

# Interkulturelle Kompetenz in der Mütter- und Frauengesundheit



Praxisleitfaden für Fachpersonal aus dem Gesundheits- und Sozialwesen

## Impressum

Interkulturelle Kompetenz in der  
Mütter- und Frauengesundheit  
Praxisleitfaden für Fachpersonal  
aus dem Gesundheits- und Sozialwesen

**Herausgeber – Konzeption, Inhalt, Erstellung:**

Ethno-Medizinisches Zentrum e. V.  
Königstraße 6  
30175 Hannover

**Redaktion:**

Ramazan Salman, Nadine Norton-Erichsen,  
David Brinkmann, Jasmin Bergmann,  
Elena Kromm-Kostjuk

**Lektorat:** Bernd Neubauer

**Satz und Layout:** Eindruck

**Bildquellen:** © Fotolia

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf deshalb der vorherigen schriftlichen Genehmigung durch den Herausgeber.

**1. Auflage**

**Stand: Dezember 2016**

Dieser Praxisleitfaden ist im Rahmen der bundesweiten Initiative des Projekts „Mit Migranten für Migranten (MiMi)“ zur Stärkung der Müttergesundheit bei Migrantinnen entstanden.

Die Initiative wird durch das Unternehmen MSD SHARP & DOHME GMBH gefördert und ist Teil des weltweiten Corporate Social Responsibility (CSR) Programms „MSD for Mothers“ zur Unterstützung von Frauengesundheit.

# Interkulturelle Kompetenz in der Mütter- und Frauengesundheit

Praxisleitfaden für Fachpersonal aus dem Gesundheits- und Sozialwesen

*„Interkulturelle Kompetenz erweist sich darin, die Unterschiede zu einer Kultur [...] erkennen und verstehen zu können, um [...] mit fremden Bedeutungs- und Handlungsmustern reflektiert interagieren zu können.“*

(Treichel 2011:273f.)

# Inhalt

<b>Einleitung</b> .....	5
<b>Migration in Deutschland seit 1949</b> .....	6
Aktuelle Definitionen	
Wer sind „die“ Migrantinnen und Migranten?	
Aktuelle Zahlen/Verteilung auf die Bundesländer	
Migration, Demographie und sozioökonomische Faktoren	
<b>Migration und Gesundheit</b> .....	12
Migration als Prozess – Risiken und Chancen der Migration	
Informationen zu Gesundheit von Migrantinnen und Migranten	
<b>Geburt und Wochenbett in anderen Kulturen und Religionen</b> .....	18
<b>Interkulturelle Kompetenz und interkulturelle Kommunikation</b> .....	20
Interkulturelle Kommunikation	
Was ist nonverbale Kommunikation?	
Tabuthemen	
Was ist notwendig für interkulturelle Kommunikation?	
Interkulturelle Aspekte im Umgang mit (werdenden) Müttern mit Migrationshintergrund	
Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern	
MiMi – Mit Migranten für Migranten. Interkulturelle Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren	
<b>Adressverzeichnis</b> .....	29
<b>Literatur</b> .....	34

# Einleitung

Migration ist ein vielseitiges gesellschaftliches Phänomen, welches viele Gründe hat. So ist zunächst zwischen internationaler Migration und Binnenmigration zu unterscheiden. Binnenmigration beschreibt Bewegungen von Menschen innerhalb staatlicher Grenzen, während die internationale Migration über eben diese Grenzen hinausgeht. Migration lässt sich darüber hinaus in freiwillige und unfreiwillige Migration einteilen: Verlässt jemand z.B. sein Land, um in einem anderen Land zu studieren oder eine Arbeitsstelle anzutreten, spricht man von freiwilliger Migration. Unfreiwillige Migration hingegen ist oft ein durch Gewalt, Verfolgung oder Katastrophen im Herkunftsland ausgelöstes Phänomen (Han 2005).

Von den knapp 82,2 Millionen in Deutschland lebenden Menschen (Stand: 31.12.2015) hatten im Jahr 2015 laut Mikrozensus 2015 gut 17,1 Millionen Menschen einen Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt 2016), was bedeutet, dass entweder sie selbst oder (ein) Vorfahre(n) nach 1949 in die Bundesrepublik Deutschland eingewandert sind. Mit diesen Menschen werden sehr diverse Kulturen in die deutsche Gesellschaft getragen; damit wird ein Prozess ausgelöst, der Bereicherung und Herausforderung zugleich ist. Der Umgang mit unterschiedlichen Sprachen, Religionen, Werten und Lebenseinstellungen stellt eine Chance dar, kann aber auch auf beiden Seiten Verunsicherungen auslösen. Um uns gegenseitig besser verstehen zu lernen und den Umgang miteinander zu erleichtern, ist es wichtig, offen aufeinander zuzugehen und sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede bewusst zu machen. Dieser aufmerksame Umgang miteinander und das Verständnis für die kulturelle Diversität sowie „die Herstellung von Kooperation in einer solchen Unterschiedlichkeit“ (Hegemann ohne Jahr, ohne Seitenzahl) macht interkulturelle Kompetenz aus.

Interkulturelle Kompetenz ist in vielen gesellschaftlichen Bereichen von großer Bedeutung. Der vorliegende Praxisleitfaden widmet sich jedoch ganz speziell der interkulturellen Kompetenz im Bereich der Müttergesundheits. Dem frauen- bzw. müttergesundheitlichen Setting lassen sich diverse Fachbereiche zuordnen, in denen auf gänzlich unterschiedliche Weise mit Frauen mit Migrationshintergrund kommuniziert wird und kommuniziert werden kann. In einer Schwangerschaftskonfliktberatung kann der Ratsuchenden mehr Zeit und Aufmerksamkeit gewidmet werden als bspw. in der Notfallaufnahme einer Geburtsklinik. Auch die Vorgehensweisen und Arbeitsabläufe divergieren natürlich stark, daher können in diesem Praxisleitfaden zwar nicht alle Arbeitsfelder gleichermaßen abgedeckt werden, jedoch kann er einen generellen Einblick in die interkulturelle Kommunikation mit dieser Zielgruppe gewähren.

# Migration in Deutschland seit 1949

Der Begriff „Migration“ wird dann verwendet, wenn eine Person ihren Lebensmittelpunkt verlegt. Bei internationaler Migration geschieht dies über nationale Grenzen hinaus. Bis 2005 sprach man in Deutschland bei zugewanderten Personen ausschließlich von Ausländerinnen und Ausländern, und nur diese Personengruppe wurde bis dahin in Statistiken

und sozialen Erhebungen berücksichtigt. Seit dem Mikrozensus 2005 werden nun alle Personen mit Migrationshintergrund beachtet, wodurch die Belange einer deutlich größeren Gruppe evaluiert werden können.

## Aktuelle Definitionen

### Ausländerinnen und Ausländer

Ausländerinnen bzw. Ausländer in Deutschland sind alle Personen ohne die deutsche Staatsangehörigkeit (BAMF Glossar). Erst seit dem Mikrozensus 2005 wird eine Unterscheidung zwischen „Ausländern“ und Personen mit „Migrationshintergrund“ vorgenommen.

### Migrationshintergrund

Personen mit Migrationshintergrund sind „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“ (Statistisches Bundesamt 2013).

### (Spät-)Aussiedler

„Spätaussiedler sind deutsche Volkszugehörige aus den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion und den anderen früheren Ostblockstaaten, die im Wege eines speziellen Aufnahmeverfahrens ihren Aufenthalt in Deutschland begründet haben.“ (BAMF Glossar: Spätaussiedler)

## Wer sind „die“ Migrantinnen und Migranten?

Die Gründe für Einwanderung sind vielschichtig: Während die Zeit zwischen 1955–1973 von der sogenannten „Gastarbeitermigration“ geprägt war, überwog nach dem Anwerbestopp ein recht neues Phänomen, das des Familiennachzugs. Das bedeutet, dass Menschen nicht mehr zur Arbeitsaufnahme in die BRD einwanderten, sondern um ihren Ehepartnern oder Eltern, die im genannten Zeitraum zur Arbeitsaufnahme eingewandert waren, zu folgen. Im Rahmen beider gesellschaftlicher Phänomene kamen zunächst Personen vor allem aus der Türkei, Italien und dem ehemaligen Jugoslawien. Der prozentuale Anteil der Ausländerinnen und Ausländer in der Gesamtbevölkerung stieg fortan kontinuierlich an. So lag dieser 1961 bei 1,2%, 1974 bei 6,7%, 1990 bei 8,4% und 2005 bei 8,9% (Bade et al. 2007). Heute sind es etwa 9,7% (Statistisches Bundesamt 2016b).

Eine weitere große Migrantengruppe stellen die Aussiedlerinnen und Aussiedler bzw. Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler dar: zwischen 1950 und 2006 reisten 4,5 Millionen Aussiedlerinnen und Aussiedler in die Bundesrepublik Deutschland ein. Bis 1990 handelte es sich über-

wiegend um Personen aus Polen (64%), ab 1990 stammten die Aussiedlerinnen und Aussiedler größtenteils aus der ehemaligen Sowjetunion (1996: 96,8%) (Bade et al. 2007).

Ein sehr aktueller, seit einigen Monaten auch in den Medien breit behandelter Diskurs betrifft die Aufnahme von Flüchtlingen in Deutschland. Wie Abb. 1 auf S. 8 verdeutlicht verdeutlicht, nehmen die Asylantragszahlen in Zeiten globaler Unruhen und Kriege immer besonders stark zu. Während die Zahlen vor 1990 (nicht in der Abbildung) relativ gleichbleibend waren, stiegen die Asylantragszahlen in den früheren 1990er Jahren deutlich an. In diese Zeit fallen neben



dem Zweiten Golfkrieg auch die Jugoslawienkriege. Im Verlauf der 1990er Jahre blieben die Zahlen auf vergleichsweise hohem Niveau, ebten um die Jahrtausendwende dann jedoch zunächst ab, bevor ab 2013 ein sprunghafter Anstieg einsetzte. Im Jahr 2015 konnte das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge mit 476.649 Anträgen die bis dahin höchste

Anzahl pro Jahr eingereicherter Asylanträge verzeichnen. Gegenüber dem Vorjahr 2014 bedeutet dies einen Anstieg von 135% (BAMF 2016b). Wie der Abbildung (Abb. 1) entnommen werden kann, werden die Zahlen der Vorjahre im Jahr 2016 deutlich überschritten, da bis November des Jahres bereits über 700.000 Anträge eingereicht worden sind.

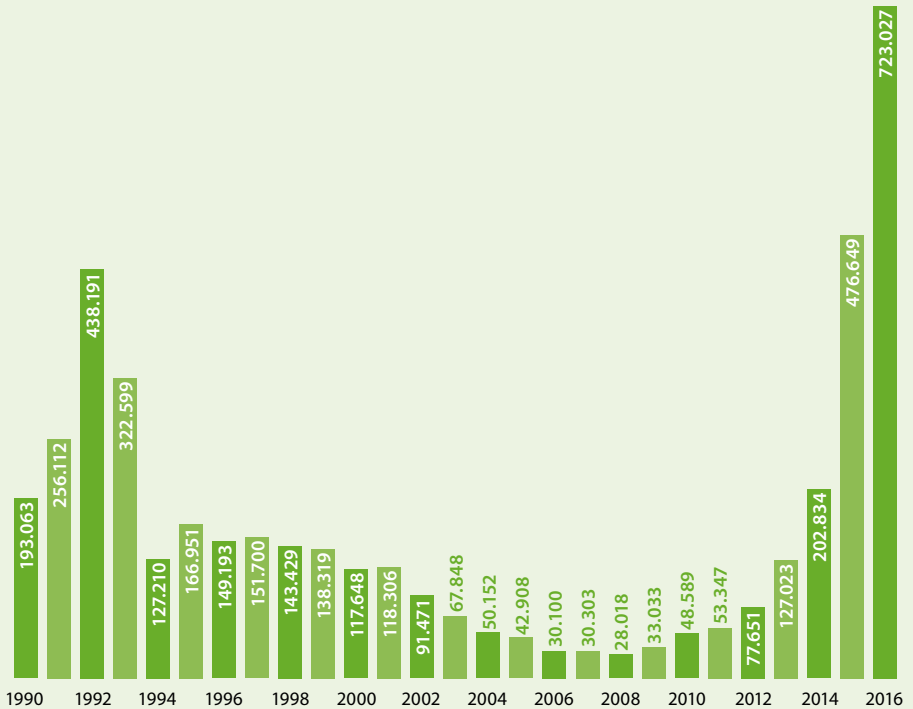


Abb. 1: Asylantragszahlen von 1990 bis November 2016 (Erst- und Folgeanträge)  
 Quelle: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2016a); eigene Darstellung



Das Hauptherkunftsland der Erstantragstellerinnen und -steller war von Januar 2016 bis November 2016 Syrien (siehe Tab 1).

Herkunftsland	Prozentualer Anteil
Syrien	37,3 %
Afghanistan	17,8 %
Irak	13,4 %
Iran	3,7 %
Eritrea	2,4 %
ungeklärt	2,1 %
Albanien	2,0 %
Pakistan	2,0 %
Nigeria	1,7 %
Russische Föderation	1,5 %
sonstige	16,1 %

Tab. 1: Hauptherkunftsland der Erstantragsteller Januar – November 2016 in Prozent (%).  
Quelle: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2016a); eigene Darstellung

## Aktuelle Zahlen/Verteilung auf die Bundesländer

Nach dem Migrationsbericht 2015 haben in der Bundesrepublik Deutschland 21 % der Bevölkerung einen sogenannten Migrationshintergrund (BAMF 2016b). 66,2 % der Personen mit Migrationshintergrund sind jünger als 45 Jahre (im Vergleich: bei Personen ohne Migrationshintergrund sind es 43,5 %). Das Geschlechterverhältnis ist insgesamt fast ausgeglichen (50,6 % männliche und 49,4 % weibliche Personen mit Migrationshintergrund [Statistisches Bundesamt 2016a]) bei manchen Herkunftsländern sind jedoch Unterschiede in der Verteilung ersichtlich: Eine weibliche Prädominanz ist vor allem aus östlichen Ländern wie der Ukraine (57,2 %), der Russischen Föderation (53,4 %) und Polen (51,9 %) ersichtlich, während Männer aus Syrien (61,6 %), afrikanischen Staaten sowie Italien (58,5 %) überrepräsentiert sind (BAMF 2016b). Zu berücksichtigen ist bei diesen Zahlen jedoch, dass die Erhebung der Zahlen noch während des starken Anstiegs der Asylantragszahlen stattfand.

Der prozentuale Anteil der Migrantinnen und Migranten ist laut Zahlen des Mikrozensus 2013 im Datenreport 2016 (Statistisches Bundesamt 2016) in Bremen (28,9 %) und Hamburg (28,5 %) am höchsten, gefolgt von Baden-Württemberg (27,9 %). In den neuen Bundesländern (ausgenommen Berlin), ist der Anteil mit 4,6 % sehr gering. Auch in Schleswig-Holstein

(12,5 %) leben vergleichsweise wenige Personen mit Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt 2016).

## Migration, Demographie und sozioökonomische Faktoren

Menschen mit Migrationshintergrund bilden keine homogene Gruppe. Je nach Herkunftsland variieren Sprache und Kultur, je nach Bildungsstand die soziale und finanzielle Situation, und auch ihre Migrationsgeschichte trägt zu ihrer Position in der Gesellschaft bei. Festzuhalten ist, dass es unter den Migrantinnen und Migranten noch immer Gruppen gibt, die von einem erhöhten Armutsrisiko bedroht sind und sich in einer vergleichsweise schlechten sozialen Lage befinden. Daher ist eine differenzierte Betrachtung der individuellen Geschichte der Personen von großer Bedeutung (Robert Koch Institut [RKI] 2015).

Die Erwerbsbeteiligung von Migrantinnen und Migranten ist unterdurchschnittlich, was u.a. auf eine vergleichsweise schlechtere schulische wie berufliche Qualifikation zurückzuführen ist. Die niedrige Erwerbsbeteiligung und das Erzielen von niedrigeren Einkommen führen dazu, dass diese Personen überdurchschnittlich häufiger von Armut betroffen sind. Dies trifft vor allem Kinder. Besonders türkischstämmige Personen und Personen aus Ländern des ehemaligen Jugoslawi-

ens verfügen durchschnittlich über geringere finanzielle Ressourcen und sind dem erhöhten Armutsrisiko ausgesetzt. Diese beiden genannten Gruppen weisen auch ein vergleichsweise niedriges Bildungsniveau auf. Betrachtet man das Bildungsniveau der nachfolgenden Generation, also einer Generation ohne eigene Migrationserfahrung, ist erkennbar, dass es – verglichen mit dem Bildungsniveau der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund – noch zu keiner Angleichung gekommen ist (Statistisches Bundesamt 2016).

Die migrantische Bevölkerung ist im Durchschnitt über 13 Jahre jünger als die Allgemeinbevölkerung (46,8 Jahre vs. 35,4 Jahre) (ebd.). Darüber hinaus bekommen Frauen mit Migrationshintergrund durchschnittlich mehr Kinder und sind seltener kinderlos, als Frauen ohne Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt 2012). Das verweist auf einen klaren Beratungs- und Informationsbedarf für Frauen, ganz besonders für Schwangere und junge Mütter, die ihre Wurzeln in anderen Herkunftsgesellschaften haben.



# Migration und Gesundheit

Eine einheitliche Definition für den Begriff „Gesundheit“ zu finden ist nicht möglich. In der Wissenschaft orientiert man sich zunächst an der Erklärung der WHO (World Health Organization) von 1946: “Health is a state of complete physical, social and mental well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (WHO Constitution 1946). Es geht also nicht ausschließlich um das Nichtvorhandensein von Krankheit, sondern zusätzlich um Wohlbefinden. Wohlbefinden hingegen ist nur schwer messbar, da es sich dabei um ein subjektives Empfinden handelt, das von sehr vielen und auch sehr individuellen Faktoren abhängig ist (Norton-Erichsen 2015). Dabei gibt es Faktoren, die den Menschen stärken und fördern, und andererseits solche, die den Menschen schwächen und krankmachen können. Zu diesen Faktoren zählen neben körperlichen z.B. auch geistige, soziale und Umweltfaktoren (WHO 2003).

Genetische Veranlagung, das Alter oder das Geschlecht lassen sich nicht beeinflussen, der Lebensstil jedoch schon. Es obliegt dem Einzelnen, ob er ungesunde Genussmittel konsumiert und wie oft er sich sportlich betätigt. Auf weitere Faktoren hingegen haben wir nur bedingt Einfluss, und Migration kann Faktoren wie Status, Beruf, Wohnbedingungen oder die

Gesundheitsversorgung etc. positiv, aber auch negativ beeinflussen.

## Migration als Prozess – Risiken und Chancen der Migration

Zwar macht Migration nicht automatisch krank, doch erhöht sie bei manchen Migrantengruppen das Morbiditätsrisiko bestimmter Erkrankungen. Einige Faktoren, die mit einem Migrationsprozess einhergehen, tragen dazu bei, dass die Chance auf eine angemessene Behandlung erschwert wird. Die Möglichkeit, entsprechende Gesundheitsangebote zur eigenen Heilung oder zur Gesunderhaltung in Anspruch nehmen zu können, ist wiederum abhängig von vielen Faktoren, die von Person zu Person stark variieren können. Hierzu gehören neben dem Bildungsniveau z.B. auch die Herkunftskultur, der Aufenthaltsstatus und das Geschlecht.

In manchen Fällen ist der Unterschied zwischen der Herkunftskultur und der Kultur in der Aufnahmegesellschaft so groß, dass eigene Gewohnheiten und Werte in Frage gestellt werden und Migrantinnen und Migranten in einen Kulturschock fallen. Dieser kann zu psychischen und physischen Symptomen wie Schlaflosigkeit, Depressionen, Ängsten, Kopfschmerzen,

Schwindel, Übelkeit u.v.m. führen (mehr dazu in Bennett 2003). Trotz seiner Heftigkeit wird der Kulturschock als „eine zeitlich begrenzte, normale Phase in einem Integrationsprozess“ (Erb 2011:286) gesehen. Für die ärztliche, therapeutische und beratende Arbeit kann es hilfreich sein, zu verstehen, welche Migrationsphasen mit diesem Integrationsprozess einhergehen und welchen Einfluss diese Phasen und dieser Prozess insgesamt auf Individuen haben.

Der gesamte Verlauf einer Migration kann in fünf Phasen (im Folgenden nach Sluzki 2010) eingeteilt werden. Bei deren Interpretation ist jedoch auch immer zu beachten, aus welchen Gründen eine Person beschließt, ihr Land zu verlassen:

**1. Vorbereitungsphase:** Hierzu zählt jegliche Auseinandersetzung mit einer Auswanderung (Gedanken dazu, Austausch mit anderen, Informationsbeschaffung, Formelles usw.). Die Dauer dieser Phase variiert zeitlich, da sie stark von den Auswanderungsgründen abhängt. So kann sie sehr lange andauern (z.B. Suche nach einem Arbeitsplatz im Ausland) oder sehr schnell verlaufen, nämlich dann, wenn Menschen vor Krieg und Gewalt fliehen müssen.

**2. Migrationsakt:** Diese Phase beschreibt den eigentlichen Ortswechsel. Sie kann sehr kurz und unkompliziert (z.B. Flug direkt an den Zielort) oder im Rahmen einer Flucht lang, schwierig und gefährlich sein. Ist dieser Prozess sehr lang und schwierig, führt dieser oft dazu, dass sich Personen, denen das Gleiche widerfahren ist, stark aneinanderbinden. Diese Bindungen können sich im Verlauf zu einem wichtigen Netzwerk entwickeln. Je nach Gründen für die Migration kann der Migrationsakt dazu führen, dass die Personen Stress erleben, was zu einem Sinken ihrer Anpassungsleistung führen kann.

**3. Phase der Überkompensierung:** In den ersten Wochen und Monaten nach ihrer Ankunft erleben die Migrierenden eine Phase großer Belastung, in welcher es zunächst gilt, sich zurechtzufinden und die Grundbedürfnisse zu stillen. Auch wenn es in dieser Phase zu einer direkten Konfrontation mit neuen Herausforderungen kommt, schaffen es die meisten Menschen und Familien, sich diesem Prozess zu stellen und „über Monate einen relativ gut funktionierenden Anpassungs- und Akkulturationsprozess zu etablieren“ (Sluzki 2010:114f.). Die Migrierenden sind zunächst meist optimistisch und euphorisch, auch wenn sie feststellen, dass Erwartungen und Realität vielleicht diffe-

rieren, und sehen diesen neuen Abschnitt als Chance. Durch die Euphorie und die positiven Gefühle kann aufkommendem Stress in dieser Phase konstruktiv begegnet werden. Sind Personen jedoch extrem vorbelastet oder mangelt es an gut ausgebildeten Coping-Strategien, kann es in dieser Phase zu Krisen, (familiärer) Desorientierung oder gar psychiatrischer Desorientierung kommen. Abhängig davon, wie eng eine Familie zusammensteht, kann Migration sie „zusammenschweißen“ oder dazu beitragen, dass sich Familienmitglieder weiter voneinander entfernen.

**4. Dekompensationsphase:** Nach der euphorischen dritten Phase folgt in manchen Fällen ein tiefer Fall, denn nun erfolgt die Phase, in welcher sich die Migrantinnen und Migranten mit der Realität auseinandersetzen müssen. Oft ist sie begleitet von starken Gefühlen der Ernüchterung. Daher kann es ganz besonders in dieser Phase vorkommen, dass Migrantinnen und Migranten Beratungsangebote wahrnehmen oder eine therapeutische Einrichtung aufsuchen. Diese oftmals mehrere Jahre andauernde Episode ist geprägt vom Empfinden der Entwurzelung und der Anpassung an die neue Realität. Zu dieser Anpassung kann es auch gehören, manifeste Gewohnheiten abzulegen, wenn diese mit Werten der Kultur des Aufnahmelandes kollidieren. Die Phase gilt gemeinhin als krisen- und konfliktbehaftet, besonders, wenn innerfamiliäre Problemlösungsansätze, die

in der Heimatgesellschaft gut funktioniert haben, im Aufnahmeland nicht umsetzbar sind. Familienintern müssen so neue Regelungen vereinbart werden, die phasenweise gut funktionieren und als sinnvoll betrachtet werden können, langfristig jedoch verheerende Folgen für einzelne Familienmitglieder haben können.

**Beispiel:** *So ist es häufig ein männliches Familienmitglied, das mit der Umwelt in Kontakt tritt und Aktivitäten außerhalb der Familie wahrnimmt (Behördengänge etc.), und ein weibliches Familienmitglied, das sich eher auf die Innenaktivitäten konzentriert. Das männliche Familienmitglied nimmt damit gegenwarts- und zukunftsorientierte Aktivitäten wahr, während das weibliche Familienmitglied gegenwarts- und vergangenheitsorientiert handelt. Dies kann anfänglich nützlich, in der Konsequenz jedoch zwiespältig sein. Während die eine Person beginnt, an Autonomie zu gewinnen und ein eigenes Netzwerk aufzubauen, verweilt die andere zumindest temporär in Isolation. Mit Blick in die Zukunft kann sich dieses Modell als nachteilig erweisen, denn die isoliert lebende Person hat deutlich geringere Chancen, mit der Aufnahmegesellschaft in Kontakt zu treten, die Sprache zu erlernen und die Kultur kennenzulernen. Aus diesem Ungleichgewicht können innerfamiliäre Krisen und Konflikte entstehen, in denen sich Personen dann z.B. bei gesundheitlichen oder Eheschwierigkeiten an Gesundheitseinrichtungen oder Beratungsstellen wenden. Erfolgt eine Manifestierung der Konflikte,*

kann dies sogar medizinische oder psychiatrische Symptome zur Folge haben.

### 5. Phase generationsübergreifender Anpassungsprozesse:

Durch die zwangsläufig mehr oder weniger intensive Berührung mit der Außenwelt kann es zu generationsübergreifenden Reibungen innerhalb der Familie kommen.

**Beispiel:** Die Folgegenerationen, die bereits im Aufnahmeland aufwachsen, nehmen deutlich mehr am Geschehen der Aufnahmegesellschaft teil als noch die erste Generation. Die Kinder treten durch Medien und Schule mit der Sprache und der Kultur in Kontakt, lernen so gesellschaftliche Werte und Normen kennen, während ihre Eltern oftmals weiterhin nach den Werten ihrer Ursprungsgesellschaft leben. Auf der Seite der 1. Generation kann dies zu Verunsicherung und Unverständnis führen, bei den nachfolgenden Generationen können Orientierungslosigkeit und Identitätskrisen die Folge sein. In den meisten Fällen gelingt die Anpassung durch die Integration mehrerer kultureller Identitäten jedoch sehr gut. Hierbei nehmen die Personen aus den jeweiligen Kulturen die für sie besten Elemente mit.

Es wird also deutlich, dass die verschiedenen Phasen der Migration unterschiedliche Risiken implizieren, die den Prozess der Akkulturation, also des Erlernens der neuen Kultur und des gleichzeitigen Beibehaltens eigener kultureller Werte, durchaus beeinträchtigen können. Ohne

eine gut verlaufende Akkulturation kann eine gute Integration langfristig nur schwer gelingen. Integration ist ein wechselseitiger Prozess. Das bedeutet, dass einerseits das Bemühen der Zuwanderinnen und Zuwanderer, sich in der Gesellschaft des Aufnahmelandes zurechtzufinden und die Werte und Normen anzunehmen, durchaus notwendig ist; auf der anderen Seite muss durch die Gesellschaft die Möglichkeit der Integration der Zuwanderinnen und Zuwanderer durch Offenheit und Verständnis gewährleistet sein. Berry (1997) hebt hervor, dass hierzu die adäquate Vorbereitung des Schul- und Gesundheitssystems und eine positive gegenseitige Haltung beider Gruppen von großer Wichtigkeit seien.



## Informationen zu Migration und Gesundheit

Viele Faktoren nehmen Einfluss auf die Gesundheit des Menschen. Einer davon ist der sogenannte sozioökonomische Status. Hierzu zählen z.B. der Bildungshintergrund, die Höhe des Einkommens, die Wohnsituation u.v.m. Ist der sozioökonomische Status eher niedrig, kann sich dies negativ auf den Gesundheitszustand auswirken (Lampert et al. 2013). Verglichen mit der Allgemeinbevölkerung, befinden sich einige Gruppen von Migrantinnen und Migranten in einer signifikant schlechteren sozialen Lage (s. S. 9 „Aktuelle Zahlen/Verteilung auf die Bundesländer“). Auch ist der Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund z.B. davon abhängig, in welcher Generation sie in Deutschland leben (Rommel et al. 2015). Dies und die Tatsache, dass die Gesundheit von Migrantinnen und Mig-

ranten „sowohl durch das Herkunftsland als auch das Zuwanderungsland geprägt“ (RKI 2015) werden, trägt dazu bei, dass der Gesundheitszustand der migrantischen Bevölkerungsgruppe mit dem der Allgemeinbevölkerung nicht in allen Bereichen übereinstimmt. Der Einfluss beider Gesellschaften auf die Gesundheit, aber auch die Heterogenität dieser Bevölkerungsgruppe tragen dazu bei, dass die gesundheitliche Lage von Personen mit Migrationshintergrund, wie die Beispiele zeigen, als nicht einheitlich zu betrachten sind (ebd.):

- Personen mit Migrationshintergrund sind seltener von bösartigen Neubildungen betroffen; nur von Krebserkrankungen, die auf vorangegangenen Infektionen basieren, z.B. Leber- oder Magenkarzinome, sind Personen mit Migrationshintergrund häufiger betroffen, von Lungenkrebs hingegen seltener.
- Aussiedlerinnen und Aussiedler leiden seltener an Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- Während die Datenlage zum Diabetes Typ 2 bei Migrantinnen und Migranten nur ausreicht, um Vermutungen anzustreben, hat sich herausgestellt, dass türkische Frauen häufiger einen Schwangerschaftsdiabetes entwickeln.

Auch wenn die Datenlage zu seelischen Erkrankungen und Migrationshintergrund nur unzureichend für generelle Aussagen ist und viele äußere Umstände wie





z.B. die soziale Lage die seelische Gesundheit mit beeinflussen, so drängt sich doch der Eindruck auf, als wären Migrantinnen und Migranten von psychosomatischen Erkrankungen und Depressionen stärker betroffen als Personen ohne Migrationshintergrund (RKI 2015). Ganz besonders zeigt sich die Prävalenz einiger psychischer Erkrankungen bei Flüchtlingen: In Deutschland durchgeführte Studien belegen, dass von den erwachsenen Flüchtlingen 40–50% an einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leiden, und mehr als 50% von ihnen depressiv sind (anzumerken bleibt, dass beide Erkrankungen oftmals zusammen auftreten). Vergleicht man die Zahlen der Studie mit der der Allgemeinbevölkerung, lässt sich feststellen, dass Flüchtlinge rund 20 Mal häufiger an einer PTBS und sechs Mal häufiger an Depressionen leiden (Bundespsychotherapeutenkammer 2015).

Generell lassen sich geschlechtsspezifische Unterschiede aufzeigen: Besonders Frauen der 1. Migrantengeneration sind oftmals in einer gesundheitlich schlechteren Verfassung. Sie sind weniger körperlich aktiv, nehmen präventive Gesundheitsleistungen nicht so oft in Anspruch und sind über Krebsfrüherkennungsprogramme weniger gut informiert als Frauen ohne Migrationshintergrund (Rommel et al. 2015). Eine in Berlin durchgeführte Studie hat darüber hinaus ergeben, dass besonders Frauen mit Migrationshintergrund, die sich nur für kurze Zeit

in Deutschland aufhalten, deren Deutschkenntnisse gering sind und deren Aufenthaltsstatus unsicher ist, Untersuchungen der Schwangerenvorsorge vergleichsweise spät und seltener in Anspruch nehmen. Auch werden nicht-ärztliche Angebote im Rahmen der Schwangerenversorgung von Migrantinnen allgemein seltener genutzt (Brenne et al. 2015).

# Geburt und Wochenbett in anderen Kulturen und Religionen

Gerade die zuletzt angesprochenen Punkte des voranstehenden Kapitels sind für diesen Leitfaden von großer Bedeutung. Die Gründe für eine geringere Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorgeprogrammen sind vielfältig: Die Sprachbarriere, Unwissenheit und ein anderer Umgang mit Schwangerschaft und Geburt in anderen Kulturen könnten hierbei eine signifikante Rolle spielen. Im außereuropäischen Ausland, aber auch schon innerhalb Europas gibt es besonders im Umgang mit der Geburt große Unterschiede. Finden Geburten in den meisten Ländern sehr arztzentriert statt, gibt es wiederum andere Staaten wie z.B. einige skandinavische Länder oder die Niederlande, in denen die Hebammen eine übergeordnete Rolle spielen (Schücking 1995). Auch das soziale Netzwerk der Frauen spielt eine nicht zu vernachlässigende Rolle. So stellen je nach Beziehungslage Familie, Freundinnen und Freunde, Nachbarinnen und Nachbarn, aber auch die Hebammen, Personen aus Religionsgemeinschaften oder Sprachkursen ein wichtiges Unterstützungsnetz dar. Diese Menschen, in Deutschland oder im Heimatland (oder selbst in ein anderes Land migriert), stehen oftmals für eine emotionale Unterstützung der Frauen und geben diesen für die neue Lebensphase Tipps, die in ihren Kulturen üblich

sind (Stülb 2011). Daher ist es wichtig zu verstehen, wie mit diesen sehr intimen Themen in anderen Kulturen bzw. Religionen umgegangen wird und wie der Umgang damit in Deutschland z.T. davon abweicht.

Die Unterschiede in den verschiedenen Glaubensrichtungen sind vielfältig. So ist es bei den Aleviten, einer türkischen, islamisch geprägten Glaubensgemeinschaft üblich, dass die Mütter während bzw. nach der Geburt durch Nachtwachen und Gesänge unterstützt werden. Manche Menschen muslimischen Glaubens flüstern ihrem Neugeborenen einen Gebetsruf zunächst ins rechte und dann ins linke Ohr. Dies wird von der Mutter, dem Vater oder einer anderen nahestehenden Person übernommen. In der kurdischen Gemeinschaft besteht dieses Ritual auch, doch wird es dort vom Vater oder einem der Familie nahestehenden Menschen durchgeführt (Wagemann 2016). Frauen, die aus Dörfern Anatoliens stammen, sind es gewohnt, ihre Kinder zu Hause zur Welt zu bringen, unterstützt z.B. durch die Schwiegermutter oder eine Nachbarin. Unter der Geburt bewegen sich die Frauen viel, und die Entbindung findet in der Hocke statt. Für sie ist eine Entbindung liegend auf einem Kreißbett ungewohnt und unüblich

(Kayankaya 1995). Auch in Myanmar werden die Gebärenden von Frauen aus dem Dorf unterstützt, die dann um sie herumsitzen. Zwar sind Hebammen dort bekannt und genießen auch ein hohes Ansehen, doch sind deren Kosten für viele Familien zum einen zu hoch und zum anderen ist die Anzahl der Hebammen in Myanmar gering (eine Hebamme auf 4.000 Einwohner) (Weiss 2017). Einige afrikanische Glaubensrichtungen lassen zur Geburt keine Männer zu (Wagemann 2016), und auch für türkische Frauen war die Begleitung des Mannes bei der Geburt in der Vergangenheit eher unüblich (Kayankaya 1995). Es ist jedoch eine Angleichung zu verzeichnen, das heißt, dass Frauen afrikanischer Religionen, die mittlerweile in Deutschland leben, für ihre Geburt z.B. männliche Gynäkologen und Geburtshelfer akzeptieren. Diese Frauen legen sehr großen Wert darauf, die Plazenta selbst zu gebären, und möchten nicht, dass diese ohne Indikation „geholt“ wird (Wagemann 2016). Auch für die Zeit des Wochenbetts gibt es kulturelle bzw. religiöse Unterschiede. So werden muslimische Wöchnerinnen in den ersten 40 Tagen nach der Niederkunft besonders verwöhnt, da sie als gesundheitlich gefährdet gelten und besonders geschützt werden müssen. Auch fasten

sie in dieser sensiblen Phase nicht und nehmen an keinen rituellen Gebeten teil. Am 40. Tag wird die sogenannte „unreine“ Zeit durch die Ganzwaschung beendet (ebd.).



# Interkulturelle Kompetenz und interkulturelle Kommunikation

Ein wichtiger Aspekt im interkulturellen Miteinander ist der Umgang mit Sorgen und Erkrankungen; dieser unterscheidet sich in manchen Kulturen deutlich von dem in unserer Gesellschaft. Gerät dies in Vergessenheit, kann es zu Missverständnissen und Unsicherheiten auf beiden Seiten führen, was gerade im gesundheitlichen Bereich folgenreich sein kann. Um den Umgang mit Personen aus anderen Kulturen zu erleichtern, ist es wichtig, neben einer ausgeprägten Sozialkompetenz darüber hinaus auch interkulturell kompetent zu sein. Als Ärztin oder Arzt, als Hebamme, als pflegendes oder beratendes Personal kann Ihnen der Erwerb interkultureller Kompetenz dabei helfen, Missverständnisse und Unsicherheiten auf beiden Seiten zu minimieren, denn diese „gestärkte Kompetenz wirkt Überforderungsgefühlen entgegen und erleichtert den Arbeitsalltag“ (Zemp 2017:31). In Anlehnung an Hegemann und Oesterreich (2009) benennen Kaviani und Hegemann (2011) die folgenden Fähigkeiten als Anforderung für interkulturelle Kompetenz:

- sich mit kulturellem Hintergrund anderer auseinandersetzen zu können
- über Bewusstsein der eigenen kulturellen Prägung und des eigenen Handelns zu verfügen

- sich der Bedeutung von Werten bewusst zu sein
- sich von Stereotypen abgrenzen zu können
- akzeptable verbale und nonverbale Ausdrucksformen zu finden
- Finden von Lösungsansätzen gemeinsam mit Personen unterschiedlicher kultureller Prägung
- gemeinsam mit Dolmetschern arbeiten zu können.

All die genannten Fähigkeiten kann man sich mit der Zeit aneignen. Treichel (2011) bezeichnet interkulturelle Kompetenz weniger als Zustand oder als Ergebnis, sondern als interaktiven Prozess, also als einen Prozess, der durch die Interaktion mit anderen vorangetrieben wird. Um interkulturell kompetent handeln zu können, ist sensible interkulturelle Kommunikation notwendig.

## Interkulturelle Kommunikation

Das Ziel von Kommunikation ist Verständigung. Diese kann nur dann gelingen, wenn der Empfänger die Mitteilung so versteht, wie der Sender sie gemeint hat. Als Grundlage dafür ist eine gemeinsame Sprache notwendig. Doch sogar dann, wenn jemand Deutsch als Fremdsprache gelernt hat, können Missverständnisse entstehen. Die auf S. 22 abgebildete Tabelle stellt einige Missverständnisse anhand von Beispielen dar.

Wie die Tabelle zeigt, können Missverständnisse 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)?

Es kommt nicht nur darauf an, was oder wie etwas gesagt wird, sondern auch darauf, wie sich in einem Gespräch verhalten wird. In arabischen Kulturen gilt Reden als eine Kunst. Daher wird dort teilweise viel gesprochen, so dass die Rede von Wie-

derholungen, Zitaten und Redewendungen geprägt ist. Auch in afrikanischen Kulturen wird eher 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 beispielsweise in Finnland eine Kommunikationsart, die Gemeinsamkeit und Gemeinschaft ausdrückt. Im Gegensatz dazu schätzen unter anderem Italiener die Gesprächigkeit als Zeichen der Kameradschaft, und das Schweigen der Gesprächspartnerin oder des Gesprächspartners kann als Verärgерung interpretiert werden. In asiatischen Kulturen hingegen spielt die nonverbale Kommunikation eine sehr wichtige Rolle (Ethno-Medizinisches Zentrum 2016).

Situation	Beispiel
Manchmal gibt es für ein bestimmtes Wort keine Übersetzung in der anderen Sprache. Daher kann ein Wort nicht wörtlich übersetzt, sondern muss umschrieben werden.	Zum Beispiel lässt sich das deutsche Wort „Palliativ- und Hospizversorgung“ nicht wörtlich ins Arabische übersetzen. Im Arabischen würde man es als „medizinische und nichtmedizinische Betreuung bzw. Versorgung, darunter Linderung von Schmerzen bzw. Beschwerden mit oder ohne Heilmittel (meistens bei unheilbaren Krankheiten und im Hospiz sterbenden Menschen unabhängig der Krankheitsdauer)“ umschreiben.
Ein und dasselbe Wort kann auch in der gleichen Sprache mehrere Bedeutungen haben, aber auch in Abhängigkeit vom kulturellen und sozialen Kontext.	Zum Beispiel steht das englische Wort „get“ je nach Kontext und Beiwörtern für viele verschiedene Bedeutungen: bekommen, have got to = müssen.
Bei der Übersetzung kann schon mal ein falsches Wort ausgewählt werden.	Zum Beispiel 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.
Idiomatische Redewendungen lassen sich sehr schwer übersetzen, da sie ihren Sinn aus einem bestimmten historischen und kulturellen Kontext beziehen.	Zum Beispiel die Redewendung „die Kirche im Dorf lassen“ lässt sich schwer in muslimischen, jüdischen und buddhistischen Kulturen übersetzen.
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.	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.
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.	Ein „Nein“ wird abgeschwächt umschrieben oder sogar mit „Ja“ ausgedrückt, um seine/n Gesprächspartner/in nicht zu verletzen. Dies muss aber nicht immer Zustimmung zeigen.

Tab. 2: Mögliche Situationen von Missverständnissen und Beispiele  
Quelle: Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. (2016)

## Was ist nonverbale Kommunikation?

Es gibt Gesten, die je nach Kultur unterschiedlich interpretiert werden. Dies kann Missverständnisse zwischen den Kommunizierenden verursachen. Ein gutes Beispiel stellt das folgende dar: Das Kreiszeichen (Kreis aus Zeigefinger und Daumen) steht in Deutschland und den USA für „okay“, in Frankreich hingegen für Null, in Japan für Geld, in Lateinamerika für Homosexualität, in den Ländern des Mittelmeerraumes, Saudi-Arabien, Libanon und Syrien wird es sogar als Beleidigung verstanden (Broszinsky-Schwabe 2011). Gilt es in vielen Kulturen als Respekt erweisend, sich zur Begrüßung des Gastes zu erheben, drücken die Polynesier ihren Respekt damit aus, dass sie sich hinsetzen. In Japan verbeugt man sich zur Begrüßung. Die Tiefe der Verbeugung stellt hierbei den sozialen Status dar (ebd.).

Darüber hinaus wird es in arabischen Ländern als beleidigend aufgefasst, wenn man im Gespräch die Beine ausstreckt und dem Gegenüber somit die Fußsohlen zeigt.

## Tabuthemen

Nicht zu vernachlässigen ist der Umgang mit Tabus bzw. Tabuthemen. Nach Schröder (1997) umfassen Tabus „das, was nicht öffentlich wird und ausgegrenzt bleibt

bzw. das, was ins Private verbannt und geheimgehalten wird“ (Schröder 1997: ohne Seitenzahl); „Themen und auch Nicht-Themen sind kulturspezifisch“, so Schröder (2011:125). So sind in arabischen Ländern Gespräche über Alkohol oder Sex im öffentlichen Rahmen unüblich, da sie ins Private gehören. Über die eigene politische Meinung wird in England nicht gesprochen, und während es in lateinamerikanischen Ländern als höflich gilt, nach der Familie zu fragen, fragt man in Asien den Gesprächspartner nicht nach seiner Frau. 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). Zwar werden Tabus, wenn sie gebrochen werden, durch verbale Kommunikation gebrochen, doch auch auf nonverbale Weise ist Tabubruch durchaus möglich. Da die The-



menbereiche, die als Tabuthema gewertet werden, kulturell sehr divers sind, erfährt man als Nicht-Wissender meist erst dann davon, wenn man bereits ins Fettnäpfchen getreten ist (Schröder 2011).

### Was ist notwendig für eine gute interkulturelle Kommunikation?

Zunächst einmal ist das Interesse an der Kommunikationspartnerin bzw. am Kommunikationspartner von hoher Bedeutung (Stupka 2011). Um Unsicherheiten und Ängste anderen Kulturen gegenüber zu verringern und letztlich ablegen zu können, ist es hilfreich, Wissen über andere Kulturen anzusammeln. Welche Sprachen werden dort gesprochen? Wenn die Klientin aus einem Land stammt, in dem zusätzlich regional zu unterscheidende kulturelle Gepflogenheiten existieren, sind auch diese soweit möglich zu berücksichtigen. Da es jedoch in Anbetracht der kulturellen Vielfalt unmöglich ist, sich das komplette Wissen zu allen Kulturen anzueignen, geht es in erster Linie um die Aneignung von Kernkompetenzen wie Perspektivenübernahme, Empathie, Wertschätzung und Verständnis für andere Werte und Lebensweisen, um fremden Kulturen, Religionen, Rollenvorstellungen etc. mit Offenheit zu begegnen und Gebote, Tabus und Verhaltensregeln berücksichtigen zu können. Ebenso notwendig ist es, sich seiner eigenen kulturellen Prägung bewusst zu wer-

den und diese, wie auch die der Klientin bzw. Patientin, als gleichermaßen wertvoll zu betrachten. Dazu ist es wichtig, Vorurteile abzulegen und Menschen anderer Kulturen unvoreingenommen und mit einer gewissen Neugier zu begegnen. Eine positive innere Haltung und Einstellung gegenüber anderen Kulturen sowie gegenüber der interkulturellen Interaktion, Neugier, Flexibilität, die Reflexion der eigenen kulturellen Verhaftung sowie gegenseitiges Lernen sind hierbei hilfreich (Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. 2016). Wie schon erwähnt, spielt auch die nonverbale Kommunikation eine bedeutende Rolle. Hierbei gilt es, seine eigenen nonverbalen Handlungen zu reflektieren, aber auch die Fähigkeit aufzubauen, die nonverbalen Botschaften des Gegenübers zu erkennen und zu entschlüsseln (Broszinsky-Schwabe 2011).

Die Fähigkeiten der interkulturellen Kompetenz und der interkulturellen Kommunikation können zwar in Fortbildungen erworben und geübt werden, entwickeln sich aber vor allem in den interkulturellen Begegnungen selbst. Ein offener Umgang miteinander kann helfen, andere Kulturen zu verstehen und sie als Bereicherung zu erkennen.



Zur Etablierung eigener Handlungsstrategien, um gut mit Menschen aus anderen Kulturen kommunizieren zu lernen, gehören nach Broszinsky-Schwabe (ebd.) das

- Erkennen und Verstehen der eigenen Kultur und Identität,
- Hinterfragen, was in der anderen Kultur von der eigenen abweicht,
- Überlegen, ob beide Kulturen eventuell Gemeinsamkeiten oder auch Unterschiede aufweisen,
- Herausfinden, wie sehr man sich selbst auf die andere Kultur einlassen kann, ohne zu riskieren, die eigene Identität aufzugeben.

### Interkulturelle Aspekte im Umgang mit (werdenden) Müttern mit Migrationshintergrund

„Was brauchen schwangere Migrantinnen?“, fragten Wesselmann und Singer (2013) in ihrer Studie über die Bedürfnisse Schwangerer mit Migrationshintergrund. Zwar handelte sich es bei ihren Forschungen um Frauen, die an einer Hyperemesis Gravidarum (unkontrollierbarem Erbrechen und extremer Übelkeit) leiden, nichtsdestotrotz sind ihre Ergebnisse adaptierbar auf die Betreuung Schwangerer mit Migrationshintergrund im Allgemeinen. Wesselmann und Singer führten ihre Studie am Städtischen Klinikum München durch und befragten Patientinnen

dieser Zielgruppe nach ihrer derzeitigen Lebenssituation und ihren Gefühlen zu der bestehenden Schwangerschaft. Hierbei nahmen sie soziokulturelle, psychosoziale und sozioökonomische Aspekte in den Fokus. Ein deutliches Ergebnis ist, dass diese Patientinnengruppe ganz besonders mit psychosozialen Problemen zu kämpfen hat. Diese waren ausgelöst durch vorherige Geburtstraumata, Abgänge oder Totgeburten in der Vergangenheit, Angst vor der Geburt, Isolation und Heimweh, aber auch partnerschaftliche Probleme. Untermauert werden all diese Probleme noch durch mangelndes Wissen über den Ablauf von Schwangerschaften und die Bedeutung der Vorsorgeuntersuchungen. Dieses mangelnde Wissen besteht besonders aufgrund von Sprachdefiziten. Letztere haben Wesselmann und Singer (2013) als größtes Problem identifizieren können, da die schlechten oder kaum vorhandenen Sprachkenntnisse in diversen Lebensbereichen der Patientinnen zum Tragen kommen. So empfehlen sie, dass den Frauen Beraterinnen des kommunalen Gesundheitssektors zur Seite stehen und diese „Zuwendung geben, Wissen vermitteln und die Schwangeren behutsam“ (Wesselmann und Singer 2013:31) mit der regionalen Gesundheitsversorgung in Kontakt bringen sollten. Solch ein Vorgehen könnte die Isolation nach und nach aufheben und die Integration in die Aufnahmegeellschaft vorantreiben. Die Wissensvermittlung ist manchmal ohne sprachliche

Unterstützung nicht möglich oder nur schwierig umzusetzen, daher kann das Hinzuziehen von Dolmetscherinnen oder Dolmetschern eine gute Lösung sein.

## Einsatz von Dolmetschern

Ist eine Verständigung aufgrund von Sprachbarrieren nicht oder nur unzureichend möglich oder können/sollen Familienangehörige oder nahestehende Bekannte nicht übersetzen, ist es möglich, eine Dolmetscherin/einen Dolmetscher hinzuzuziehen, um Kommunikationsproblemen entgegenzuwirken. Manche Kliniken verfügen mittlerweile über einen eigenen Pool an multilinguaalem medizinischem Personal; andere Kliniken können auf externe Dolmetscherinnen und Dolmetscher zurückgreifen. Auch das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. bietet die Vermittlung von Dolmetscherin-

nen und Dolmetschern über den haus-eigenen Dolmetscherservice an. Es gibt allerdings keine einheitliche gesetzliche Regelung zur Kostenübernahme. In einigen Fällen übernehmen Kommunen oder Kliniken die Kosten, in den meisten Fällen ist die Übernahme jedoch unklar. Grundsätzlich gilt, dass derjenige die Kosten tragen muss, der die Dolmetscherin/den Dolmetscher anfordert. Daher empfiehlt es sich, mit den Patientinnen und Klientinnen zunächst zu vereinbaren, dass diese die Kosten selbst tragen (Thieme Pressemitteilung 2013).

Stupka (2011) hat im Jahr 2009 eine Studie zur interkulturellen Kommunikation im Gebärsaal an deutschsprachigen Schweizer Geburtskliniken durchgeführt und zu diesem Thema 26 Hebammen befragen können. Eine ihrer Kernaussagen lautet: „die Kommunikation hat für alle Frauen mit nicht deutscher Muttersprache wie auch für die Hebammen einen hohen Stellenwert und gilt als wichtiger Einflussfaktor auf ihr Wohlbefinden“ (Stupka 2011:101). Diese Aussage lässt sich auch auf weitere Gesundheitsbereiche unabhängig vom Geschlechterkontext adaptieren. Der Einfluss des (subjektiven) Wohlbefindens auf die Gesundheit wurde bereits im Kapitel „Migration und Gesundheit“ angerissen. Von besonderer Relevanz ist in diesem Zusammenhang, dass das beiderseitige Wohlbefinden die Kommunikation zwischen beiden Gesprächspartnerinnen, und damit auch die Arbeit der Hebam-



men, erleichtern kann. Stupka betont die Bedeutung der soziokulturellen Herkunft, die vom medizinischen Personal nicht vernachlässigt werden darf. Wird nicht kultursensibel gehandelt und wird auf die interkulturellen Unterschiede keine Rücksicht genommen, können die durch die Hebammen unter der Geburt vorgenommenen „Interaktionen [...] seitens der Frauen mit nicht deutscher Muttersprache [...] mit Gefühlen der Angst und Unsicherheit assoziiert“ (Stupka 2011:103) sein. Um dem entgegenzuwirken, empfiehlt Stupka die Einführung von Ritualen, um angstbehaftete Situationen zu entspannen. Auch ist es sinnvoll, die Patientinnen nach ihren eigenen Riten, Gewohnheiten oder Wünschen zu fragen. Auf diese Weise werden nicht nur beidseitige Ängste und Unsicherheiten abgebaut, sondern es wird ein Dialog eröffnet, ein eventuell empfundenes Machtgefälle abgebaut und Augenhöhe geschaffen (Zemp 2017). Nicht zu vernachlässigen ist hierbei, dass so auch unbekanntere Verhaltensweisen erklärt und eventuell notwendige Lösungsansätze geschaffen werden können.

Zemp hebt weiter hervor, dass eine gute Betreuung vor allem mit einem guten Beziehungsaufbau verbunden ist. Besonders gefragt ist hierfür soziale Kompetenz und das Verständnis dafür, es mit Individuen zu tun zu haben, die, auch wenn sie vielleicht den gleichen kulturellen Hintergrund aufweisen, noch immer unter-

schiedliche Werte, Ideale und Bedürfnisse haben (vgl. auch Bruchhausen 2017).

## **MiMi – Interkulturelle Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren**

Wesselmann und Singer (2013) verdeutlichen in ihrer Studie, dass mangelndes Gesundheitswissen wie auch mangelndes Wissen über die Abläufe im deutschen Gesundheitssystem Einfluss auf das Wohlbefinden bzw. auf den Gesundheitszustand der untersuchten schwangeren Migrantinnen hatten. Mittlerweile gibt es jedoch gute „Ansätze einer migrantenspezifischen Prävention“ (RKI 2015:182).

Das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. ist seit 2003 Projektträger des MiMi-Projekts (Mit Migrantinnen für Migrantinnen) und unterstützt hiermit die gesundheitliche Teilhabe von Migrantinnen und Migranten. So werden engagierte und gut integrierte Menschen mit Migrationshintergrund zu interkulturellen Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren ausgebildet, die dann in Informationsveranstaltungen Gesundheitsinformationen in ihrer Muttersprache an ihre Landsleute weitergeben. Diese Gesundheitsthemen umfassen z.B. das deutsche Gesundheitssystem, Familienplanung und Schwangerschaft, Stillen, Diabetes, Kindergesundheit und Unfallprävention.

Ziel des MiMi-Projekts ist eine kultursensible Vermittlung gesundheitlicher Themen und damit der Abbau von Zugangsbarrieren und die Schaffung von Chancengleichheit. Im Rahmen der MiMi-Initiative für Müttergesundheit in Deutschland wurden darüber hinaus interkulturelle Gesundheitsmediatorinnen zu sogenannten MiMi-Coaches geschult. Sie leiten Gesundheitsgruppen für Schwangere und junge Mütter mit Migrationshintergrund. Hierbei bieten sie Veranstaltungsreihen zu Themen, die Schwangere, junge Mütter und deren kleine Kinder betreffen, an und organisieren zur Vernetzung Besuche bei regionalen Gesundheitseinrichtungen speziell für die entsprechende Zielgruppe.

Zur gesundheitlichen Aufklärung von Migrantinnen und Migranten erstellt das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. des Weiteren Informationsbroschüren und -flyer in zahlreichen Sprachen. Damit leistet das EMZ einen wichtigen Beitrag für die „gesunde Integration, Teilhabe und Chancengleichheit“ (Ethno-Medizinisches Zentrum 2016), denn wer gesund ist und das nötige Wissen an die Hand bekommt, hat gute Chancen, an der Aufnahmegesellschaft gleichberechtigt partizipieren zu können. MiMi wurde 2010 im Rahmen der WHO-Fallstudie als Best-Practice-Model in der Gesundheitsförderung und Integration von schwer erreichbaren Gruppen gewürdigt (Salman und Weyers

2010) und darüber hinaus 2015 mit dem European Health Award ausgezeichnet.

Weitere Informationen zu den MiMi-Mediatorinnen und -Mediatoren, über die Coaches, die zahlreichen Wegweiser und den Dolmetscherservice können über das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. bezogen werden.

# Adressen

## Bundesministerien

### **Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)**

Glinkastraße 24  
10117 Berlin  
Tel.: 03018 555-0  
Fax: 03018 555-4400  
E-Mail: [poststelle@bmfsfj.bund.de](mailto:poststelle@bmfsfj.bund.de)  
Internet: [www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de)

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) beschäftigt sich mit folgenden Kernthemen: Familie, ältere Menschen, Gleichstellung, Kinder und Jugend, Engagementpolitik sowie Zivildienst. Im Internetportal und auf der Internetseite des Ministeriums finden Sie zahlreiche Informationen (u.a. in Türkisch und Russisch) rund um die Familie, Elternschaft und Erziehung. Eine Initiative des BMFSFJ ist die „Bundesstiftung Mutter und Kind“, die schwangere Frauen in Notlagen unterstützt: [www.bundesstiftung-mutter-und-kind.de](http://www.bundesstiftung-mutter-und-kind.de). Informationen über die Bundesstiftung und Informationsbroschüren sind über die Internetseite in diversen Sprachen erhältlich.

### **Bundesministerium für Gesundheit (BMG)**

Erster Dienstsitz:  
Rochusstraße 1  
53123 Bonn

Zweiter Dienstsitz:  
Friedrichstraße 108  
10117 Berlin  
Tel.: 030 18441-0  
Fax: 030 18441-490  
E-Mail: [poststelle@bmg.bund.de](mailto:poststelle@bmg.bund.de)  
Internet: [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ist die oberste deutsche Behörde im Gesundheitswesen und hat das allgemeine Ziel, das Gesundheitsniveau der Bevölkerung zu verbessern. Die Internetseite des BMG informiert auch zum Thema Schwangerschaft sowie der diesbezüglichen Vor- und Nachsorge. Auch informiert das BMG regelmäßig zur Migration und Gesundheit.

## Bundesweite Gesundheitsorganisationen, -verbände und -institute

### **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**

Maarweg 149–161  
50825 Köln  
Tel.: 0221 8992-0  
Fax: 0221 8992-300  
E-Mail: [poststelle@bzga.de](mailto:poststelle@bzga.de)  
(für Anfragen, Mitteilungen)  
E-Mail: [order@bzga.de](mailto:order@bzga.de)  
(für Bestellungen von Medien und Materialien)

Die Bundeszentrale für politische Aufklärung (BZgA) ist eine Bundesbehörde, die zum Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gehört und für gesundheitliche Aufklärung und Prävention in Deutschland zuständig ist. Neben ausführlichen Informationen und Materialien (verfügbar in vielen Sprachen) zu gesundheitlichen Themen, bietet die BZgA auch Informationen rund um Migration und Gesundheit:

Unter [www.frauengesundheitsportal.de](http://www.frauengesundheitsportal.de) werden nicht nur Themen rund um Frauengesundheit behandelt, es gibt auch eine Kategorie, die sich mit der Gesundheit von Migrantinnen befasst.

Speziell für Migrantinnen/Migranten und Multiplikatorinnen/Multiplikatoren bietet die BZgA das Webportal [www.zanzu.de](http://www.zanzu.de) an. Hier sind Informationen zur sexuellen Gesundheit, Familienplanung, Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch uvm. in 13 Sprachen zu finden.

### **Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (AGEM)**

[www.agem-ethnomedizin.de](http://www.agem-ethnomedizin.de)  
[info@agem-ethnomedizin.de](mailto:info@agem-ethnomedizin.de)

Die Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (AGEM) ist eine interdisziplinäre Vereinigung von Wissenschaftlern. Ihr besonderes Anliegen ist die Beschäftigung mit Vorstellungen und Praktiken aus dem Bereich der Medizin verschiedener Bevölkerungsgruppen. Der Bogen des Interesses spannt sich dabei von schriftlosen Ethnien und den sogenannten komplexen Kulturen bis hin zu europäischen Volksgruppen und aktuellen heutigen Bevölkerungsentwicklungen (Migration). Vierteljährlich gibt die AGEM die Zeitschrift *Curare* heraus, außerdem organisiert sie jährlich eine themenbezogene Konferenz. Auf der Homepage der AGEM können sich Interessierte unter „Links“ näher zu den Themen „Schwangerschaft“, „Geburt“ und „Frauengesundheit“ im internationalen Kontext informieren.

## **AMIKO – Institut für Migration, Kultur und Gesundheit**

Roseggerstraße 9  
79102 Freiburg  
Kontakt: Yvonne Adam,  
amiko@amiko-institut.de  
www.amiko-institut.de

AMIKO, das Institut für Migration, Kultur und Gesundheit, sieht seine Aufgabe in der Vermittlung zwischen Menschen unterschiedlicher kultureller und religiöser Orientierungen. Im Fokus der Arbeit steht die Lebenssituation von Zugewanderten in Deutschland. Ein Schwerpunkt liegt u.a. auf dem Bereich Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Erziehung im interkulturellen Vergleich und im Kontext der Migration. AMIKO bietet Seminare, Workshops und Vorträge an, in denen kulturell relevante Kenntnisse und Kompetenzen vermittelt und gemeinsam mit den Teilnehmenden neue Gestaltungsspielräume entwickelt werden.

## **Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. (EMZ)**

Königstraße 6  
30175 Hannover  
Tel.: 0511 168 410-20  
Fax: 0511 457215  
E-Mail: info@ethnomed.com  
Internet: www.ethnomed.com

Das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. (EMZ) versteht sich als Kompetenzzentrum im Bereich der Integration und Gesundheitsförderung von Migranten. Anhand verschiedener kultur- und sprachspezifischer Konzepte leistet es einen wichtigen Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung und zur Integration von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte. Das EMZ ist der Träger des internationalen Gesundheitsprojekts „Mit Migranten für Migranten (MiMi)“. Auf der Internetseite des EMZ unter „Publikationen“ finden Sie zahlreiche mehrsprachige Informationsbroschüren zu verschiedenen Gesundheitsthemen (Müttergesundheit, Diabetes, Schutzimpfungen, u.v.m.).

## **Zweigstellen:**

MiMi-Projektzentrale Berlin  
Großbeerenstraße 88  
10963 Berlin-Kreuzberg  
Tel.: 030 55071800  
E-Mail: mimi@berlin.eu

MiMi-Hub Delta  
Projektzentrum MiMi-Delta  
Neckarpromenade 7c  
68167 Mannheim  
Tel.: 0621 17894030  
Fax: 0621 2999081  
info@mimi-delta.org

MiMi-Hub für Integration Bayern  
Zinettiplatz 1  
80337 München  
Tel.: 089 52035959  
E-Mail: ish-bayern@ethnomed.com

**Nationale Stillkommission  
am Bundesinstitut für  
Risikobewertung**

Thielallee 88 – 92  
14195 Berlin  
Fax: 030 8412-3715  
E-Mail: [stillkommission@bwi.bund.de](mailto:stillkommission@bwi.bund.de)  
Internet:  
[www.bfr.bund.de/de/nationale\\_  
stillkommission-2404.html](http://www.bfr.bund.de/de/nationale_stillkommission-2404.html)

Die Nationale Stillkommission hat zum Hauptziel das Stillen in Deutschland zu fördern. Sie berät u.a. die Regierung, spricht Empfehlungen aus und wirkt unterstützend dabei, Barrieren, die das Stillen verhindern, längerfristig zu beseitigen. Die Nationale Stillkommission ist im Bundesinstitut für Risikobewertung angesiedelt.

## Auswahl an Gemeindedolmetscher-Einrichtungen

**Gemeindedolmetscherdienst  
Hannover  
Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.**

Königstraße 6  
(ab April 2017 Königstraße 7)  
30175 Hannover  
Tel.: 0511 447653  
Fax: 0511 457215  
E-Mail: [dolmetscher@ethnomed.com](mailto:dolmetscher@ethnomed.com)  
Internet: [www.ethnomed.com](http://www.ethnomed.com)

Medizinische Einrichtungen, Fachdienste und Beratungsstellen aus dem Sozial- und Gesundheitssektor haben sich in den letzten Jahren zunehmend der Klienten- und Patientengruppen und deren Angehörigen mit Migrationshintergrund geöffnet. Zur Angemessenen Inanspruchnahme des Service solcher Einrichtungen für Migrantinnen und Migranten, werden Dolmetscher und Dolmetscherinnen benötigt, die kultursensibel begleiten und die sprachliche Verständigung unterstützen. Wichtig kann es hierbei sein, dass die Dolmetscherinnen und Dolmetscher nicht bloß über das kulturelle und sprachliche Know-How verfügen, sondern auch medizinische Vorkenntnisse haben und in der Lage sind, in Übersetzungssituationen professionelle Distanz zu wahren.

Das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. bildet regelmäßig Gemeindedolmetscher in speziellen Schulungen aus, damit diese in Übersetzungssituationen neutral, sachlich und korrekt übersetzen.



**Bayrisches Zentrum für  
transkulturelle Medizin (BayZent)  
Gemeindedolmetscher-Service  
für München**

Landshuter Allee 21  
80637 München  
Tel.: 089 18937876-0  
Fax: 089 18937876-9  
E-Mail: [info@bayzent.de](mailto:info@bayzent.de)  
Internet:  
<http://www.bayzent.de/dolmetscher-service/informationen/>

Grundlage für die Effektivität von Serviceleistungen gesundheitlicher und sozialer Dienste für Migrantinnen und Migranten ist die sprachliche Verständigung. Dolmetscherinnen und Dolmetscher mit kulturellen Kenntnissen bieten dafür besonders gute Voraussetzungen. Von Notfällen abgesehen, sollte nicht auf Familienmitglieder, Nachbarn oder Arbeitskollegen zurückgegriffen werden. Beide Sprachen gut zu sprechen heißt noch nicht, dolmetschen zu können. Die persönliche Beziehung kann es eher erschweren, offen über schwierige Themen zu sprechen und das Gesagte genau wiederzugeben.

Das Bayerische Zentrum für transkulturelle Medizin hat dazu in Kooperation mit dem Ethno-Medizinischen Zentrum Hannover Migrantinnen und Migranten, die ihre Muttersprache in ihrem eigenen kulturellen Umfeld erlernt haben, weitergebildet. Für München steht damit ein Service nach dem Modell des Community-Dolmetschens zur Verfügung.

# Literatur

- Bade K J, Emmer P C, Lucassen L, Oltmer J (2007): Enzyklopädie Migration in Europa. Vom 17. Jahrhundert bis zur Gegenwart. Schöningh Paderborn.
- Bennett J (2003): Transition Experience. Culture shock and reentry. Unveröff. Workshop- Handout. Portland: The Intercultural Institute.
- Berry J W (1997): Immigration, Acculturation and Adaptation. In: Applied Psychology: An International Review. Vol. 46 (1): 5 – 34. Ohne Ort.
- Brenne S, David M, Borde T, Breckenkamp J, Razum O (2015): Werden Frauen mit und ohne Migrationshintergrund von den Gesundheitsdiensten gleich gut erreicht? Das Beispiel Schwangerenvorsorge in Berlin. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Broszinsky-Schwabe E (2011): Interkulturelle Kommunikation. Missverständnisse und Verständigung. VS Verlag Wiesbaden.
- Bruchhausen W (2017): Kultur respektieren und befragen. Zur Interkulturalität im Gesundheitswesen. In: Dr. med. Mabuse. Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe. Nr. 225, 42. Jahrgang, Januar/Februar 2017.
- Bundesministerium für Migration und Flüchtlinge (BAMF): Glossar. <http://www.bamf.de/DE/Service/Left/Glossary/glossary-node.html> Zugriff 30.12.2016.
- Bundesministerium für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2016a): Aktuelle Zahlen zu Asyl. November 2016.
- Bundesministerium für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2016b): Migrationsbericht 2015.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2015): BPtK-Standpunkt. Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen. September 2015. Abrufbar unter: [http://www.bptk.de/fileadmin/user\\_upload/Publikationen/BPtK-Standpunkte/Psychische\\_Erkrankungen\\_bei\\_Fluechtlingen/20150916\\_bptk\\_standpunkt\\_psychische\\_erkrankungen\\_flaechtlinge.pdf](http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Standpunkte/Psychische_Erkrankungen_bei_Fluechtlingen/20150916_bptk_standpunkt_psychische_erkrankungen_flaechtlinge.pdf). Letzter Zugriff 15.02.2017.
- Erb J (2011): Kulturschock und Rückkehrschock. In: Treichel D, Mayer G-H (2011): Lehrbuch Kultur. Lehr- und Lernmaterialien zur Vermittlung kultureller Kompetenzen. Waxmann Münster.
- Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. (2016): Interkulturelle Kompetenz in der Reha-Beratung. Praxisleitfaden für Beraterinnen und Berater der Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung und der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation. Hannover.
- Han P (2005): Soziologie der Migration. Erklärungsmodelle, Fakten, Politische Konsequenzen, Perspektiven. Lucius & Lucius Stuttgart.
- Hegemann T (ohne Jahr): Interkulturelle Kompetenz. Systemische Konzepte bewähren sich zur Verankerung von interkultureller Fachlichkeit in Beratung und Therapie. Überarbeitete Fassung eines Beitrages aus: Wogau J, Eimmermacher H, Lanfranchi A (Hg.) (2004): Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln. Beltz Verlag Weinheim.

Hegemann T, Oesterreich C (2009): Einführung in die interkulturelle systemische Beratung und Therapie. Carl-Auer Verlag Heidelberg.

Kaviani N, Hegemann T (2011): Inter- und transkulturelle Kompetenzen in Migrationsgesellschaften. In: Treichel D, Mayer C-H (2011): Lehrbuch Kultur. Lehr- und Lernmaterialien zur Vermittlung kultureller Kompetenzen. Waxmann Münster.

Kayankaya I (1995): Vorstellungen und Konzepte türkischer Frauen für den Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe. In: Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (1995): Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Curare Sonderband 8. VWB Verlag Berlin.

Lampert T, Kroll L E, von der Lippe E, Müters S, Stolzenberg H (2013): Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt 2013. 56:814–821. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Norton-Erichsen N (2015): How do underemployment and unemployment take an impact on the psychological well-being of highly educated immigrants in Denmark and Germany. A comparative analysis. Masterarbeit. Abrufbar unter: [http://projekter.aau.dk/projekter/files/216820689/Master\\_Thesis\\_Nadine\\_Norton\\_Erichsen.pdf](http://projekter.aau.dk/projekter/files/216820689/Master_Thesis_Nadine_Norton_Erichsen.pdf).

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.

Rommel A, Saß A C, Born S, Ellert U (2015): Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Salman R, Weyers S (2010): Germany: MiMi-Project – With Migrants for Migrants. In: World Health Organisation (WHO) (Hg.): Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond. S. 52–63. Kopenhagen.

Schröder H (1997): Tabus, interkulturelle Kommunikation und Fremdsprachenunterricht. Überlegungen zur Relevanz der Tabuforschung für die Fremdsprachendidaktik. Ohne Ort.

Schröder H (2011): Tabu und Kultur. In: Treichel D, Mayer C-H (2011): Lehrbuch Kultur. Lehr- und Lernmaterialien zur Vermittlung kultureller Kompetenzen. Waxmann Münster.

Sluzki, C E (2010): Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In: Hegemann T, Salman R (Hg.) (2010): Handbuch Transkulturelle Psychiatrie: Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Psychiatrie-Verlag GmbH Bonn.

Statistisches Bundesamt (2012): Geburten in Deutschland 2012. Wiesbaden.

- Statistisches Bundesamt (2013): Fachserie 1, Reihe 2.2 Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2016) (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (Hg.): Datenreport 2016. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung/bpb Bonn.
- Statistisches Bundesamt (2016a): Fachserie 1 Reihe 2.2. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2015. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2016b): Fachserie 1 Reihe 2. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Ausländische Bevölkerung – Ergebnisse des Ausländerzentralregisters 2015. Wiesbaden.
- Stüb M (2011): Transkulturelle Akteurinnen. Eine medizinethnologische Studie zu Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft von Migrantinnen in Deutschland. Weißensee Verlag Berlin.
- Stupka E (2011): Interkulturelle Kommunikation im Gebärdensprache – wie kommunizieren die Hebammen mit Frauen mit nicht deutscher Muttersprache unter der Geburt. In: David M, Borde T (Hg.) (2011): Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit in der Migration. Wie beeinflussen Migration und Akkulturation soziale und medizinische Parameter? Mabuse Verlag Frankfurt.
- Thieme Pressemitteilung (2013): Fremdsprachige Patienten: Im Zweifel einen Übersetzer hinzuziehen oder auf Behandlung verzichten. <https://www.thieme.de/de/presse/Sprachbarriere-50026.htm>, Zugriff: 22.12.2016.
- Treichel D (2011): Kulturelle Kompetenzen. In: Treichel D, Mayer C-H (2011): Lehrbuch Kultur. Lehr- und Lernmaterialien zur Vermittlung kultureller Kompetenzen. Waxmann Münster.
- Wagemann G (2016): Verständnis fördert Heilung. Der religiöse Hintergrund von Patienten unterschiedlichen Kulturen. Ein Leitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Berater und Betreuer. VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung Berlin.
- Weiss C (2017): Mehr als nur Geburtshilfe. In: Dr. med. Mabuse. Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe. Nr. 225, 42. Jahrgang, Januar/Februar 2017.
- Wesselmann E, Singer A (2013): Den Grund des Übels (er)kennen: Was brauchen schwangere Migrantinnen? Hebammenforum 2013; 14: 28–31.
- WHO Constitution 1946: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) (letzter Zugriff 01.03.2017).
- 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).
- Zemp M (2017): Umgang mit Scham. Interkulturelle Herausforderungen in der Hebammenarbeit. In: Dr. med. Mabuse. Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe. Nr. 225, 42. Jahrgang, Januar/Februar 2017.

# Notizen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# Notizen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# Weitere Wegweiser und Leitfäden

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:

- Müttergesundheit. Informationen und Ansprechpartner.  
Ein mehrsprachiger Wegweiser für Migrantinnen. In 7 Sprachen erhältlich
- Gewaltschutz für Frauen in Deutschland –  
Ratgeber für geflüchtete Frauen, Migrantinnen und Jugendliche
- Schutz und Sicherheit vor Gewalt für geflüchtete Frauen, Mädchen,  
Migrantinnen und Kinder in Deutschland – Handreichung für Mediatorinnen,  
Multiplikatorinnen und Fachkräfte
- Ratgeber Gesundheit für Asylsuchende
- Gesundheit Hand in Hand – Das deutsche Gesundheitssystem
- Diabetes – Informieren, Vorbeugen, Handeln
- Schutzimpfungen
- Depression – Erkennen, Verstehen, Helfen
- Traumafolgestörungen und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
- Computer-, Internet- und Glücksspielsucht – Ursachen, Prävention, Therapie
- Gesund leben – Gesund bleiben
- Die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung:  
Hilfe bei chronischen Erkrankungen – Ein Wegweiser für Migranten
- Interkulturelle Kompetenz in der Reha-Beratung, Praxisleitfaden für Beraterinnen  
und Berater der Auskunft- und Beratungsstellen der Deutschen  
Rentenversicherung und der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation
- Die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung:  
Hilfe bei chronischen Erkrankungen, Ein Wegweiser für Mediatoren,  
Lotsen und Multiplikatoren
- Die Hospiz- und Palliativversorgung – Angebote und Vorsorge,  
Informationen für Migrantinnen und Migranten in Bayern

# Interkulturelle Kompetenz in der Mütter- und Frauengesundheit

Praxisleitfaden für Fachpersonal aus dem Gesundheits- und Sozialwesen

Mit diesem Praxisleitfaden erhalten Sie als wichtige Ansprechpartnerinnen und -partner für Schwangere und Mütter mit Migrationshintergrund wichtige Informationen rund um die Themen Migration, Gesundheit, Bedeutung der Kultur und kulturelle Unterschiede sowie interkulturelle Aspekte im Umgang mit dieser Zielgruppe.

Der vorliegende Praxisleitfaden kann unter der Internetadresse [www.ethnomed.com](http://www.ethnomed.com) heruntergeladen oder als Printversion bezogen werden.

- Migration in Deutschland: was bedeutet das?
- Welchen Einfluss kann die Migration auf die Gesundheit und die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheits- und Sozialsystems (u. a. Schwangerenvorsorge, Schwangerenkonfliktberatung) nehmen?
- Welche kulturellen Unterschiede gibt es im Umgang mit Schwangerschaften, Geburten und der Zeit danach und wie kann als damit umgehen?

Überreicht durch: