geschichte, Sprache, Werte und Normen)</li> <li>• schnellere Anpassung an die neue Kultur</li> </ul>
<p><b>Gründe für die Auswanderung</b></p>	<p>Eine freiwillige Auswanderung mit positiver Erwartungshaltung an das Neue verursacht weniger psychische Probleme als eine unfreiwillige Auswanderung mit negativer Erwartungshaltung. Kulturelle Distanz: Je größer die Unterschiede zwischen den beiden Kulturen sind, desto schwieriger ist die Anpassung an die Aufnahmegesellschaft. Denn größere kulturelle Unterschiede erfordern von den Individuen größere Akkulturationsleistungen.</p>
<p><b>Persönliche Faktoren</b></p>	<p>Risiko- und <b>Schutzfaktoren</b> wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Kontrollüberzeugungen</b> (Berry 1997)</li> <li>• <b>Selbstwirksamkeit</b> (Berry 1997)</li> <li>• Internalisieren: Selbstverantwortung, Krankheitsursachen werden bei sich selbst gesucht, eher bei <b>individualistischen</b> Kulturen (vgl. Kap. 3) (Pavkovic 2001a)</li> <li>• Externalisieren: Verantwortung in Gruppe, Krankheitsursachen werden außen gesucht, eher bei <b>kollektivistischen</b> Kulturen (Pavkovic 2001a)</li> </ul>
<p><b>Die Rolle der Aufnahmegesellschaft</b></p>	<p>Angebote/Strukturen (z. B. Sprach-/Integrationskurse, Hilfe bei Schule/Ausbildung), rechtliche Aspekte (z.B. Aufenthalt, Anerkennung ausländischer Abschlüsse), Zugangsbarrieren zu Angeboten/Einrichtungen, interkulturelle Öffnung der Gesellschaft/Einrichtungen, Faktoren wie Diskriminierung/Rassismus</p>

Traditionen gelten (Sluzki 2010). Die Konsequenzen können von Identitätskrisen bis hin zu Entwurzelung reichen. Dennoch gelingt es den meisten, sich an die neue Umwelt anzupassen und alte Traditionen mit neuen Gegebenheiten in Einklang zu bringen. Sie haben zu dieser Zeit meist eine **bi-** oder **multikulturelle Identität** gebildet. Sie nehmen sich von den jeweiligen Kulturen das für sie ‚Beste‘ und bilden dadurch eine eigene, ihrer Persönlichkeit entsprechende Kultur und **Identität**. Die Lebensmodelle in der 2., 3. und 4. Generation gleichen sich zunehmend denen der Aufnahmegesellschaft an. Weiterhin stellen sie dadurch eine Ressource als Lotsen im Aufnahmeland für Mitglieder der 1. Generation sowie für frisch Zugewanderte dar (Salman 2009).

**In der Arbeit mit Personen mit Migrationshintergrund kann es hilfreich sein, zu berücksichtigen, in welcher Migrationsphase sie sich jeweils befinden und welche Anforderungen sie aktuell zu bewältigen haben.**

## **Gelingen und Misslingen der Integration**

Es gibt einige Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass eine Integration gelingt. Tab. 3 (Seite 16) zeigt sechs mögliche Faktoren.

Es kann auch passieren, dass die Integration nicht gelingt, wenn sich die Person beispielsweise isoliert fühlt oder lediglich Kontakte zu Menschen mit ähnlichen Problemen unterhält. In bestimmten Situationen sind der Kontakt und die Zugehörigkeit zu einer homogenen Gruppe (z. B. mit der gleichen Sprache) bedeutend für die emotionale Sicherheit und Geborgenheit. Jedoch ist es wichtig, eine Balance zwischen dem ausschließlichen Kontakt zu einer bestimmten Gruppe und der Integration in neue Gruppen zu finden. Gelingt dies nicht, kann der Akkulturationsstress steigen und zu persönlichen Krisen, Ängsten, Depressionen und weiteren negativen Effekten führen. Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass Stress durch Akkulturation mit bestimmten Erkrankungen und Problemen (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychische **Labilität**, Beeinträchtigung der Leistungen etc.) im Zusammenhang stehen kann.

Jedoch belegen Studien ebenso, dass Akkulturationsstress nicht generell zu Problemen führen muss, weil jeder Mensch anders mit Stress umgeht (**Coping-Strategien**). Den Risikofaktoren stehen die **Ressourcen** gegenüber. Persönliche Anpassungsstrategien, Sprachkenntnisse, soziale Unterstützung und finanzielle Ressourcen sind bei jedem Menschen unterschiedlich stark vorhanden. Unter anderem deshalb reagieren bestimmte Personen mit Problemen und Erkrankungen, andere jedoch nicht. Auch muss

Tab. 4: Beispiele für Krankheitshäufigkeiten und gesundheitsassoziierte Probleme bei Menschen mit Migrationshintergrund

#### KRANKHEITSHÄUFIGKEITEN UND GESUNDHEITSASSOZIIERTE PROBLEME BEI BEVÖLKERUNG MIT MIGRATIONSHINTERGRUND

**Posttraumatische** Erkrankungen durch einschneidende Lebenserfahrungen (z.B. durch extreme Gewalterfahrungen/Folter im Krieg, Flucht) (Kizilhan 2016)

Psychische Belastungen: z.B. durch körperlich und seelisch belastende Arbeitsbedingungen, soziale Probleme (RKI 2015)

Psychosoziale Belastungen: z.B. durch familiäre Trennungen, Fremdenfeindlichkeit in der Aufnahmegesellschaft, Verfolgung im Herkunftsland (Kizilhan 2013; Kizilhan 2016)

Erkrankungen des Skelett- und Stützsystems: z.B. durch körperlich schwere Arbeit und psychosoziale Stresssituationen (Kohls 2011)

Arbeitsunfälle: durch schwere körperliche Tätigkeiten mit beweglichen Arbeitsgeräten (z.B. im Baugewerbe), geringe Deutsch- und Technikenkenntnisse, unzureichende Einweisung in Benutzung und mögliche Gefahren (Brzoska et al. 2014)

Höhere Frühberentungsquote (Brzoska et al. 2010; Brzoska et al. 2014)

Häufigere Arbeitsunfähigkeit: u. a. durch Muskel-Skelett-, Herz-Kreislauf- sowie **psychiatrische** Erkrankungen (Brzoska et al. 2014)

Berufskrankheiten durch körperlich belastende Tätigkeiten (Brzoska et al. 2014)

Geringere Durchimpfungsrate, vor allem bei wenig integrierten Menschen sowie bei kurzer Aufenthaltsdauer (RKI 2015)

Vermeehrt Infektionskrankheiten: z.B. bei Flüchtenden, Erkrankungen wie Tuberkulose (ca. 9-mal so hoch), Hepatitis A (RKI 2015)

Höhere Morbidität im Kindesalter: z.B. durch Unfälle (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2014)

beachtet werden, dass die dritte Zuwanderergeneration nicht vorrangig mit Fragen der Integration betrachtet werden können. Jedoch ist eine interkulturelle Öffnung der Aufnahme-gesellschaft auch dann noch notwendig, wenn die Integration schon lange erfolgt ist.

## Erkrankungen

Alle Menschen sind verschiedenen Risikofaktoren ausgesetzt, die ihre Gesundheit negativ beeinflussen können. Bei Menschen mit Migrationshintergrund kann schon der Akkulturationsstress zu psychischen oder psychosomatischen Beschwerden führen. Außerdem hatten sie in ihren Herkunftsländern mitunter keine gute medizinische Versorgung und arbeiten zudem häufiger in Branchen mit belastenden Arbeitsbedingungen (vgl. Kap. 1). Es lassen sich deshalb bei ihnen auch Häufungen von manchen Erkrankungen und gesundheitsassoziierten Problemen feststellen, die jedoch nicht auf jeden zutreffen müssen. Tab. 4 zeigt einige ausgewählte Beispiele.

In wissenschaftlichen Studien konnte festgestellt werden, dass als Folge emotionaler Spannungsgefühle etwa Herz-Kreislauf-, Magen-Darm-, Rheuma- sowie psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen entstehen können (Collatz & Fischer 1998).

**Somatoforme** Störungen als Ursache für die Einleitung einer medizinischen Rehabilitation sind bei Frauen mittleren Alters mit Migrationshintergrund beinahe dreimal so hoch wie bei gleichaltrigen einheimischen Frauen (RKI 2008). Als Erklärung hierfür werden Überforderungen genannt. Denn Frauen mit Migrationshintergrund stehen

vor Mehrfachbelastungen: Familie, Beruf, häufig geringeres Einkommen, verschiedene kulturelle und soziale Anforderungen.

## Zugangsbarrieren zu den Angeboten des Gesundheits- und Rehabilitations-systems

Obwohl Menschen mit Migrationshintergrund rechtlich den gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen haben, nehmen sie die verschiedenen Gesundheitsangebote zum Teil seltener in Anspruch als die Mehrheitsgesellschaft (RKI 2015). Insbesondere Neuzuwanderer und Einwanderer mit kurzen Aufenthaltszeiten sind nicht ausreichend über Prävention und Vorsorge informiert und nehmen diese Angebote daher seltener wahr. Hinzu kommt, dass es bei Arztbesuchen häufiger zu auch kulturell bedingten Missverständnissen kommt, die den sog. „Drehtüreffekt“ zur Folge haben können. Als mögliche Barrieren zum hiesigen Gesundheitssystem werden weitere Ursachen in der Literatur genannt:

- aufenthaltsrechtlicher Status, Versicherungsstatus: eingeschränkter Zugang zu Gesundheitsleistungen für **Flüchtende** und **Asylbewerber** (GKV Spitzenverband 2016)
- Sprachbarrieren: unzureichende Deutschkenntnisse, ungeeignete Informationen (z. B. durch zu viele Fremdwörter, komplexe mittelstandsorientierte Sprache, Nicht-Berücksichtigung von kulturspezifischen Kommunikationsformen und Tabus), mangelhafter Einsatz von **Dolmetschern** und muttersprachlichem Personal (Salman 2010)

- kultur- und religionsbedingtes Gesundheits- und Krankheitsverständnis (z. B. Beschwerdewahrnehmung), durch unterschiedliches Rollenverständnis (z. B. Generation, Geschlecht, Profession) bedingtes Nutzungsverhalten wie beispielsweise überdurchschnittliches Aufsuchen der Notfallversorgung im Krankenhaus (RKI 2008, Schenk 2007). Für weiteres Interesse empfiehlt sich das 2016 neu aufgelegte Buch von Gertrud Wagemann „Verständnis fördert Heilung“ (siehe Literaturverzeichnis: Wagemann 2016).
- Skepsis gegenüber dem deutschen Gesundheitssystem (Schenk 2007)
- Ausgrenzungs- und *Ethnisierungsprozesse* (RKI 2015)
- mangelnde *interkulturelle* Öffnung der Gesundheitsdienste (RKI 2015)

Eine gleichberechtigte Teilhabe an gesundheitlichen Vorsorge- und Versorgungsleistungen wird dadurch erschwert.

### **Inanspruchnahme von Rehabilitationsangeboten**

Trotz Hinweisen auf einen erhöhten Rehabilitationsbedarf ist auch die Inanspruchnahme von Rehabilitationsangeboten bei Personen mit Migrationshintergrund deutlich geringer als bei Einheimischen (Brause et al. 2010; RKI 2015).

Diejenigen, die eine medizinische Rehabilitation antreten, tun dies oft verspätet, z.B. nach einer längeren Arbeitsunfähigkeit



sowie im stärker chronifizierten Krankheitszustand (DRV 2016).

Für Personen mit Zuwanderungsgeschichte ist es nicht einfach, sich im komplexen deutschen Sozialversicherungssystem zurechtzufinden. Zudem können sie die deutschsprachigen Informationen zur medizinischen Rehabilitation häufig nur unzureichend verstehen.

Neben der Komplexität des Antragsvorgangs wird von Schwierigkeiten bis hin zur *Diskriminierung* bei Antragstellung durch die Behörden berichtet (Brause et al. 2010). Hinzu kommen Ängste vor Kündigungen oder vor Nachteilen bei Rentenansprüchen. Besonders die Inanspruchnahme psychologischer Hilfe kann für Angehörige bestimmter Kulturkreise zum Problem werden, da diese Inanspruchnahme als ‚Schwäche‘ interpretiert wird. Hier können Aufklärungsarbeit und Einfühlungsvermögen auf Seiten der Fachkräfte gefragt sein (Schwarz et al. 2015).

Im Rahmen des Forschungsprojekts „MiMi-Reha: **Implementierung** und **Evaluation** eines Info-Angebotes für Migranten zur medizinischen Reha auf Basis der MiMi-Kampagnentechnologie (MiMi – Mit Migranten für Migranten, vgl. Kap. 5)“ fanden sechs Gesprächsrunden mit Personen mit Migrationshintergrund sowie mit Experten aus Wissenschaft, Praxis, Verwaltung und Politik statt (Salman 2015; Schwarz et al. 2015). Die Auswertungen dieser Gespräche ließen zahlreiche Zugangsbarrieren für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in die medizinische Rehabilitation erkennbar werden (Schwarz et al. 2015):

1. Systembezogene, migrantenspezifische Barrieren:
  - mangelnde Informationen über existierende kultursensible Angebote
  - Mangel an kultursensiblen und mehrsprachigen Informationen/Aufklärung
  - **Stigmatisierung** und Diskriminierung (bei Beratung, Begutachtung und in Reha)
2. Personenbezogene, migrantenspezifische Barrieren:
  - fehlende/falsche Kenntnisse zur Reha (Reha sei nur für Deutsche etc.)
  - Reha in Herkunftsland nicht bekannt
  - religions- oder kulturspezifische Barrieren (z.B. Essensvorschriften)
  - migrationsgebundene Barrieren (Ängste z.B. vor Diskriminierung in Reha)
3. Systembezogene, vom Migrationsstatus primär unabhängige Barrieren:
  - Komplexität, Intransparenz und Bürokratie des Gesundheits-/Rehabilitationssystems

- abwartende statt zugehende Strukturen (Infos müssen selbst gesucht werden)
- **Gatekeeper** (z.B. Hausärzte) informieren nicht ausreichend

4. Personenbezogene, vom Migrationsstatus primär unabhängige Barrieren:
  - Barrieren durch Bildungsstand, Sozial-/Erwerbsstatus (Wissensdefizite)
  - Diskrepanz zwischen persönlichen Wünschen (Rente) und offizieller Versorgungskette (Reha vor Rente)
  - keine Hoffnung auf Bewilligung, nicht betteln wollen
  - Vertrauen in Ärzte als Gatekeeper (sie sagen, was zu tun ist)

Der zweite Schritt des Projekts lag in der Entwicklung und Implementierung eines Informationsangebots über die medizinische Rehabilitation. Auf Basis der identifizierten Zugangsbarrieren wurde ein Wegweiser zum Thema „Medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung – Hilfe bei chronischen Erkrankungen“ für Migranten in Deutsch, Türkisch und Russisch sowie Schulungs- und Kampagnenmaterialien in diesen Sprachen entwickelt. Dieser kann unter <http://ethnomed.com/> unter dem Reiter „Publikationen“ heruntergeladen werden.

Weiterhin erfolgte die Erstellung eines Wegweisers gleichen Namens für Mediatoren, Lotsen und Multiplikatoren sowie eine Ausfüllhilfe für den Rehabilitationsantrag „G100“. Im dritten Schritt wurden gut integrierte Migranten, die sowohl Deutsch als auch Türkisch oder Russisch beherrschten, zu diesem Thema geschult. Diese sogenannten MiMi-Reha-Gesundheitsmediatoren führten anschließend Informationsveranstaltungen



auf Russisch oder Türkisch für ihre Landsleute durch. Zusätzlich erhielten auch Mitarbeiter der Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung und der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation eine Fortbildung zur interkulturellen **Kompetenz** in der Reha-Beratung. Ebenso wurde dieser Praxisleitfaden im Rahmen des Projekts entwickelt.

Alle Projektschritte (Gesprächsrunden, Schulungen, Informationsveranstaltungen, Fortbildung) wurden begleitend evaluiert. Mit MiMi-Reha soll ein Beitrag dazu geleistet werden, die bestehenden Barrieren auf allen Seiten zu reduzieren. Die Umsetzung erfolgt durch das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. und die Klinik für Rehabilitationsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover, die

Förderung/Unterstützung durch die Deutschen Rentenversicherungen Bund, Nord, Oldenburg-Bremen sowie Rheinland-Pfalz.

# Bedeutung der Kultur und der kulturellen Unterschiede in der Reha-Beratung

Feiern Sie Weihnachten, das Zuckerfest, Hanukkah, ihren Geburts- oder Namenstag? Gibt es bei Ihnen an Heiligabend Kartoffelsalat und Würstchen? Wer bügelt bei Ihnen zu Hause? Was denken Sie, warum Menschen krank werden?

Jeder Mensch ist in einem kulturellen Umfeld aufgewachsen und hat in der Regel die Werte und Normen dieser Kultur übernommen. Dazu zählen beispielsweise Sprache und Kleidungsgewohnheiten, aber auch Vorstellungen von der Rolle der Frau und des Mannes, Familienverständnis und Erziehungskonzepte, Kommunikationsverhalten sowie Gesundheits- und Krankheitskonzepte oder der Wert von Religion. In Familien mit gelebten **hierarchischen** und **patriarchalischen** Strukturen (z.B. aus dem arabischen/asiatischen Raum) sind beispielsweise traditionelle Rollen- und Geschlechterbilder teilweise sehr wichtig. Dabei spielen Geschlecht und Alter eine herausragende Rolle (Woeste et al. 2013).

Unterschiedliche Interpretationen von Einstellungen und Verhaltensweisen können zu Verständnisschwierigkeiten zwischen Angehörigen verschiedener Kulturen führen. So gehört das Händeschütteln in Deutschland auch unter Mann und Frau zur förmlichen Begrüßung, während es in einigen Kulturen nicht üblich ist, dass nicht-verwandte Männer und Frauen sich berühren. Kultur kann nicht für jedes Verhalten als Erklärung dienen (Keding 2011). Aber der

Umgang miteinander wird einfacher, wenn alle sich ihrer kulturellen Gebundenheit und Prägung bewusst sind und kulturelle Unterschiede bei bestimmten Verhaltensweisen berücksichtigen.

Kultur kann ihren Mitgliedern ein Sicherheits- und Zugehörigkeitsgefühl, Orientierung, Bewertungs- und Sinnstiftungsmaßstäbe geben. Sie ist aber nicht starr, sondern **dynamisch**, da Menschen und Kulturen sich in einem ständigen Veränderungsprozess befinden.

## Individualistische und kollektivistische Gesellschaften

Kulturen unterscheiden sich auch darin, ob sie sich am Individuum orientieren oder an der Gruppe. In individualistischen Kulturen stehen das Individuum und sein nahes Umfeld, vor allem die Kernfamilie, im Mittelpunkt. Hier ist es den Menschen besonders wichtig, eigene Ziele zu verfolgen und diese zu verwirklichen (Pavkovic 2001a). Deutschland, USA, Australien sowie Skandinavien lassen sich der individualistischen Kultur zuordnen.

In kollektivistisch geprägten Gesellschaften hingegen ist die Mitgliedschaft in einer Gruppe essentiell – das Individuum lebt also in einem Kollektiv. Das Erreichen von Gruppenzielen und das Schaffen eines „Wir-Gefühls“ ist hier das Wichtigste (Pavkovic 2001a). Individuelle Ziele werden



zurückgestellt. Typisch für kollektivistische Kulturen sind Schutz und Unterstützung innerhalb der Gruppe (Thomas & Utler 2013). Als kollektivistische Kulturen lassen sich beispielsweise die Länder Südeuropas und Asiens, Naher und Mittlerer Osten, Südamerika sowie afrikanische und osteuropäische Länder bezeichnen (Pavkovic 2001a).

Dabei gibt es kaum eine rein individualistische oder rein kollektivistische Kultur. Vielmehr kommt es zu Vermischungen und Überlappungen in den einzelnen Lebensbereichen. So lassen sich beispielsweise in den aufstiegs- und bildungsorientierten Milieus kollektivistischer Kulturen auch stärkere Individualisierungstendenzen beobachten. Ebenso ist die kollektivistische Orientierung vom Wohlstand einer Gesellschaft abhängig. In armen Ländern bietet oftmals die Familie die einzige Unterstützungsgemeinschaft, so dass die individuellen Ziele des Einzelnen zweitrangig sind und der familiäre Zusammenhalt die oberste Priorität darstellt.

### **Gesundheits- und Krankheitskonzepte**

Je nach Kultur unterscheiden sich auch die Gesundheits- und Krankheitskonzepte, so dass es unterschiedliche Wahrnehmungen davon gibt, was es bedeutet, krank oder gesund zu sein. Ebenso wird unterschiedlich mit Erkrankungen umgegangen und auch unterschiedlich darüber gesprochen (dazu gehört auch die Beschreibung der Beschwerden) (Pavkovic 2001a). So zeigen Patienten aus kollektivistischen Kulturen während einer ärztlichen Untersuchung mitunter bei der Beschwerdeanamnese mit kreisenden Handbewegungen über ein ganzes Areal (z. B. Oberkörper) (Knabe & Weber 2011). Dies kann ein Hinweis auf



ein ganzheitliches Gesundheitserleben sein (Pavkovic 2001a). Individualistisch geprägte Patienten grenzen die schmerzende Stelle hingegen mit dem Zeigefinger eher genauer ein. Diese Verhaltensweisen können von beiden Seiten fehlinterpretiert und als hinderlich angesehen werden (z. B. wenn individualistisch geprägte Ärzte eine genaue Beschwerdebeschreibung gewohnt sind und diese jedoch nicht erhalten) (Knabe & Weber 2011).



### **Zeitgefühl**

Auch die Zeit wird je nach Kultur unterschiedlich wahrgenommen. „Fünf Minuten vor der Zeit ist des Deutschen Pünktlichkeit“. Während in Deutschland Pünktlichkeit einen hohen Stellenwert hat, wird in anderen Ländern die Pünktlichkeit je nach Situation deutlich variabler gehandhabt. Aus solchen Situationen können schnell Missverständnisse entstehen, indem sich ein Wartender schlecht behandelt fühlt und somit eine Botschaft empfängt, die gar nicht gesendet wurde (Laviziano 2005).

### **Kontext**

Wichtig: Auch wenn gewisse Tendenzen hinsichtlich einer Kultur nicht zu unterschätzen sind, muss hier betont werden, dass

stets der **Kontext** beachtet werden muss. Bestimmte Verhaltensweisen immer nur mit der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Kultur zu erklären kann unter Umständen **Stereotypisierungen** und Vorurteile fördern, festigen und damit eine erfolgreiche Kommunikation stören oder gänzlich verhindern. Zum Beispiel kann die häufige Verspätung der Kollegin auch aus einer ungünstigen Verkehrsanbindung resultieren und nicht aus ihrem Verständnis für den Wert von Pünktlichkeit.

Das Verständnis der anderen Kultur kann also, wie bereits erwähnt, hilfreich sein für den Umgang miteinander. Kultur kann aber nicht als Erklärung für jedes Verhalten dienen.

**Wichtig für die Beratung ist vor allem die innere Haltung. Es gibt nicht „die Deutschen, Russen oder Türken“. Migration, Kultur etc. sind Konstrukte, um Erklärungen verständlich zu gestalten, sie bergen aber auch die Gefahr der Bildung von Vorurteilen. Daher ist es hilfreich, sich beim Kontakt mit Menschen wieder von diesen Konstrukten zu lösen und den Einzelnen in seiner Einmaligkeit, Biografie, Lebens-/Krankheitsgeschichte etc. zu sehen. Ein Beispiel einer Begegnung zweier unterschiedlicher Kulturen könnte sein, dass eine Ablehnung des Handschüttelns durch eine Versicherte nicht als respektlos oder zurückweisend interpretiert wird.**

# Interkulturelle Kompetenz

Erinnern Sie sich an die Kartoffel aus der Einleitung?

In Ihrer Position als Berater der Deutschen Rentenversicherung oder Mitarbeiter einer Rehabilitationseinrichtung kommen Sie wahrscheinlich häufiger mit Menschen aus anderen Kulturen in Kontakt und können dazu beitragen, dass sie wieder gesund werden.

Interkulturelle Kompetenz kann Ihnen bei dieser Aufgabe helfen.

Die Fähigkeit, gut mit Menschen aus unterschiedlichen Kulturen zu **interagieren**, ist ein lebenslanger Lernprozess. Er umfasst:

1. das Bewusstsein über die eigene kulturelle Prägung,
2. mit wachsender kultureller Vielfalt positiv umgehen zu können,
3. erfolgreich mit Menschen aus anderen Kulturen kommunizieren zu können,
4. am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können
5. zur sozialen Integration beitragen zu können und
6. den Ausschluss von Menschen aus der Gesellschaft vermeiden zu können (Bertelsmann Stiftung & Fondazione Cariplo 2008).

Eine entscheidende Grundlage der interkulturellen Kompetenz ist die Kommunikation zwischen den Kulturen.

## Interkulturelle Kommunikation

Добрый день!

こんにちは!

Können Sie das lesen?

Das Ziel von Kommunikation ist die Verständigung. Die kann nur gelingen, wenn der Empfänger die Mitteilung so versteht, wie der Sender sie gemeint hat. Und dafür brauchen sie eine gemeinsame Sprache.

Wenn Sie Russisch oder Japanisch können, wissen Sie, dass oben „guten Tag“ gewünscht wird. Alle anderen müssten zunächst einmal herausfinden, um welche Sprache es sich überhaupt handelt, um weiter forschen zu können.

Auch wenn jemand Deutsch als Fremdsprache gelernt hat, kann es zu Missverständnissen kommen. Tab. 5 (s. 26) zeigt mögliche Situationen mit Beispielen.

Missverständnisse können also nicht nur durch fehlende Sprachkenntnisse entstehen, sondern auch durch unterschiedliche Interpretationen von **verbalen** (gesprochene Sprache) und **nonverbalen** (Körpersprache) Signalen. Zusätzlich gibt es in jeder Kultur unterschiedliche Kommunikationsregeln. Wer darf ein Gespräch beginnen? Wann darf das Gespräch unterbrochen werden? (Broszinsky-Schwabe 2011).

Tab. 5: Mögliche Situationen von Missverständnissen und Beispiele

SITUATION	BEISPIEL
<p>Manchmal gibt es für ein bestimmtes Wort keine Übersetzung in der anderen Sprache. Daher kann ein Wort nicht wörtlich übersetzt, sondern muss umschrieben werden.</p>	<p>z. B. lässt sich das Deutsche „Palliativ- und Hospizversorgung“ nicht wörtlich ins Arabisch übersetzen.</p>
<p>Worte werden falsch ausgesprochen, so dass ihre Bedeutung nicht klar ist.</p>	<p>z. B. haben Menschen aus asiatischen Gebieten (z. B. China) Schwierigkeiten, „L“ und „R“ auszusprechen.</p>
<p>Ein und dasselbe Wort kann auch in der gleichen Sprache mehrere Bedeutungen haben, aber auch in Abhängigkeit vom kulturellen und sozialen Kontext.</p>	<p>z. B. steht das englische Wort „get“ je nach Kontext und Beiwörtern für viele verschiedene Bedeutungen: bekommen, have got to = müssen</p>
<p>Bei der Übersetzung kann schon mal ein falsches Wort ausgewählt werden.</p>	<p>z. B. bedeutet „Evidenz“ im Deutschen „Klarheit“. Dies ist aber nicht gleichbedeutend mit dem englischen Wort „evidence = Beweis“. Bei der Übersetzung wird dies jedoch mitunter durcheinander gebracht.</p>
<p><b>Idiomatische</b> Redewendungen lassen sich sehr schwer übersetzen, da sie stets aus einem bestimmten historischen Kontext ihren Sinn beziehen.</p>	<p>Zum Beispiel die Redewendung „die Kirche im Dorf lassen“ lässt sich schwer in muslimische, jüdische und buddhistische Kulturen übersetzen.</p>
<p>Es gibt auch je nach Sprache bestimmte Redewendungen, die als Floskeln verwendet werden. Auf diese wird in der Regel auch keine Reaktion erwartet.</p>	<p>z. B. der Ausdruck „auf den Schlips treten“</p>
<p>Je nach Sprache haben die unterschiedlichen Tonhöhen auch unterschiedliche Bedeutungen.</p>	<p>In der chinesischen Sprache hat ein Wort mehrere Bedeutungen je nach Klangart.</p>
<p>Die ausgesprochene Botschaft muss nicht immer der Wahrheit entsprechen. Je nach Kultur hat die Einstellung, den anderen nicht zu verletzen, einen höheren Stellenwert als die Wahrheit.</p>	<p>Manchmal wird die Wahrheit verschleiert oder beschönigt. Auch wird manchmal zugestimmt, obwohl die Aussage nicht der Wahrheit entspricht, denn in manchen Kulturen gilt es als unhöflich, einem Fremden zu widersprechen.</p>
<p>Auch die Worte „Ja“ und „Nein“ werden kulturell unterschiedlich gebraucht und verstanden. Ein in Deutschland verbreitetes striktes „Nein“ wird in asiatischen Kulturen als unhöflich und verletzend wahrgenommen.</p>	<p>Ein „Nein“ wird abgeschwächt umschrieben oder sogar mit „Ja“ ausgedrückt, um seinen Gesprächspartner nicht zu verletzen. Dies muss aber nicht immer Zustimmung zeigen.</p>

Es kommt also nicht nur darauf an, was gesagt wird, sondern auch, wie gesprochen und sich verhalten wird. In asiatischen Kulturen spielt beispielsweise die nonverbale Kommunikation eine deutlich wichtigere Rolle als bei uns. In arabischen Kulturen dagegen gilt Reden als eine Kunst, daher wird dort teilweise viel gesprochen, so dass die Rede von Wiederholungen, Zitaten und Redewendungen geprägt ist. In afrikanischen Kulturen wird ebenfalls viel gesprochen. Die Sprache wird dabei häufig sehr bildhaft mit Metaphern (*Metaphorik*) und beispielsweise Sagenfiguren gestaltet. Auch die Tonhöhe (*paraverbale* Kommunikation) ist bei manchen Sprachen entscheidend, ein Wort kann im Chinesischen beispielsweise je nach Tonhöhe unterschiedliche Bedeutungen haben. Während in unserer Gesellschaft das Schweigen des Gegenübers mitunter als unhöflich und peinlich empfunden wird, ist es beispielweise in Finnland eine Kommunikationsart, die Gemeinsamkeit und Gemeinschaft ausdrückt. Im Gegensatz dazu schätzen unter anderem Italiener die Gesprächigkeit als Zeichen der Kameradschaft. Das Schweigen des Gesprächspartners kann als Verärgerung interpretiert werden.

### Nonverbale Kommunikation

Bestimmte Gesten werden je nach Kultur unterschiedlich gedeutet und können leicht zu Missverständnissen führen. So steht mitunter das Kreis-Zeichen (Kreis aus Zeigefinger und Daumen) in Deutschland und USA für ‚okay‘, in Frankreich für Null, in Japan für Geld, in Lateinamerika für Homosexualität, in den Ländern des Mittelmeerraumes, Saudi-Arabien, Libanon und Syrien wird es als Beleidigung verstanden (Broszinsky-Schwabe 2011).



In vielen Kulturen gilt es als respektvoll, sich zur Begrüßung des Gastes zu erheben. Die Polynesier dagegen drücken ihren Respekt aus, indem sie sich hinsetzen. In Japan gehört zur Begrüßung eine Verbeugung, wobei die Tiefe der Verbeugung den sozialen Status widerspiegelt (Broszinsky-Schwabe 2011).

In arabischen Ländern gilt es als Beleidigung, seine Beine auszustrecken und dem Gesprächspartner seine Fußsohlen zu zeigen.

## Tabuthemen

Darüber hinaus existieren in den verschiedenen Kulturen Tabuthemen, die mit Fremden niemals besprochen werden: So sind beispielsweise in arabischen Ländern Gespräche über Sex und Alkohol nicht üblich. Auch spielt die Religion in der Kommunikation eine bedeutende Rolle. In Indien darf beispielsweise die Kuh als heiliges Tier nicht als Floskel oder Redewendung wie „Geld-Kuh“ verwendet werden (Broszinsky-Schwabe 2011).

## Schlussfolgerungen

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es bei der interkulturellen Kommunikation wichtig ist, zwei Hürden zu überwinden:

- sich auf eine gemeinsame verbale Sprache (gegebenenfalls muss eine Drittsprache verwendet werden) zu einigen und
- sich die Fähigkeit anzueignen, nonverbale Botschaften richtig zu entschlüsseln.

Nach dem Verwaltungsverfahrensgesetz ist die Amtssprache bei staatlichen Behörden Deutsch (VwVfG § 23 Abs. 1 & 2). Was sollen also Professionelle mit Klienten machen, die kein oder nur wenig Deutsch sprechen? Eine

Möglichkeit wäre, professionelle Dolmetscher hinzuzuziehen, die übersetzen (vgl. Kap. 5). Der Einsatz von Dolmetschern im Sozial- und Gesundheitswesen nimmt in den letzten Jahren immer mehr zu.

Die interkulturelle **Interaktion** kann einfacher werden, je mehr Wissen über andere Kulturen (z. B. Sprachkenntnisse, Kenntnisse der Kommunikationsregeln, Verhaltensweisen, Sitten, Religion, soziale Rollen etc.) vorhanden ist (Broszinsky-Schwabe 2011). Da es jedoch in Anbetracht der kulturellen Vielfalt unmöglich ist, sich das komplette Wissen zu allen Kulturen anzueignen, sind Fähigkeiten wie Perspektivenübernahme, Empathie, Wertschätzung und Verständnis für andere Werte und Lebensweisen besonders wichtig. Eine positive innere Haltung gegenüber anderen Kulturen sowie Einstellung gegenüber der interkulturellen Interaktion, Neugier, Flexibilität, die Reflexion der eigenen Kultur sowie gegenseitiges Lernen sind hierbei hilfreich. Diese Fähigkeiten können zwar in Fortbildungen geübt werden, entwickeln sich aber vor allem in interkulturellen Begegnungen. Ein offener Umgang miteinander kann helfen, andere Kulturen zu verstehen und sie als Bereicherung zu erkennen.

# Interkulturelle Aspekte in der Reha-Beratung

Eine Beratung dient dazu, Menschen zu einem Ausweg zu verhelfen, wenn sie sich in einer Lage befinden, die sie selbst nicht lösen können. Damit eine Beratung für beide Seiten zufriedenstellend verlaufen kann, ist es wichtig, Vertrauen aufzubauen. Wenn der Beratende sich sicher und akzeptiert fühlt, ist er eher bereit, sich zu öffnen. Für eine solche Atmosphäre in einer interkulturellen Beratung gibt es einige Hilfsmittel.

## Überwinden sprachlicher Hürden – Arbeit mit Dolmetschern

Zur Überwindung von Sprachbarrieren ist der Einsatz eines Dolmetscherdienstes sinnvoll.

Ein erfolgreicher Dolmetschereinsatz folgt in vier Schritten, in denen bestimmte Regeln und Qualitätsstandards eingehalten werden – die sogenannte „Grüne Karte“ des Dolmetschens. Diese wird in Tab. 6 (S. 30) abgebildet.

Zu den wichtigsten Attributen eines Dolmetschers gehört die **Neutralität**. Deshalb kann der Einsatz von Verwandten als Dolmetscher problematisch sein. Allerdings kann es manchmal dennoch notwendig sein, auf sogenannte Laiendolmetscher (Dolmetscher, die zwar beide Sprachen beherrschen, aber nicht im professionellen Dolmetscherkontext arbeiten) zurückzugreifen. Ist man auf Laiendolmetscher angewiesen, bietet es sich an, muttersprachliche

Mitarbeiter beispielsweise aus der Migrationsberatung von Wohlfahrtsverbänden zu engagieren. Verwandte, Familienangehörige, Freunde oder fremdsprachiges Reinigungspersonal etc. sollten auch hier die letzte Lösung sein und auch nur dann, wenn es um reine Informationsgespräche geht (David & Borde 2001). Zu beachten bei den Laiendolmetschern ist auch, dass sie unter anderem ein längeres und intensiveres Vorgespräch benötigen (Salman 2010).

## Bewusstsein und Verständnis

Genauso wenig wie jeder Deutsche „in Lederhosen Schweinshaxen isst und Bier dazu trinkt“, sind Angehörige anderer Nationen alle gleich. Im Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen ist es hilfreich, im Hinterkopf zu haben, dass sie eventuell mit anderen Sicht- und Verhaltensweisen aufgewachsen sind und sich deshalb anders verhalten, als wir es gewohnt sind. Für uns typische Fragen können je nach kulturellem Hintergrund verschieden aufgefasst und beantwortet werden.

Allerdings gibt es auch in einem Kulturkreis häufig große Unterschiede zwischen den sozialen Schichten, den Generationen und zwischen den Geschlechtern.

## Wer will was von wem? – Auftragsklärung

Missverständnisse können in der Beratung auch dadurch entstehen, dass der Beratende unzutreffende Vorstellungen vom Aufgabenbereich des Beraters hat. Deshalb ist es

Tab. 5: Mögliche Situationen von Missverständnissen und Beispiele

## DIE „GRÜNE KARTE“ DES DOLMETSCHENS IM SOZIALEN UND MEDIZINISCHEN BEREICH

### Die Planungsphase des Dolmetschergesprächs

- Qualifizierten Vermittlungsdienst oder Dolmetscher informieren
- Finanzierung, Termin, Ort sowie Gesprächsteilnehmer festlegen und einladen
- Dolmetscher ein paar Minuten vorher für Vorgespräch empfangen

### Das Vorgespräch zwischen der Fachkraft und dem Dolmetscher

- Mitteilung der Gesprächsziele und Arbeitsweise der Institution
- Bei Bedarf kurze Erklärung der Vorgeschichte für den Dolmetscher
- Kulturelle Hintergrundinformationen für die Fachkraft
- Vereinbarung der Dolmetschertechnik (empfohlen: *konsekutiv* -> nachfolgende Übersetzung)

### Das Übersetzungsgespräch im *Triolog*

- Begrüßung, Vorstellung der Gesprächspartner und ihrer Rollen
- Festlegung der Regeln und Technik des Dolmetschergesprächs
- Möglichst direkter Augenkontakt zwischen der Fachkraft und dem Klienten
- Direkten Augenkontakt zwischen Dolmetscher und Klient möglichst vermeiden
- Dolmetscher ist möglichst direkt neben dem Klienten (alternativ: der Fachkraft) positioniert
- Benutzen der direkten Rede (ich, du, Sie)
- Langsam, deutlich und natürlich in kurzen Sätzen sprechen
- Vermeiden von *Slang*, *Dialekt* oder Humor
- Gesprächsführung obliegt Fachkraft, Dolmetscher muss als Sprachrohr genau übersetzen
- Bei längeren Gesprächen das Besprochene gelegentlich zusammenfassen
- Fachkräfte und Klienten vermeiden es, den Dolmetscher direkt anzusprechen

### Das Nachgespräch zwischen der Fachkraft und dem Dolmetscher

- Bei Bedarf Klärung von kulturellen Hintergründen
- Entlastung von belastenden Emotionen, *Psychohygiene*
- Klärung von Formalien



sinnvoll, zu Beginn den Auftrag des Beraters sowie die Motivation des Beratenden zu klären. Kommt der Klient aus Zwang in die Beratung, weil ihm beispielsweise eine Kürzung von staatlichen Hilfen droht, gibt es eine ganz andere Ausgangslage als bei einem freiwilligen Informationsgespräch. Probleme, etwa sprachlicher Natur oder kulturelle Unterschiede, dürfen ruhig offen und sachlich (!) angesprochen werden.

### **Kommunikation und Verhaltensweisen**

Scheinbare Kleinigkeiten können Barrieren aufbauen, welche die Beratung stören und ein befriedigendes Beratungsergebnis verhindern. Einige Beispiele:

#### **Am Schreibtisch sitzen**

Es lässt sich ein allgemeines Misstrauen gegenüber Autoritäten und Behörden bei vielen Personen mit Migrationshintergrund feststellen. Eine klassische Sitzordnung (Berater hinter Schreibtisch) erinnert an die oftmals ungeliebten Behördengänge. Eine andere Sitzordnung (z. B. nebeneinander) könnte Barrieren abbauen.

#### **Verwendung von Fachbegriffen**

Auch wenn die zu beratende Person fließend Deutsch spricht, kann es sein, dass sie Fachbegriffe nicht immer versteht, es aus Höflichkeit eventuell nicht sagt. Eine weitgehende Vermeidung bzw. genaue Erläuterung von Fachbegriffen erleichtert die Kommunikation.

### **Die eigene Sichtweise**

Für die Verständigung ist es hilfreich, zu wissen, dass die eigene Sichtweise nur eine mögliche Perspektive darstellt. Menschen können ganz andere Vorstellungen davon haben, was richtig und falsch ist. Wenn wir offen sind für einen Perspektivenwechsel, kann das sehr zu einem befriedigenden Beratungsergebnis beitragen.

### **Probleme zu schnell und konfrontativ ansprechen**

Ein weiterer Stolperstein kann sein, direkt ‚mit der Tür ins Haus zu fallen‘. Bei Menschen aus Ländern des Nahen und Mittleren Ostens sowie aus dem asiatischen Raum kann Kritik manchmal blumig und hinter viel Lob verpackt werden. Ein direktes, zu konfrontatives Vorgehen kann entsprechend sozialisierte Personen verunsichern und eine kooperative Zusammenarbeit erschweren.

### **Händedruck**

Strenggläubige Muslime geben zum Teil nur gleichgeschlechtlichen Personen gern die Hand. Aus Höflichkeit wird auch eine Frau einem fremden Mann die Hand geben und umgekehrt, aber sie werden sich nicht wohl dabei fühlen (in Anlehnung an Toprak 2008). In solchen Situationen kann es sinnvoll sein, auf ein Zeichen der betreffenden Person zu warten.



Je nach Herkunftskultur können solche Stolpersteine ein größeres Gewicht haben und von den Ratsuchenden gar als Beleidigung aufgefasst werden.

Die meisten Menschen aus anderen Kulturkreisen versuchen, sich in Deutschland an die deutschen Verhaltensweisen anzupassen. Aber auch für sie ist das ein Prozess, der Zeit bedarf, eine große Portion Selbstreflektion und auch die Gelegenheit, für sie andere Verhaltensweisen kennen zu lernen.

### **Arbeit im interkulturellen Team**

Mitarbeiter mit Migrationshintergrund können aufgrund ihrer kulturellen Nähe häufig schneller eine Vertrauensbasis aufbauen zu Klienten aus anderen Kulturkreisen. Der Klient kann sich mit seinem Berater besser identifizieren. Der Berater kann Probleme, die auf kulturelle Unterschiede zurückzuführen sind, schneller erkennen und entsprechend handeln.

In einem interkulturellen Team können alle voneinander lernen. Dabei wäre es nützlich, sich auf ein Leitbild zu einigen, das davon ausgeht, dass jeder Mensch über Ressourcen verfügt und in jeder Kultur nützliche Lösungsansätze für gesundheitliche und soziale Probleme vorhanden sind. Ein regelmäßiger kollegialer Austausch kann helfen, interkulturelle Kompetenzen auszubauen, Rahmenbedingungen gegebenenfalls anzupassen sowie voneinander zu lernen.

### **Arbeit mit MiMi-Gesundheitsmediatoren**

Es gibt unterschiedliche Fachleute zum Thema interkulturelle Kompetenz. Das Ethno-Medizinische Zentrum unterstützt seit 2003 durch das Programm „Mit Migranten für Migranten (MiMi)“ die gesundheitliche Teilhabe von Menschen mit Migrationshintergrund. Dazu werden engagierte und gut integrierte Menschen mit Zuwanderungsgeschichte zu interkulturellen Gesundheitsmediatoren geschult. Anschließend führen sie muttersprachliche Informationsveranstaltungen zu verschiedenen Gesundheitsthemen (z. B. Das Deutsche Gesundheitssystem, Diabetes, Impfschutz) für ihre Landsleute durch.

Das Ziel des Programms ist es, mehrsprachige und kultursensible Gesundheitsförderung und Prävention für diese anzubieten. MiMi wurde im Rahmen der WHO-Fallstudie (Case Study) 2010 als Best-Practice-Modell in der Gesundheitsförderung und Integration von schwer erreichbaren Gruppen gewürdigt (Salman & Weyers 2010). Die Effektivität und Kosteneffektivität des Programms wurden in Studien nachgewiesen (Krauth et al. 2011). Im Rahmen des Forschungsprojekts „MiMi-Reha: Implementierung und Evaluation eines Info-Angebotes für Migranten zur medizinischen Reha auf Basis der MiMi-Kampagnentechnologie“ wurden MiMi-Gesundheitsmediatoren auch zum Thema „Medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung“ geschult (vgl. Kap. 2).

Künftig ist geplant, dass Reha-Berater auch an den MiMi-Reha-Informationsveranstaltungen der Gesundheitsmediatoren in der Nähe teilnehmen. Hierdurch können Fachkräfte einerseits die Menschen mit Migrationshintergrund in einer vertrauensvollen Umgebung kennen lernen und die



gegebenenfalls vorhandenen Berührungspunkte abbauen. Andererseits können sie sich und ihre Beratungsangebote vorstellen und so die Beratungspraxis dieser Gruppe zugänglich machen.

Informationen zu den MiMi-Gesundheitsmediatoren und geplanten MiMi-Informationsveranstaltungen sind beim Ethno-Medizinischen Zentrum (s. Impressum) erhältlich.

Weiterhin bietet das Ethno-Medizinische Zentrum (EMZ) umfassende Gesundheitsinformationen in Form von Wegweisern, Flyern und Präsentationen in zahlreichen Sprachen an. Damit leistet das EMZ einen wichtigen Beitrag für die „gesunde Integration, Teilhabe und Chancengleichheit“, denn wer gesund ist und das notwendige Wissen an die Hand bekommt, hat gute Chancen, an der Aufnahmegesellschaft erfolgreich zu partizipieren.

# Schlusswort

Sie haben die Chance, dazu beizutragen, dass Integration gelingt. Mit ihren Angeboten können sie helfen, Barrieren abzubauen, die Menschen mit Migrationshintergrund daran hindern, unser sehr gutes Sozial- und Gesundheitssystem gewinnbringend zu nutzen.

Manchmal bedarf es nicht viel, um die Gesundheit und auch die Arbeitskraft von Menschen zu fördern und zu erhalten. Gelegentlich reicht es schon, die richtigen Informationen zu erhalten, um unterschiedliche Sprachen und Kulturen nicht als Barrieren zu erachten.

Wenn uns dies mit diesem Wegweiser gelungen sein sollte, hätten wir schon ein Ziel erreicht, ist dies doch Voraussetzung für einen bewussteren Umgang mit Menschen aus anderen Kulturkreisen. Des Weiteren hoffen wir, Sie mit dieser Broschüre in Ihrer Arbeit dahingehend zu unterstützen, dass Sie bei Begegnungen mit Klienten aus anderen Kulturen in Zukunft diese noch besser werden beraten können und so eine gesunde Integration mit befördern. Wir wünschen Ihnen dabei viel Spaß!



# Fallbeispiele

Die folgenden Fallbeispiele sollen mögliche Beratungssituationen mit einem deutschen Berater und einer zu beratenden Person mit Migrationshintergrund abbilden. Es werden dabei mögliche, in den vorherigen Kapiteln erläuterte, Herausforderungen aufgegriffen, und es wird versucht, eine adäquate Lösung zu finden. Die Geschichten sind rein fiktiv.

## Fallbeispiel 1

Herr Y. (44 Jahre, aus der Türkei) erlitt einen Herzinfarkt. Er wurde daraufhin im Krankenhaus versorgt, um ihn zu stabilisieren. Dort wurde vom Sozialdienst eine Anschlussheilbehandlung empfohlen. Diese lehnte er aufgrund von familiären Verpflichtungen ab. Allerdings hat er auch lange nach dem Krankenhausaufenthalt trotz Schonung seine vorherige Leistungsfähigkeit nicht wieder erreicht. Seiner Arbeit in einer Möbelfabrik kann er deshalb derzeit auch nicht nachgehen. Herr Y. macht sich große Sorgen um seine berufliche Zukunft und seine Familie. Seine Ärzte legen ihm nahe, auch im Nachhinein noch eine medizinische Rehabilitation zu beantragen. Hier könnte er seinen Belastungszustand verbessern. Doch Herr Y. ist sich nicht sicher, ob er diesem Aufruf seiner Ärzte nachkommen soll. Er kann sich nicht vorstellen, wie es in einer Rehabilitationseinrichtung aussieht, was ihn erwartet und wie er behandelt wird. Herr Y. macht sich außerdem Sorgen, ob er während seiner Rehabilitation beten kann, da ihm seine Religion sehr wichtig ist, und ob auch

seine Essenswünsche berücksichtigt werden können. Und wie soll seine Familie finanziell auskommen, wenn er nicht arbeiten geht? Letztendlich überwiegt bei Herrn Y. die Angst um seinen gesundheitlichen Zustand und die damit zusammenhängende finanzielle Situation seiner Familie. Seine Frau und er haben drei kleine Kinder (sechs Monate, drei und fünf Jahre). Durch den Säugling ist er zurzeit Alleinverdiener. Fällt er aus, könnte die Familie ernste finanzielle Probleme bekommen. Er entschließt sich, Kontakt zu seiner Krankenkasse aufzunehmen. Diese verweist ihn auf die Auskunfts- und Beratungsstelle der Deutschen Rentenversicherung in der Nähe.

Beim Beratungsgespräch ist Herr Y. deutlich nervös. Denn die Beratungssituation erinnert ihn nicht nur an die ungeliebten Behördengänge, sondern stellt ihn auch vor sprachliche Herausforderungen. Herr Y. weiß bereits aus Erfahrung, dass er manchmal nicht oder falsch von Gesprächspartnern der Aufnahmegesellschaft verstanden wird. Seine Nervosität versucht Herr Y. zu verbergen, um sich nicht zu blamieren. Dabei redet er nur kurz, um möglichst keine Fehler zu machen und einen guten Eindruck zu hinterlassen. Aufgrund des zurückhaltenden Verhaltens von Herrn Y. weiß der Berater nicht so recht, was Herr Y. von ihm will. Er merkt ihm aber deutlich an, dass er unsicher ist. Aus seiner jahrelangen Beratungspraxis weiß er, dass vor allem Menschen mit Migrationshintergrund viele Fragen bezüglich des Rehabili-

tationsaufenthalts an sich, zur Finanzierung der Rehabilitation und zum Lebensunterhalt während der Rehabilitation haben, aber auch gleichzeitig von Unsicherheiten und Ängsten begleitet werden. Damit er aber auf die individuellen Fragen von Herrn Y. gezielt eingehen kann, muss sich dieser öffnen und etwas lockerer werden. Aber wie soll der Berater es schaffen? Er entschließt sich, zunächst das Vertrauen von Herrn Y. zu gewinnen. Er versichert ihm, dass er sich bemühen wird, alle seine Fragen zu beantworten und dass das Besprochene unter ihnen bleibt. Sie werden gemeinsam nach einer passenden Lösung suchen. Seine Worte wählt der Berater bewusst aus und verzichtet auf Fachbegriffe. Ganz nebenbei erkundigt er sich nach Herrn Y.s Familie. Da seine Familie für Herrn Y. sein Ein und Alles ist, erzählt er gerne von seiner Frau und seinen Kindern und entspannt sich zunehmend. Es ist ihm wichtig, dass seine Frau und er in jeder Hinsicht die Familie selbstständig versorgen können. Dies liefert dem Berater den Übergang zum Thema berufliche Zukunft von Herrn Y. Er erklärt Herrn Y., dass sie nun gemeinsam schauen sollten, wie Herr Y. durch eine Rehabilitationsmaßnahme wieder arbeitsfähig wird. Er erklärt ihm kurz, was eine medizinische Rehabilitation ist und was in einer Rehabilitationseinrichtung gemacht wird. Hierbei fragt er Herrn Y. direkt, ob es bestimmte Dinge in seinem Leben gibt, die während der Rehabilitation berücksichtigt werden sollten. Prompt fragt Herr Y., wovon denn seine Familie leben soll, wenn er sich für mehrere Wochen in eine Rehabilitation begibt, da seine Frau im Moment durch das Stillen ihre Arbeit noch nicht wieder aufnehmen kann. Hier kann ihn der Berater beruhigen und erläutern ihm, dass er sich um die finanzielle Absicherung seiner Familie keine

Sorgen machen muss. Er sieht Herrn Y. an, dass ihm diese Information eine deutliche Erleichterung verschafft. Nun hat Herr Y. so viel Vertrauen gefasst, dass er direkt fragt, inwiefern seine religiösen und auch kulturellen Bedürfnisse sowie die sprachlichen Herausforderungen während der Rehabilitation berücksichtigt werden können. Der Berater erläutert, dass es Rehabilitationseinrichtungen gibt, die auch spezielle Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund vorhalten. Die Einrichtungen kann Herr Y. bei seinem Antrag auf Rehabilitation angeben. Der Berater erläutert Herrn Y. daraufhin, dass den Wünschen nicht immer entsprochen werden kann. Auch erklärt er ihm, dass eine Einrichtung mit spezifischen Angeboten für Menschen mit Migrationshintergrund nicht immer die beste Wahl sein muss, und es in erster Linie um die bestmögliche Behandlung geht. Er ermutigt Herrn Y., sich keine allzu großen Gedanken darüber zu machen, ob es in der Rehabilitationseinrichtung auch muttersprachliches Personal gibt. Er sagt ihm offen, dass er in diesem Gespräch gesehen hat, dass Herr Y. sich ausreichend in der deutschen Sprache verständigen kann und sich deshalb keine Sorgen machen muss. Herr Y. erfährt hier, dass er jederzeit auf seinem Zimmer beten kann und es außerdem in den Einrichtungen ein vegetarisches Speiseangebot gibt; unabhängig davon, in welche Rehabilitationseinrichtung Herr Y. kommt. Herr Y. hört aufmerksam zu und merkt, dass der Berater auf jede seiner Fragen eingeht und sehr interessiert an seinen Wünschen und Vorstellungen zu sein scheint. Seine Befürchtung, dass der Berater ihn eventuell nicht ernst nimmt, ist vollkommen unbegründet.

Beim Verlassen des Beratungszimmers fühlt sich Herr Y. sehr erleichtert, seine Sorgen und Ängste bezüglich des Beraters und der noch zu beantragenden Rehabilitation haben sich nicht bestätigt. Der Berater hat ihm auch erklärt, wie Herr Y. die Rehabilitation beantragen muss und welche Formulare er benötigt. Außerdem kann sich Herr Y. bei weiteren Fragen erneut an die Beratungsstelle wenden.

## Fallbeispiel 2

Frau W. (39 Jahre, aus Russland) kam vor 16 Jahren mit ihrer Familie nach Deutschland. Deutsch lernte sie schnell, denn es war ihr wichtig, die Sprache ihrer neuen Heimat zu erlernen. Eine Arbeit zu finden war für sie allerdings trotz des in Russland abgeschlossenen BWL-Studiums schwer. Letztendlich nahm Frau W. einen Job als Verkäuferin an, für den sie weit überqualifiziert ist. Trotzdem gibt sie ihr Bestes und arbeitet sehr viel, um sich und ihrer Familie auch in Deutschland ein vernünftiges Leben zu ermöglichen. Zunehmend überfordert sie sich jedoch dadurch. In den letzten Jahren merkt sie, dass es ihr immer schlechter geht. Sie ist antriebslos und will am liebsten gar nicht mehr aus dem Haus gehen. Frau W. sucht nach einiger Zeit eine Psychiaterin auf. Dort wird eine Depression diagnostiziert, auch wenn sie es anfangs nicht wahrhaben wollte. Nach einigem Hin und Her und dem dringenden Rat ihrer Psychiaterin begibt sie sich zunächst in eine ambulante Psychotherapie. Ihr Mann überfordert sich ähnlich, arbeitet in Wechselschichten und nimmt ab und an noch zusätzliche Aushilfsjobs an, damit sie sich gemeinsam den Familientraum – ein eigenes Haus – erfüllen können. Mit dem Hausbau haben sie nun endlich begonnen.

Dies hat zur Folge, dass zusätzlich zur Arbeit, zu Haushalt und Kindererziehung, noch mehr organisatorische Belastungen auf die Familie zukommen, weshalb, wie sie sagt, sie sich „keine Krankheiten erlauben“ könne. Ihre Problematik verschlechtert sich deshalb rapide und führt dazu, dass sie nicht mehr arbeiten kann.

Nach mehreren erfolglosen ambulanten Behandlungsversuchen (Psychotherapie, Medikamente) und längerer Arbeitsunfähigkeit wird Frau W. von ihrer Ärztin nahegelegt, eine Rehabilitation zu machen. Zunächst will sie sich nicht darauf einlassen, da sie nicht glaubt, dass eine Rehabilitation ihr helfen könne. Außerdem kann sie sich nicht erlauben, jetzt in ihrer schwierigen finanziellen Lage sich auch noch „eine Kur zu gönnen“. Erst als die Krankenkasse sie dazu auffordert, da ihr sonst Leistungen gestrichen werden könnten, fühlt sie sich dazu verpflichtet, eine Beratungsstelle aufzusuchen.

Für die zuständige Beraterin ist im Vorfeld die Auftragsklärung wichtig. Sie muss wissen, aus welchen Motiven Frau W. zu ihr kommt. Da sie von ihrer Krankenkasse aufgefordert wurde, zu der Beratung zu gehen, kann davon ausgegangen werden, dass Frau W. sich nicht aus freien Stücken zu der Beratung entschlossen hat. Sich dies bewusst zu machen und ein entsprechendes Verständnis Frau W.s Situation aufzubringen, das ist für die Beraterin besonders wichtig, um eine Vertrauensbasis aufbauen zu können und sie so von der Wichtigkeit der Rehabilitation zu überzeugen. Dafür ist die Kenntnis von Frau W.'s Gründen gegen die Rehabilitation relevant. Hierbei muss auch der Kontext beachtet werden, in dem Frau W. sich befindet. Insbesondere muss Frau W.

genau dargestellt werden, dass es sich bei der medizinischen Rehabilitation nicht um eine Kur mit Urlaubscharakter, sondern um intensive Arbeit an der Verbesserung des Gesundheitszustands, die nach der Rehabilitation fortgesetzt wird, handelt. Es ist die Aufgabe der Beraterin, Frau W. die bevorstehende Rehabilitation möglichst transparent zu erläutern und ihr ihre Sorgen zu nehmen. In der Gemeinsamen Servicestelle für Rehabilitation wird Frau W. sehr freundlich empfangen. Sie ist der Situation gegenüber trotzdem skeptisch. Wird ihr möglicherweise mit Unverständnis und Vorurteilen begegnet? Frau W. ist sehr angespannt, als sie in die Beratung geht.

Die Beraterin begegnet Frau W. ohne jegliche Vorurteile und lässt sie spüren, dass ihr nichts peinlich oder unangenehm sein muss und sie auch versteht, welchen Belastungen Frau W. ausgesetzt ist. Nachdem sie Frau W. das Ziel der Rehabilitation näher bringt, versteht Frau W. auch, warum sie eine Rehabilitation machen sollte. Sie soll ihr neben der Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit auch helfen, ihre Krankheit zu überwinden oder zumindest so zu verbessern, dass sie wieder ein normales Leben führen kann. Allerdings baut sie erneut Widerstand auf, als sie erfährt, dass die Rehabilitation fünf Wochen dauern wird und sie sich in dieser Zeit nicht zusammen mit ihrem Mann um ihre Familie und das Haus kümmern kann. Mehr noch, es kann passieren, dass die Rehabilitationseinrichtung, die ihr vorgeschlagen wird, auch mehrere hundert Kilometer von ihrem Wohnort liegen kann. Das kommt für Frau W. nicht in Frage. Wer soll sich denn daheim kümmern? Ihr Mann kann nicht alles übernehmen, er kann es schließlich nicht riskieren, seine Arbeit zu verlieren.

In Frau W. steigt langsam Angst auf, dass sie alles, wofür sie so hart gearbeitet haben, verlieren könnten. Die Beraterin kann sie jedoch beruhigen und zeigt ihr die verschiedenen Möglichkeiten auf, wie die Familie von Frau W. während ihrer Abwesenheit versorgt werden kann. Auch die Möglichkeiten einer ambulanten Rehabilitation zeigt sie ihr auf. Sie unterstreicht nochmal, wie wichtig eine Rehabilitation für Frau W. ist, damit sie auch zukünftig ihren Anforderungen sowohl im beruflichen als auch im privaten Leben gerecht werden kann. Sie solle sich mit allen Informationen, die sie erhalten hat, in Ruhe mit ihrem Mann auseinandersetzen und eine passende Lösung für sich auswählen. Frau W. ist beeindruckt von der Transparenz und Offenheit, mit der ihr die Beraterin begegnet. Sie hat nun gelernt, dass sie ihre Sorgen auch offen ansprechen kann. Nur so kann ihr auch angemessen geholfen werden. Sie weiß auch, dass sie wieder in die Beratungsstelle kommen kann. Die Beraterin hilft ihr auch beim Ausfüllen des Antrags G100. Weitere Formulare möchte sich Frau W. in Ruhe zu Hause anschauen.



# Adressen Reha-Einrichtungen mit Angeboten für Migranten

EINRICHTUNG MIT KONTAKTDATEN	ANGEBOTE FÜR MIGRANTEN
<p><b>Michael-Balint-Klinik</b> Hermann-Voland-Straße 10, 78126 Königswald im Schwarzwald (Baden-Württemberg) Tel.: 07725 932-0 E-Mail: <a href="mailto:info@michael-balint-klinik.de">info@michael-balint-klinik.de</a> <a href="http://www.michael-balint-klinik.de/">http://www.michael-balint-klinik.de/</a></p>	<p>Muttersprachliche und interkulturelle Behandlung von psychosomatisch erkrankte Migranten auf Türkisch und Kurdisch</p>
<p><b>MEDIAN Klinik</b> Alte Vlothoer Str. 47–49, 32105 Bad Salzuflen (Nordrhein-Westfalen) Tel.: 05222 370 E-Mail: <a href="mailto:Kontakt.klinikamburggraben@median-kliniken.de">Kontakt.klinikamburggraben@median-kliniken.de</a> <a href="https://www.median-kliniken.de/de/standorte/archiv/median-kliniken-bad-salzuflen/median-kliniken-bad-salzuflen/">https://www.median-kliniken.de/de/standorte/archiv/median-kliniken-bad-salzuflen/median-kliniken-bad-salzuflen/</a></p>	<p>Behandlung türkischsprachiger/muslimischer Patienten, Berücksichtigung religiöser Inhalte (spezielle Speisen, Fasten, Gebetsmöglichkeiten, Geschlechtertrennung bei Therapien, Einzelzimmer), verschiedene Standorte (z. B. Bad Salzuflen, Bad Oeynhausen), dort auch Therapien in anderen Sprachen</p>
<p><b>Klinik am schönen Moos</b> Am schönen Moos 7 88348 Bad Saulgau (Baden-Württemberg) Tel.: 07581 507-0 E-Mail: <a href="mailto:info@klinik-a-s-moos.de">info@klinik-a-s-moos.de</a> <a href="http://www.klinik-a-s-moos.de/">http://www.klinik-a-s-moos.de/</a></p>	<p>Therapie auf Türkisch, Englisch, Russisch, Griechisch Muttersprachliche Begleitung auf Türkisch, Englisch, Russisch, Griechisch, Persisch, Portugiesisch, Serbokroatisch, Spanisch Interkulturelle Psychosomatik für türkischsprachige Migranten</p>
<p><b>Klinik Brilon Wald</b> Friedrich-Köster-Weg 2, 59929 Brilon-Wald (Nordrhein-Westfalen) Tel.: 02961 9810 E-Mail: <a href="mailto:info@reha-kbw.de">info@reha-kbw.de</a> <a href="http://www.klinik-brilon-wald.de/">http://www.klinik-brilon-wald.de/</a></p>	<p>Behandlung auf Russisch, z. B. für (Spät-)Aussiedler</p>
<p><b>AHG Kliniken Daun-Altburg</b> Schulstr. 6, 54550 Daun (Rheinland-Pfalz) Tel.: 6592 201-0 E-Mail: <a href="mailto:kliniken-daun@ahg.de">kliniken-daun@ahg.de</a> <a href="http://www.ahg.de/AHG/Standorte/Daun_Kliniken/index.html">http://www.ahg.de/AHG/Standorte/Daun_Kliniken/index.html</a></p>	<p>Behandlung russischsprachiger Migranten/ (Spät-)Aussiedler</p>

**Paracelsus-Wittekindklinik**

Emptterweg 5, 49152 Bad Essen  
(Niedersachsen)  
Tel.: 05472 935-00  
E-Mail: wittekindklinik@paracelsus-kliniken.de  
<https://www.paracelsus-kliniken.de/witte-kindklinik>

Behandlung russischsprachiger Migranten/  
(Spät-)Aussiedler

**Celenus Klinik Bad Herrenalb**

Kurpromenade 42, 76332 Bad Herrenalb  
(Baden-Württemberg)  
Tel.: 07083 509-0  
E-Mail: info@klinik-bad-herrenalb.de  
[www.klinik-bad-herrenalb.de](http://www.klinik-bad-herrenalb.de)

Transkulturelle Rehabilitation, Behandlung  
türkischsprachiger Migranten

**Fachkrankenhaus Vielbach –  
Junior'sches Rehabilitationszentrum**

Nordhofener Str. 1, 56244 Vielbach  
(Rheinland-Pfalz)  
Tel.: 02626 9783-0  
E-Mail: info@fachkrankenhaus-vielbach.de  
<http://www.fachkrankenhaus-vielbach.de/>

Muttersprachliche Angebote für polnisch-  
und russischsprachige Migranten

**Paracelsus-Wiehengebirgsklinik**

Kokenrottstraße 71, 49152 Bad Essen  
(Niedersachsen)  
Tel.: 05472 405-0  
E-Mail: wiehengebirgsklinik@paracelsus-  
kliniken.de  
<https://www.paracelsus-kliniken.de/de/wiehengebirgsklinik/behandlungskonzept/therapieschwerpunkte.html>

Angebote für polnisch- und russischsprachige  
Migranten, Deutschkurs bei Bedarf

**Rehaklinik Kandertal**

79429 Malsburg-Marzell  
(Baden-Württemberg)  
Tel.: 07626 902-200  
E-Mail: rehaklinik.kandertal@kur.org  
<http://www.rehaklinik-kandertal.de/psychosomatische-reha/reha-fuer-migranten/>

Reha für Migranten, Ausführliche Behandlung  
der Migration, Therapie aber auf Deutsch

**Dr. Ebel Fachkliniken**

Jean-Berlit-Str. 31  
36355 Grebenhain Ilbeshausen-  
Hochwaldhausen (Hessen)  
Tel.: 06643 701-0  
E-Mail: info@vogelsbergklinik.de  
<http://www.ebel-kliniken.com/deutsch/fachkliniken/vogelsbergklinik/interkulturelle-psychosomatik/angebote-fuer-migranten/>

Therapie- und Aktivitätsangebote für türkische  
Migranten auf Türkisch

**Fachklinik Hochsauerland**

Zu den drei Buchen 2  
57392 Schmallenberg – Bad Fredeburg  
(Nordrhein-Westfalen)  
Tel.: 0 29 74 73-0  
E-Mail: [info@fachklinik-hochsauerland.de](mailto:info@fachklinik-hochsauerland.de)  
<http://www.fachklinik-hochsauerland.de/>

Therapieangebot für türkische Migranten auf  
Türkisch, türkisches Pflegepersonal

**Segeberger Kliniken GmbH**

Am Kurpark 1, 23795 Bad Segeberg  
(Schleswig-Holstein)  
Tel.: 04551 802-0  
E-Mail: [info@segebergerkliniken.de](mailto:info@segebergerkliniken.de)  
<http://www.segebergerkliniken.de/>

Therapieangebot und Akutbehandlung für  
türkische Migranten auf Türkisch

**AMEOS Reha-Klinikum Inntal/ AMEOS  
Klinikum**

Inntal Jakob-Weindler-Straße 1,  
84359 Simbach am Inn (Bayern)  
Tel.: 08571 9850  
E-Mail: [info@inntal.ameos.de](mailto:info@inntal.ameos.de)  
[http://www.ameos.eu/standorte/ameos-sued/  
simbach-am-inn/ameos-reha-klinikum-inntal/](http://www.ameos.eu/standorte/ameos-sued/simbach-am-inn/ameos-reha-klinikum-inntal/)

Transkulturelle Therapie auf Aserbaidshanisch  
Chinesisch, Kurdisch, Mazedonisch, Russisch  
Serbokroatisch, Türkisch, Ukrainisch

## **Akkulturation/Akkulturationsprozess**

Prozess der Auseinandersetzung mit einer „neuen“ Kultur vor dem Erfahrungshintergrund einer ‚alten‘ Kultur

## **Akkulturationsstress**

Herausforderungen/Probleme, die im Laufe des Akkulturationsprozesses durch Zwiespalt zwischen den eigenen kulturellen Überzeugungen und den Anforderungen im neuen kulturellen Umfeld entstehen

## **Arbeitsmigranten/ ausländische Arbeitskräfte**

von einem Land angeworbene, ausländische Arbeitskräfte sowie Migranten, die von selbst in ein Land zum Arbeiten einreisen

## **bi-/multikulturell**

zwei/mehrere Kulturen betreffend

## **Coping-Strategien**

Umgangsart mit einem schwierigen Ereignis, Bewältigung

## **Depression**

psychische Erkrankung, charakteristisch sind verminderte Leistungsfähigkeit, gedrückte Stimmung, Interessensverlust und Antriebslosigkeit, verschiedene Ausprägungen

## **Dialekt**

Mundart, regionale Variante einer Sprache

## **Diskriminierung**

Benachteiligung/Herabwürdigung von einzelnen Personen oder ganzen Gruppen

## **Dolmetscher**

Sprachmittler, Übersetzer

## **dynamisch**

bewegt/bewegend

## **Emigration**

Auswanderung

## **Ethnisierungsprozess**

Zuordnung zu einer bestimmten Gruppe

## **Evaluation**

Bewertung (z. B. von Projekten)

## **Flüchtende und Asylbewerber**

Menschen, die wegen Verfolgungen durch Parteien, Organisationen und auch nicht-staatlichen Akteuren aufgrund von anderen Weltanschauungen Schutz in einem anderen Land suchen, indem sie aus ihrem Heimatland fliehen

## **Gatekeeper**

zentrale Schlüsselpersonen/-organisationen, die den Zugang zu anderen Kontakten darüber hinaus ermöglichen; z.B. Arzt schafft Zugang zu Behandlungen

### **hierarchisch**

---

einer bestimmten Rangfolge nach gestuft/  
geordnet

### **Identität (juristisch)**

---

nachgewiesene Herkunft einer Person/  
Sache

### **Identität (psychologisch, soziologisch)**

---

Selbstbild einer Person

### **idiomatisch**

---

von Idiom: einer Kultur, einem Land, einer  
Gruppe zugeordnete Sprechweise

### **Immigration**

---

Einwanderung

### **Implementierung**

---

Einführung

### **individualistisch**

---

der Einzelne steht mit seinen persönlichen  
Vorstellungen im Vordergrund; eine mögliche  
Kulturform

### **Integration**

---

eine mögliche Akkulturationsstrategie bzw.  
ein mögliches Akkulturationsergebnis, bei  
der/dem intensive Beziehungen sowohl zu  
der Aufnahmegesellschaft als auch zu der  
Herkunftskultur gleichermaßen gepflegt  
werden

### **Interagieren**

---

sich verständigen, kommunizieren

### **Interaktion**

---

Verständigungsprozess

### **interkulturell**

---

Interaktion zwischen verschiedenen Kultur-  
kreisen

### **interkulturelle Kompetenz**

---

Fähigkeit, mit Menschen unterschiedlicher  
Kulturen sensibel und angemessen zu  
interagieren

### **kollektivistisch**

---

die Gemeinschaft steht im Vordergrund  
und über den persönlichen Interessen; eine  
mögliche Kulturform

### **Kompetenz**

---

Fähigkeit

### **konsekutiv**

---

aufeinanderfolgend

### **Kontext**

---

Zusammenhang, Verbindung

### **Kontrollüberzeugungen**

---

Überzeugung einer Person, dass das Auftre-  
ten eines Ereignisses abhängig vom eigenen  
Verhalten und dadurch auch händelbar,  
bewältigbar und veränderbar ist

### **Labilität**

---

Schwäche, Anfälligkeit

## **Menschen mit Migrationshintergrund**

---

„...alle Ausländer und eingebürgerte ehemalige Ausländer, alle nach 1949 als Deutsche auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderte, sowie alle in Deutschland als Deutsche Geborene mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil.“ (Statistisches Bundesamt 2015, Mikrozensus 2014, S. 5)

## **Metaphorik**

---

Gebrauch von Metaphern (bildliche Vorstellungen)

## **Migranten**

---

zugewanderte Menschen

## **Migration**

---

räumliche Verlegung des Lebensmittelpunktes, Wanderung

## **nonverbal**

---

Vermittlungsart ohne Sprache, nur mit Gestiken, Mimiken oder optischen Zeichen

## **paraverbal**

---

Art, wie gesprochen wird (Tonhöhe, Lautstärke, Betonung)

## **patriarchalisch**

---

autoritär, bevormundend, bestimmend

## **posttraumatische (Belastungsstörung)**

---

psychische Erkrankung nach einschneidenden oder lebensbedrohlichen Erlebnissen (Traumata)

## **psychiatrisch**

---

auf der Psychiatrie beruhend (ärztliches Gebiet, das sich mit der Psyche beschäftigt)

## **Psychohygiene**

---

Lehre von der Erhaltung der psychischen/geistigen Gesundheit

## **psychosomatisch**

---

Zusammenspiel zwischen Körper und Seele; z.B., körperliche Beschwerden haben psychische Ursachen

## **Ressourcen**

---

vorhandene Mittel, Fähigkeiten, Eigenschaften zur Umsetzung einer Handlung, z.B. Geld, Zeit, Bildung, Gesundheit, psychische Kräfte.

## **Risikofaktoren**

---

im Bereich Gesundheit: Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit, eine Erkrankung zu bekommen, erhöhen, z.B. bestimmte Verhaltensweisen wie Tabakkonsum

## **Schutzfaktoren**

---

Faktoren, die risikoerhöhende Faktoren von außen abpuffern (z. B. familiärer Zusammenhalt, Selbstwertgefühl) und z. B. die Gesundheit eines Menschen schützen

## **Selbstwirksamkeit**

---

eigene Fähigkeiten, mit Schwierigkeiten/Barrieren zurechtzukommen

## **Slang**

---

Sondersprache in bestimmten Kreisen mit speziellem Wortschatz

## **somatoform**

---

allgemeine körperliche Symptome wie Müdigkeit/Erschöpfung, die sich nicht auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen

## **(Spät-)Aussiedler**

---

„... deutsche Staatsangehörige oder Volkzugehörige, die vor dem 8. Mai 1945 ihren Wohnsitz in den ehemaligen deutschen Ostgebieten bzw. in Danzig, Estland, Litauen, der ehemaligen Sowjetunion, Polen, der ehemaligen Tschechoslowakei, Ungarn, Rumänien, Bulgarien, Jugoslawien, Albanien oder China hatten und diese Länder nach Abschluss der allgemeinen Vertreibungsmaßnahmen vor dem 1. Juli 1990 oder danach im Wege des Aufnahmeverfahrens bis zum 31. Dezember 1992 verlassen haben [...]“ (Bundesvertriebenengesetz (BVFG), § 1 Abs. 2 Nr. 3)

## **stereotyp**

---

Beschreibung von Personen oder Gruppen anhand vereinfachter, wiederkehrender, oft klischeehafter Merkmale

## **Stigmatisierung**

---

Prozess, bei dem Personen oder Gruppen eine negative Bewertung von bestimmten Merkmalen zugeschrieben wird und sie auf diese Weise in eine bestimmte Kategorie eingeordnet werden

## **Symptom**

---

Zeichen, das auf eine Erkrankung hinweist

## **Trialog**

---

Gespräch unter drei beteiligten Personen/ Parteien

## **verbal**

---

mündlich gesprochene Sprache

## **WHO**

---

World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

# Literatur zum Weiterlesen

Bertelsmann Stiftung & Fondazione Cariplo (2008): Interkulturelle Kompetenz – Die Schlüsselkompetenz des 21. Jahrhunderts? Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Berry, J. W. (1997): Immigration, Acculturation and Adaptation. In: Applied Psychology: An International Review. Vol. 46 (1): 5–34.

Brause, M., Reutin, B., Schott, T., Yilmaz Aslan, Y. (2010): Migration und gesundheitliche Ungleichheit in der Rehabilitation. Versorgungsbedarf und subjektive Bedürfnisse türkischer und türkischstämmiger Migrant(inn)en im System der medizinischen Rehabilitation. <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/zfv/endbericht.pdf> [letzter Zugriff: 19.01.2015].

Broszinsky-Schwabe, E. (2011): Interkulturelle Kommunikation. Missverständnisse und Verständigung. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften, 1. Auflage.

Brzoska, P., Ellert, U., Kimil, A., Razum, O., Sass, A. C., Salman, R., Zeeb, H. (2014). Reviewing the topic of migration and health as a new national health target for Germany. In: Int J Public Health. 2015 Jan; 60 (1):13–20.

Brzoska, P., Voigtländer, S., Reutin, B., Yilmaz-Aslan, Y., Barz, I., Starikow, K., Reiss, K., Dröge, A., Hinz, J., Exner, A., Striedelmeyer, L., Krupa, E., Spallek, J., Berg-Beckhoff, G., Schott, T., Razum, O. (2010): Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland – Abschlussbericht. [http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsbericht-f402-rehabilitation-migrationshintergrund.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsbericht-f402-rehabilitation-migrationshintergrund.pdf?__blob=publicationFile) [letzter Zugriff: 19.01.2015].

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2013): (Spät-)Aussiedler in Deutschland. [https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/2013/spaetaussiedler-in-deutschland.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/2013/spaetaussiedler-in-deutschland.pdf?__blob=publicationFile) [letzter Zugriff: 07.04.2015].

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2015): Aktuelle Zahlen zu Asyl. [https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/statistik-anlage-teil-4-aktuelle-zahlen-zu-asyl.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/statistik-anlage-teil-4-aktuelle-zahlen-zu-asyl.pdf?__blob=publicationFile) [letzter Zugriff: 15.01.2016]

Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) (2007): Gesundheitsreport 2007. Gesundheit in Zeiten der Globalisierung. Essen. [http://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsreport/fruehere\\_gesundheitsreporte/BKK\\_Gesundheitsreport\\_2007.pdf](http://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsreport/fruehere_gesundheitsreporte/BKK_Gesundheitsreport_2007.pdf) [letzter Zugriff: 07.04.2015].

Bundesverwaltungsamt (BVA) (2012). Spätaussiedler und ihre Angehörigen. Jahresstatistik 2012.

Bundesverwaltungsamt (BVA) (2015). Spätaussiedler und ihre Angehörigen. Jahresstatistik 2015.

Collatz, J. & Fischer, G. C. (1998): Krankheit, Kranksein und häufige Erkrankungsverläufe. In: Burchard, G. D. (Hrsg.): Erkrankungen bei Immigranten. Diagnostik, Therapie, Begutachtung. Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm: Gustav Fischer Verlag, S. 16–31.

David, M., Borde T. (2001) Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus. Frankfurt/ M: Mabuse-Verlag.

Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2016). Nur keine Scheu, bitte. Migranten wissen oft zu wenig über Reha [...]. In: Zukunft jetzt. Das Magazin der Deutschen Rentenversicherung. Ausgabe 1/2016.



Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2014): 10. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland (Oktober 2014). Berlin.

Focus online (2016). De Maiziere stellt Zahlen vor – Rekord-Zuwanderung: Nie kamen mehr Flüchtlinge nach Deutschland als 2015. [http://www.focus.de/politik/de-maiziere-stellt-zahlen-vor-rekord-zuwanderung-nie-kamen-mehr-fluechtlinge-nach-deutschland-als-2015\\_id\\_5193046.html](http://www.focus.de/politik/de-maiziere-stellt-zahlen-vor-rekord-zuwanderung-nie-kamen-mehr-fluechtlinge-nach-deutschland-als-2015_id_5193046.html) [letzter Zugriff: 11.05.2016].

Frindte, W. (2001): Einführung in die Kommunikationspsychologie. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Fryszler, A. (2009): Handwerkliche Aspekte in der interkulturellen Beratung. In: DAJEB Information, Nr. 218, Beratung zwischen Integration und Assimilation.

GKV Spitzenverband (2016). Asylbewerber/ Flüchtlinge. [https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/fluechtlinge\\_asylbewerber/fluechtlinge.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/fluechtlinge_asylbewerber/fluechtlinge.jsp) [letzter Zugriff: 11.05.2016].

Hegemann, T. (2004): Interkulturelle Kompetenz in Beratung und Therapie. In: Radice von Wogau, J., Eimmermacher, H., Landfranchi, A. (Hrsg.): Therapie und Beratung von Migranten, Systemisch-interkulturell denken und handeln. Weinheim, Basel: Beltz Verlag, S. 79–91.

Hegemann, Th. & Salman, R. (Hrsg.) (2010): Transkulturelle Psychiatrie: Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Hinnekamp, V. (2003): Die Anderen als Fremde – wir als Fremde. Missverständnisse und Brücken in der interkulturellen Kommunikation. In: Rometsch, W. & Sarrazin, D. (Hrsg.): Best Practices- in der Arbeit mit suchtmittelabhängigen Russlanddeutschen in der ambulanten Suchthilfe. Münster: Forum Sucht, Nr. 34, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, S. 7–19.

Hoppe, A. (2011): So war ich nicht, so bin ich nicht! Vom Einfluss des kulturellen Umfelds auf die eigene Identität. In: Kumbier, D. & Schulz von Thun, F. (Hrsg.): Interkulturelle Kommunikation: Barrieren, Modelle, Beispiele. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, S. 170–186.

Keding, G. (2011): Der falsche Wohnort... Zur Bedeutung von Macht und Struktur in der interkulturellen Begegnung. In: Kumbier, D. & Schulz von Thun, F. (Hrsg.): Interkulturelle Kommunikation: Barrieren, Modelle, Beispiele. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, S. 336–347.

Kizilhan, J. I. (2013). Kultursensible Psychotherapie. Hintergründe, Haltungen und Methodenansätze. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Kizilhan, J. I. (2016). Handbuch zur Behandlung kriegstraumatisierter Frauen. Transkulturelle Behandlungsmethoden und Techniken am Beispiel der Frauen aus dem Irak. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Knabe, E. & Weber, D. (2011): Interkulturelle Kompetenz in Kliniken. Themen, Praxiserfahrung und Indikatoren. Migration und Qualifizierung. Düsseldorf: DGB-Bildungswerk Bund (Hrsg.). [http://www.migration-online.de/data/publikationen\\_datei\\_1335958606.pdf](http://www.migration-online.de/data/publikationen_datei_1335958606.pdf) [letzter Zugriff: 03.02.2015].

Kohls, M. (2011): Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Forschungsbericht 9. Nürnberg.

Krauth, C., A'Walelu, O., Bisson, S., Gerken, U., Machleidt, W., Salman, R., Walter, U. (2011): Kosteneffektivität von aktiven und passiven Zugangswegen zu russischsprachigen Migranten in der Suchtprävention. Prävention und Gesundheitsförderung 2011, 6: 116–123.

Laviziano, A. (2005): Ethnologie und Interkulturelle Kommunikation. In: EthnoScripts. Analysen und Informationen aus dem Institut der Universität Hamburg. 7. Jg., (1): 6–32.

Pavkovic, G. (2001a): Auswirkungen der Familien und Erziehung in verschiedenen Kulturen auf die Mundgesundheit. In: Schneller, Th., Salman, R., Goepel, C. (Hrsg.) (2001): Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten – Stand, Praxiskonzepte und interkulturellen Perspektiven in Deutschland und Europa. Aus der Reihe: Forum für Oralprophylaxe d Mundgesundheit, Band 1, hg. von Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege. Bonn.

Pavkovic, G. (2001b): Interkulturelle Teamarbeit. [http://bqnet.de/content/0/1060/1072/2859/2869/649\\_Pavkovic\\_InterkulturelleTeamarbeit.pdf](http://bqnet.de/content/0/1060/1072/2859/2869/649_Pavkovic_InterkulturelleTeamarbeit.pdf) [letzter Zugriff: 03.02.2015].

Robert Koch-Institut (RKI) (2008): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Institut. [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Migration/migration\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Migration/migration_node.html) [letzter Zugriff: 09.09.2014].

Robert Koch-Institut (RKI) (2015). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut.

Salman, R. (2009). Gesunde Integration. Interkulturelle Suchthilfe als Beitrag zur Integration. Ethno-Medizinisches Zentrum. [http://www.praevention.at/upload/documentbox/0\\_2\\_LINZ\\_Salman\\_Tagungstext.pdf](http://www.praevention.at/upload/documentbox/0_2_LINZ_Salman_Tagungstext.pdf) [letzter Zugriff: 19.01.2015].

Salman, R. (2010). Vermittler zwischen Sprachen und Kulturen. Methoden des Gemeindedolmetschens und des Überbrückens von Kommunikationshindernissen. In: Hegemann, Th. & Salman, R. (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie: Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 199–215.

Salman, R. & Weyers, S. (2010). Germany: MiMi Project – With Migrants for Migrants. In: World Health Organisation (WHO) (Hrsg.): Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, S. 52–63.

Salman, R. (2015). Gesundheit mit Migranten für Migranten – die MiMi Präventionstechnologie als interkulturelles Health-Literacy-Programm. Health with Migrants for Migrants – The MiMi-Prevention Technology as an Intercultural Health Literacy Programme. In: Public Health Forum 2015; 23(2): 109–112 (De Gruyter-Verlag).

Schenk, L. (2007): Migration und Gesundheit. Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. In: International Journal of Public Health, 2: 87–96.

Schwarz, B., Markin, K., Salman, R., Gutenbrunner, C. (2015): Barrieren für Migranten beim Zugang in die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. In: Die Rehabilitation 54: 1–7 (Stuttgart: Georg Thieme Verlag).

Seifert, W. (2012): Probleme der Integration. In: Dossier: Deutsche Verhältnisse: Eine Sozialkunde. Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), Berlin. <http://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde/138020/probleme-der-integration?p=all> [letzter Zugriff: 10.11.2014].

Sippel, L. & Klingholz, R. (2009). Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. Zuwanderungsgeschichte der Bundesrepublik Deutschland 1945 bis 1990: Vertriebene und Flüchtlinge, Gastarbeiter und ihre Familien. <http://www.berlin-institut.org/online-handbuchdemografie/bevoelkerungspolitik/deutschland/zuwanderungsgeschichte-der-brd-1945-bis-1990.html> [letzter Zugriff: 31.03.2015].

Sluzki C. E. (2010): Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In: Hegemann, Th. & Salman, R. (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie: Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 108–123.

Statistisches Bundesamt (2015): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2014. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, Fachserie 1, Reihe 2.2.

[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220147004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220147004.pdf?__blob=publicationFile) [letzter Zugriff: 14.01.2016].

Statistisches Bundesamt (2016): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Wanderungen 2014. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, Fachserie 1, Reihe 1.2.

Thomas, A. & Utler, A. (2013): Kultur, Kulturdimensionen und Kulturstandards. In: Genkova, P., Ringeisen T., Leong, F. T. L. (Hrsg.): Handbuch Stress und Kultur. Interkulturelle und kulturvergleichende Perspektiven (S. 41–58). Wiesbaden: Springer VS. URL: [http://www.springer.com/cda/content/document/cda\\_downloadaddocument/9783531174983-c1.pdf?SGWID=0-0-45-1357003-p174292686](http://www.springer.com/cda/content/document/cda_downloadaddocument/9783531174983-c1.pdf?SGWID=0-0-45-1357003-p174292686) [letzter Zugriff: 19.01.2015].

Toprak, A. (2008): Erziehungsstile und Erziehungsziele türkischer Eltern. In: Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis. Berlin: Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz.

Trichel, D. & Mayer, C.-H. (2011): Lehrbuch Kultur. Lehr- und Lernmaterialien zur Vermittlung interkultureller Kompetenzen. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann, S. 158–168.

Tucci, I. (2013a): Ausgewählte Merkmale der Lebensbedingungen von Personen mit Migrationshintergrund. bpb – Bundeszentrale für politische Bildung. <http://www.bpb.de/nachschlagen/datenreport-2013/sozialstruktur-und-soziale-lagen/173557/lebensbedingungen> [letzter Zugriff: 01.04.2015].

Wagemann, G. (2016): Verständnis fördert Heilung. Der religiöse Hintergrund von Patienten aus unterschiedlichen Kulturen – Ein Leitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Berater und Betreuer. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Woeste, C. (2013): Geschlechterbilder zwischen Tradition und Moderne. Materialien der Deutschen Islam Konferenz zu Rollenbildern und aktuellen rollenbezogenen Fragestellungen, Projektgruppe „Rollenbilder in muslimischen Milieus“ der deutschen Islam Konferenz, Berlin. [https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Themen/Politik\\_Gesellschaft/DIK/broschuere\\_rollebilder.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Themen/Politik_Gesellschaft/DIK/broschuere_rollebilder.pdf?__blob=publicationFile) [letzter Zugriff: 16.09.2014].

Worbs, S., Bund, E., Kohls, M, Von Gostomski, C. B. (2013). (Spät-)Aussiedler in Deutschland. Eine Analyse aktueller Daten und Forschungsergebnisse (Forschungsbericht 20). Berlin: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

World Health Organization (WHO) (2003). ICF CHECKLIST. Version 2.1a, Clinician Form for International Classification of Functioning, Disability and Health. <http://www.who.int/classifications/icf/icfchecklist.pdf?ua=1> [letzter Zugriff: 12.05.2016].

World Health Organization (WHO) (2015). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). <http://www.who.int/classifications/icf/en/> [letzter Zugriff: 12.05.2016].

# Notizen

# Notizen

# Danksagung

Wir danken folgenden Experten, die durch ihr Fachwissen maßgeblich zur Entstehung dieses Wegweisers beigetragen haben:

*Dr. Nathalie Glaser-Möller*  
(Deutsche Rentenversicherung Nord)

*Karin Fleischer*  
(Deutsche Rentenversicherung Nord)

*Gabriele Meyer*  
(Deutsche Rentenversicherung Nord)

*Sabine Erbstößer*  
(Deutsche Rentenversicherung Bund)

*Pia Zollmann*  
(Deutsche Rentenversicherung Bund)

*Ralf Weisenburger*  
(Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz)

*Betje Schwarz*  
(Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie)

*Dr. Claudia Martini*  
(Bundeskanzleramt, Arbeitsstab der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration)

*Prof. Dr. med. Hajo Zeeb*  
(Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS GmbH Abt. Prävention und Evaluation)

*Prof. Dr. Dr. Jan Ilhan Kizilhan*  
(Leiter des Studiengangs Soziale Arbeit mit psychisch Kranken und Suchtkranken – Fakultät für Sozialwesen der Dualen Hochschule Baden-Württemberg, Villingen-Schwenningen)

*Dr. med. Eva Renckly-Senel*  
(Ärztin für Allgemeinmedizin, Sozialmedizin, ärztliche Psychotherapeutin, Gutachterin bei der DRV Knappschaft-Bahn-See, Schwerpunkt Migranten)

*Dr. Alfons Schröer*  
(Hochschullehrer)

*PD Dr. med. habil. Aike Hessel*  
(Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen)

*Prof. Dr. med. Gisela-Charlotte Fischer*  
(ehemalige [pensionierte] Leiterin der Abteilung Allgemeinmedizin und Medizinsoziologie der Medizinischen Hochschule Hannover)

*Reha-BeraterInnen*  
der Deutschen Rentenversicherungen Nord und Rheinland-Pfalz

*Das Ethno-Medizinische Zentrum e. V. bietet weitere Broschüren in Deutsch und Muttersprachen zu unterschiedlichen Gesundheitsthemen an. Diese können unter [www.ethnomed.com](http://www.ethnomed.com) heruntergeladen oder direkt beim Ethno-Medizinischen Zentrum e. V. bestellt werden:*

- Die Medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung: Hilfe bei chronischen Erkrankungen für Mediatoren, Lotsen und Multiplikatoren sowie für Migranten in 8 Sprachen, Ausfüllhilfe für den Rehabilitationsantrag (G100)*
- Gesundheit Hand in Hand – Das Deutsche Gesundheitssystem*
- Ratgeber Gesundheit für Asylsuchende in Deutschland*
- Diabetes – Informieren, Vorbeugen, Handeln*
- Schutzimpfungen*
- Depression – Erkennen, Verstehen, Helfen*
- Computer-, Internet- und Glücksspielsucht – Ursachen, Prävention, Therapie*
- Traumafolgestörungen und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)*
- Gesund leben – Gesund bleiben*

# Interkulturelle Kompetenz in der Reha-Beratung

## Praxisleitfaden für Beraterinnen und Berater der Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung und der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation

Mit diesem Wegweiser erhalten Sie als wichtige Ansprechpartnerinnen und -partner für Menschen mit Migrationshintergrund wichtige Informationen rund um die Themen Migration, Akkulturation, Gesundheit, Rehabilitation, Bedeutung der Kultur und kulturelle Unterschiede sowie interkulturelle Aspekte in der Reha-Beratung. Praxisnahe Fallbeispiele runden diesen Leitfaden ab. Darüber hinaus werden einige Adressen von Reha-Einrichtungen mit Angeboten für Personen mit Migrationshintergrund aufgeführt.

Der Wegweiser „Interkulturelle Kompetenz in der Reha-Beratung“ kann unter der Internetadresse [www.ethnomed.com](http://www.ethnomed.com) heruntergeladen werden.

- Migration in Deutschland: was bedeutet das?
- Welchen Einfluss hat die Migration auf die Gesundheit und die Inanspruchnahme auf Leistungen des Gesundheits- und Sozialsystems (u.a. Rehabilitation)?
- Welche kulturellen Unterschiede gibt es und wie kann ich in der Reha-Beratung damit umgehen?

Vielleicht beschäftigen Sie sich mit diesen Fragen oder kennen jemanden, der Antworten auf diese Fragen sucht...

Dieser Wegweiser wurde überreicht durch: