

# Interkulturelle Kompetenz – Schlüsselqualifikation (auch) für Ergotherapeuten

Irena Angelovski

Die kulturelle Vielfalt nimmt im deutschen Gesundheitswesen und damit auch in der Ergotherapie einen immer größeren Stellenwert ein. In Ausgabe 4/2014 der „praxis ergotherapie“ forderte Angelika Roschka in ihrem Fachartikel „Kulturelle Diversität global! – Kulturelle Diversität in der Ergotherapie in Deutschland?“ ErgotherapeutInnen zu mehr Kultursensibilität, d.h. zur Reflexion der eigenen Biografie insbesondere vor dem Hintergrund der persönlichen Wertorientierung, im Umgang mit ihren KlientInnen auf, die zunehmend unterschiedlichen Kulturkreisen angehören. Irena Angelovski knüpft in dieser Ausgabe an die Ausführungen Roschkas an und beleuchtet die Bedeutung interkultureller Kompetenz als Schlüsselqualifikation (auch) für Ergotherapeuten in interkulturellen Teams.

Dieser Artikel ist anders – zum einen ist das meiner Profession als Pädagogin geschuldet (denn was nützt dem Leser eine Fülle von Informationen, wenn sich daraus keine Entwicklung oder Änderung im Arbeitsalltag ergibt – kurz, wenn er nichts lernt?), zum anderen liegt die alternative Darstellung am Thema selbst. Denn interkulturelle Kompetenz ist für mich die Fähigkeit, sich angemessen in einer multikulturellen Gesellschaft zu bewegen und sich auf das Andere, ja Fremde einzulassen. Auf den folgenden Seiten wird der Leser daher nicht nur Informationen, Daten und Fakten im Spannungsfeld Gesundheit – Krankheit und Kultur erhalten, sondern auch Raum finden, seinen kulturellen Standpunkt zu reflektieren.

Ergotherapeuten sind – wie alle Mitarbeiter in der Gesundheitsbranche – von bestimmten gesellschaftlichen, politischen und demographischen Entwicklungen betroffen, die in vielerlei Hinsicht Einfluss auf ihre Tätigkeit haben. Die Veränderungen wirken sich hauptsächlich auf zwei Ebenen aus:

## 1. Die Patienten-Therapeuten-Perspektive

Patienten und Kunden setzen sich immer internationaler zusammen, weil zum einen die erste Migrationswelle der sogenannten Gastarbeiter ins Rentenalter kommt und damit häufiger der Unterstützung von Ergotherapeuten bedarf. Ganz abgesehen davon, dass diese Gruppe zunehmend die Angebote des deutschen Gesundheitswesens zu schätzen weiß und Therapien mehr als früher in Anspruch nimmt. Zwar gab es im letzten Jahrzehnt einen Einbruch in der Migrationsbewegung. Jedoch hat sich die Anzahl der Einwanderer durch die geänderte Gesetzeslage stabilisiert, weil seit dem 1. Mai 2011 die Möglichkeit, innerhalb Europas unbeschränkt zu arbeiten, erleichtert ist. Zum anderen haben sich im Jahr 2013 nach vorläufigen Ergebnissen sogar circa 13 % mehr Menschen entschieden, in Deutschland einzureisen als 2012. Zuletzt hatte es eine solche hohe Zuwanderungszahl im Jahr 1993 gegeben. Bei der Bilanzierung der Zu- und Fortzüge ergibt sich für 2013 ein Wanderungsüberschuss von

437 000 Personen – dies ist ebenfalls der höchste Wert seit 1993. (<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Wanderungen/Aktuell.html>)

Parallel dazu sind neue Integrationsgesetze verabschiedet worden mit dem Ziel, bestimmten Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund die Möglichkeit zur gleichberechtigten Teilhabe in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens zu geben und gleichzeitig jede Benachteiligung und Bevorzugung auszuschließen. Diese Entwicklungen werden im Arbeitsalltag spürbar: Immer mehr Patienten der Ergotherapeuten haben einen Migrationshintergrund und so gilt es, eben nicht nur sprachliche, sondern auch interkulturelle Hürden zu überwinden.

Die Auseinandersetzung mit kulturellen Unterschieden und Gemeinsamkeiten im multikulturellen Deutschland ist aber nicht nur aus Gründen brisant, die in Statistik, Demographie oder Politik zu suchen sind. Gerade im Gesundheitsbereich sind soziale Aspekte von immenser Bedeutung, weil Menschen, wenn sie krank sind, Schmerzen oder Angst haben, noch viel abhängiger von dem Gefühl sind, verstanden zu werden – und damit ist eben nicht nur die Sprache gemeint. Der Ergotherapie kommt dabei eine besondere Rolle zu, weil ihr ausdrückliches Ziel die gelungene Interaktion der Menschen in ihrer Umwelt ist. In logischer Konsequenz brauchen Ergotherapeuten großes Wissen um das Erleben von Menschen aus anderen Kulturen, damit die Unterstützung überhaupt angenommen werden kann.

Anders als in Deutschland haben Rehabilitation, Wiedereingliederung und möglichst schnelle oder lange Autonomie bzw. Unabhängigkeit nach Krankheit oder im Alter in vielen anderen Systemen keinen Wert. An dieser Stelle lohnt sich ein Blick in die Geschichte: Deutschland hat das älteste (Kranken-)Versicherungssystem der Welt und die damit verbundene Sicherheit ist ein fester Bestandteil in einer ohnehin auf Risikovermeidung fixierten Gesellschaft geworden. In Deutschland sozialisierte Menschen haben diesen Schutz so sehr verinnerlicht, dass bestimmte Ereignisse Symptome hervorrufen, die in anderen Ländern bei gleichem Geschehen nicht passieren. Probieren Sie es bei der Betrachtung von Abbildung 1 einmal aus:

### Was sehen Sie?



Abb. 1

Möglicherweise – und in meinen Trainings ist es immer so – haben Sie ein Schleudertrauma erkannt, weil es in Mitteleuropa und vor allem in Deutschland nach einem Autounfall ein populäres Krankheitsbild ist, einhergehend mit Halskrause, Röntgenbild und Entschädigung. Anders im Osten Europas: Neurologen der Universität Trondheim haben die Unfallstatistik der litauischen Stadt Kaunas ausgewertet und festgestellt, dass es

dort fast unbekannt ist. Die norwegischen Forscher entdeckten, dass Opfer eines Auffahrunfalls keineswegs häufiger an Kopf- und Rückenschmerzen, Nackenbeschwerden oder Schwindel litten als Personen, die keinen Unfall hatten (vgl. Angelovski 2012, S. 29).

Gerade im Bereich Rehabilitation und Wiedereingliederung spiegelt sich die Internalisierung bestimmter Heilverfahren wider: Nach einem Unfall, einer Operation oder langer Krankheit folgt keine Erholungsphase zuhause, sondern in dafür spezialisierten Kliniken mit dem Ziel, für jeden Einzelnen eine möglichst lange Beteiligung am sozialen Leben und bei der Arbeit zu gewährleisten. Menschen aus anderen Kulturen oder Systemen sehen darin jedoch kein erstrebenswertes Ziel, sondern wollen, wie sie aus ihrem Erleben kennen, von der Familie betreut, umsorgt und verwöhnt werden. Die möglichst schnelle Wiederherstellung spielt häufig nicht die gleich große Rolle, wie es in Deutschland im Allgemeinen erwartet wird. Es ist daher oft schwieriger, Menschen mit Migrationshintergrund von einer Therapie zu überzeugen oder für Aktivitäten zu begeistern.

#### ► Kulturalisierung vermeiden!

Therapeuten sollten sich jedoch davor hüten, sich jede Art von Widerstand mit einer kulturbedingten Bewertung der Situation zu erklären – Kulturalisierung genannt.

Denn es ist selbstverständlich so, dass Kultur nur einen Aspekt bei der Attributierung für ein bestimmtes Verhalten darstellt. Alter, Geschlecht, soziale Schicht, Bildungsstand und vor allem Persönlichkeit tragen ihren Teil bei und bei jeder Konfrontation sollte geprüft werden, ob das Problem tatsächlich interkulturelle Hintergründe hat oder anderswo entstanden ist. Ließe sich jeder Widerstand oder mangelnde Compliance auf die Kultur zurückführen, müsste das im Umkehrschluss ja bedeuten, dass Patienten ohne Migrationshintergrund stets „einfach“ und kooperativ sind.

## 2. Die Kollegen-Therapeuten-Perspektive

Ergotherapeuten sind immer Mitglied eines multiprofessionellen Teams, sei es im Krankenhaus, in der Rehaklinik oder in der eigenen Praxis (Abb. 2). In allen Bereichen arbeiten inzwischen Menschen aus den verschiedensten Kulturen mit zum Teil sehr unterschiedlichen Ideen davon, was Gesundheit und Krankheit bedeuten.

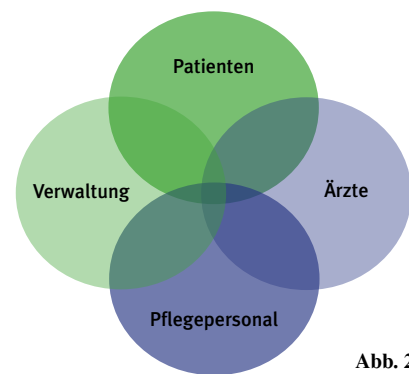


Abb. 2

„Dass Migration tief greifende soziale Veränderungen sowohl für die zugewanderten Menschen als auch die Aufnahmegesellschaft bedeutet, ist bekannt und unumstritten. Die Auswirkungen für den Gesundheitsbereich werden jedoch erst seit kurzem erforscht und die Ergebnisse spiegeln sich noch nicht im Alltag wider. Waren die Interdependenzen früher überschaubar, haben heute die demographischen und strukturellen Veränderungen zu einer Vielzahl von interkulturellen Überschneidungen im Gesundheitsbereich geführt:

Da trifft eine Ärztin aus Georgien auf eine Patientin aus der Türkei, im OP steht eine Krankenschwester aus Russland und der deutsche Oberarzt diskutiert mit der Verwaltungsangestellten, deren Eltern in Italien geboren worden sind.“ (Angelovski 2012, S.8)

Die Herausforderungen an Ergotherapeuten sind also in mehrfacher Hinsicht groß, denn sie befinden sich an den Schnittstellen Patient-Arzt,

Patient-Pflege und Arzt-Pflege, in denen nun wegen der Internationalisierung eine noch höhere Kommunikationsfähigkeit benötigt wird. Misslungene Kommunikation im „bunten“ Team wird häufig den mangelnden Deutschkenntnissen der zugewanderten Mediziner und Pflegekräfte zugeschrieben. Dass diese Erklärung nicht ausreicht, wird deutlich, wenn man sich dem Kulturbegriff vertiefend nähert:

## 2.1 Was ist Kultur?

Eine allgemeingültige Kulturdefinition lässt sich aufgrund der Komplexität des Begriffes und seiner Zugehörigkeit zu verschiedenen Fachbereichen nicht ohne weiteres geben. Der Begriff soll daher im Rahmen dieses Artikels kontextuell für das Gesundheitswesen eingegrenzt werden.

Die *Kultur* ist auf das lateinische Wort *cultura* zurückzuführen und bedeutet *Bearbeitung, Bebauung, Anbau, Pflege*. Bald wurde es auch außerhalb seines landwirtschaftlichen Kontextes genutzt und mit der Übersetzung *Ausbildung, Veredelung* (Duden: Das Herkunftswörterbuch, 2001) dem heutigen Kulturverständnis nahegebracht. Dafür sprechen auch die in den üblichen Schreibprogrammen verfügbaren Synonyme *Zivilisation, Fortschritt, Entwicklung*. Einer der wichtigsten Forscher in der kulturvergleichenden Psychologie – Alexander Thomas – definiert ‚Kultur‘ folgendermaßen: „Kultur ist ein dynamisches, werthaltiges Orientierungssystem, in welches jeder Einzelne zunächst hineingeboren und sodann durch die Einflüsse seines Umfeldes, speziell der Eltern, Freunde, Vorbilder, Erzieher und Lehrer, geprägt wird.“ (Reimer-Conrads & Thomas 2009, S. 13)

Noch weiter gefasst möchte Geert Hofstede den Begriff sehen, einem der Pioniere in der Erforschung der kulturellen Unterschiede: „Kultur

ist erlernt und nicht ererbt. Sie leitet sich aus unserem sozialen Umfeld ab, nicht aus unseren Genen. Man sollte die Kultur unterscheiden von der menschlichen Natur einerseits und von der Persönlichkeit eines Individuums andererseits, doch wo genau die Grenze zwischen Natur und Kultur bzw. zwischen Kultur und Persönlichkeit liegen, ist unter Sozialwissenschaftlern umstritten.“ (Hofstede 2005, S.4)

Mit dieser oder ähnlichen Definitionen wird die Körperlichkeit des Menschen als universell bestätigt. Jedoch entsteht der Eindruck, dass Kultur als Wirkungsfaktor der Biologie übergestülpt wird. Denn vielmehr stehen beide – Kultur und universelle Biologie des Menschen – in wechselseitiger Abhängigkeit. So lassen sich unterschiedliche Interpretationen von Krankheiten und deren verschiedene Ausprägungen erklären. Der oben zitierte Hofstede hat in seiner Forschung Kulturen miteinander verglichen, indem er sie auf den sogenannten Kulturdimensionen untersuchte. Die wichtigsten seien hier genannt und an Beispielen aus der Organisation Krankenhaus erläutert:

- Machtdistanz ist „ein Gradmesser für Ungleichheit in der Gesellschaft“. (Hofstede 2005, S. 51) In der Organisation Krankenhaus ist sie besonders wichtig, da dort die hierarchischen Strukturen ausgeprägt und stark tradiert sind. Diese Gefüge bieten daher eher die Möglichkeit, eine Gemeinsamkeit zwischen den unterschiedlichen Kulturen zu entdecken, weil die Organisationsstrukturen bei aller Unterschiedlichkeit in Ausstattung, Ablauf und Finanzierung ähnlich sind. Ergotherapeuten sollten im interkulturellen Team daher ihren Status (er)klären, um Missverständnisse zu vermeiden.
- Individualismus/Kollektivismus: Hofstede erläutert die Dimension

folgendermaßen: „Individualismus beschreibt Gesellschaften, in denen die Bindung zwischen den Individuen locker ist; ... Sein Gegenstück, der Kollektivismus, beschreibt Gesellschaften, in denen der Mensch von Geburt an in starke, geschlossenen Wir-Gruppen integriert ist.“ (Hofstede 2005, S. 97) Deutschland ist eher individualistisch geartet, während das ausländische Personal häufig aus kollektivistisch geprägten Kulturen kommt. Diese Kulturdimension spiegelt sich vor allem in der Pflege wider, weil westliche Medizin in der ganzen Welt ähnlich geschult und betrieben wird. Das heißt: Während Ärzte sich schnell die Denkweise deutscher Mediziner erklären können, sind Pflegekräfte oft damit überfordert und erleben ihre deutschen Kollegen als herz- und respektlos.

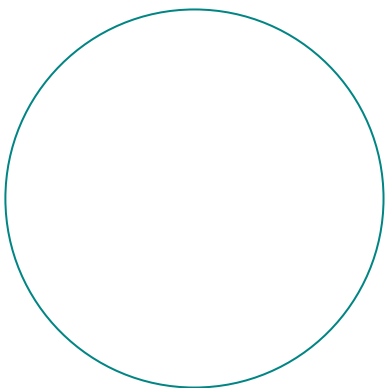
- Unsicherheitsvermeidung: Was anders ist, ist gefährlich (Hofstede 2005, S. 217 ff). Wie oben schon erwähnt, entspringt das deutsche Versicherungssystem der Tendenz, uneindeutige Situationen zu vermeiden. Ärzte und Pflegekräfte aus dem Ausland finden daher Abbildung 3 immer sehr eindrücklich: Das Bedürfnis der doppelten Absicherung mit Gürtel und Hosenträger erklärt zum Beispiel auch die häufig eingeholte zweite Meinung deutscher Patienten nach einer Diagnosestellung.



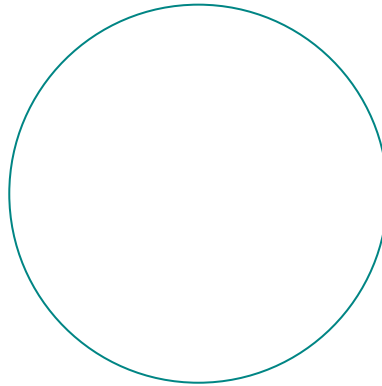
In der Gesundheitsbranche gibt es ein weiteres Indiz für einen hohen Wert in dieser Dimension, nämlich die große Anzahl an Experten. „In Kulturen, die Unsicherheit vermeiden, ist das Vertrauen auf Fachwissen in der Arbeitswelt groß.“ (Hofstede 2005, S. 241) Im Alltag spiegelt sich diese Feststellung beispielsweise im höheren Ansehen von Fachärzten im Unterschied zu Allgemeinmedizinerinnen wider. In der Ergotherapie kann es daher sehr nützlich sein, seine Expertise in den Vordergrund zu stellen, wenn die Patienten aus Kulturen mit sehr hoher Unsicherheitsvermeidung kommen, etwa Russland und anderen ehemaligen Sowjetrepubliken.

An dieser Stelle lohnt sich ein erster Blick nach innen: Überlegen Sie kurz, über welche Ressourcen Sie verfügen, die Sie darin unterstützen, interkulturell kompetent zu handeln – das können sowohl persönliche Eigenschaften wie beruflich erworbene Kenntnisse sein, aber auch interkulturelle Erfahrungen durch Schüleraustausch oder Nachbarschaft. In einem zweiten Schritt fragen Sie sich, wo Sie noch Nachholbedarf haben. Je nach Umfang tragen Sie die Aspekte wie ein Tortendiagramm in die auf dieser Seite stehenden Kreise ein!

### Was bringe ich mit?



### Wo kann ich mich verbessern?



## 2.2 Die nächsten Schritte

Die Vermittlung interkultureller Kompetenz ist nicht verbindlich in der grundständigen Ausbildung der Ergotherapie geregelt, sondern – wenn überhaupt – ein kleiner Bestandteil des Moduls „Beratung“, zum Beispiel „Krankheit im interkulturellen Vergleich“ ([http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-gesundheit/gesundheitsberufe/lehrplan\\_ergotherapie.pdf?start&ts=1243253346&file=lehrplan\\_ergotherapie.pdf](http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-gesundheit/gesundheitsberufe/lehrplan_ergotherapie.pdf?start&ts=1243253346&file=lehrplan_ergotherapie.pdf)). Dort erhalten Auszubildende innerhalb von 20 Unterrichtsstunden einen „Überblick über demographische und sozio-strukturelle Entwicklung und Situation in der Bundesrepublik Deutschland und deren Auswirkungen“ (<https://www.isb.bayern.de/download/8697/lp-bfs-ergotherapie.pdf>) und zwar in Bezug auf Altersdifferenzierung, soziale Differenzierung und kulturelle Differenzierung. In Anbetracht einer dreijährigen Ausbildung und der aktuellen Situation in Deutschland können die Bemühungen nur ein Tropfen auf den heißen Stein sein.

Die Möglichkeit, kurzfristig die notwendigen Kompetenzen zu entwickeln, ist daher im Bereich Fort- und Weiterbildung anzusiedeln. Personalentwickler sind gefragt, die Beteiligten mit den Fähigkeiten auszustatten, die sie brauchen, damit interkulturelle

Teams nicht nur funktionieren, sondern sogar zur Bereicherung werden:

Dabei gilt es nicht nur, die zugewanderten Fachkräfte sprachlich besser vorzubereiten, indem sie rechtzeitig das Fachdeutsch lernen oder wissen, wie korrekt dokumentiert wird, sondern die Hürden zu überwinden, die sich aufgrund unterschiedlicher Pflegeverständnisse ergeben. Nachhaltigen Erfolg haben solche Schulungen aber nur, wenn gerade das mittlere Management der Gesundheitseinrichtungen auch von den kulturbedingten Unterschieden im Umgang mit Krankheit und Rehabilitation weiß. Oberärzte sind da genauso gefragt wie Bereichsleitungen und Pflegedienstleitungen, damit sie sich die „übertriebene“ Unterstützung bei Patienten durch ihre neuen Kollegen viel besser erklären.

Ein weiterer zentraler Ansatzpunkt in der Fortbildung ist Wissen um den interkulturellen Unterschied im Bereich „Führung“. Im mittleren Management haben personalbezogene Aufgaben sowohl im ärztlichen Bereich als auch in der Pflege einen großen Stellenwert. In den Curricula der Weiterbildung ist theoretisches Wissen über die Einführung und Einarbeitung neuer Fachkräfte genauso Bestandteil wie Werkzeuge zur Anleitung nachgeordneter Mitarbeiter sowie Kontrolle der ihnen übertragenen Tätigkeiten im Hinblick auf Ausübung und Resultat. Auch bei der Beurteilung von Mitarbeitern wirken diese Führungskräfte mit. Dabei bemühen sie sich um einen kooperativen Führungsstil, der ihnen während der Weiterbildung vermittelt wurde: Sie beziehen ihre Mitarbeiter in das Betriebsgeschehen ein, erlauben Diskussionen und erwarten sachliche Unterstützung. Bei Fehlern strafen sie nicht, sondern helfen. Sind die Teams jedoch international zusammengesetzt, kann davon ausgegangen werden, dass die Mitarbeiter ein anderes Verhalten von ihren Vorgesetzten erwarten und auch gewohnt sind. Vor allem in Osteuropa herrscht ein eher autoritärer Führungsstil vor und die Mitarbeiter sind klare Anweisungen gewohnt. Auf der anderen Seite sind Vorschläge zu Veränderungen seitens der Mitarbeiter unerwünscht. Die Art, wie wir führen und geführt werden, ist kulturell geprägt, weil gesellschaftliche Instanzen wie Familie, Schule und Betrieb maßgeblich an unseren (Führungs-)Erfahrungen beteiligt sind (Maelicke 2004). Dieses Verhalten ist also gelernt, nicht geerbt und kann daher modifiziert werden.

In einer Fortbildung dürfen Inhalte sich daher nicht nur auf Fachthemen beschränken, sondern sollten die notwendige Voraussetzung für eine angemessene, erfolgreiche und für alle Seiten zufrieden stellende Kommunikation, Begegnung und Kooperation zwischen Menschen unterschiedlicher Kulturen schaffen (Reimer-Conrads &

Thomas 2009). Für die Entwicklung interkultureller Kompetenz von Führungskräften lassen sich daraus mehrere Lernfelder ableiten:

- Analyse des eigenen kulturellen Standpunkts
- basistheoretisches Wissen zur Interkulturalität
- Grundlagen der interkulturellen Kommunikation

Die Inhalte sollten in erster Linie Aufgaben, Rolle und Funktion der Teamleitung veranschaulichen und Berufsorientierung unter Berücksichtigung interkultureller Parameter bieten. Darunter fällt auch die Dienstplangestaltung, die unter Verwendung eines besonderen Kalenders Möglichkeiten zur Entzerrung an Feiertagen bietet: So feiert man in der griechisch-orthodoxen Kirche erst am 6. Januar Weihnachten und alle Mitglieder eines interkulturellen Teams können davon profitieren.

Ein weiterer Baustein für die gelungene interkulturelle Zusammenarbeit ist die Ausbildung von Multiplikatoren und Mentoren. Damit Gesundheitsunternehmen langfristig den neuen Herausforderungen gerecht werden, sollten Interessierte die Möglichkeit haben, sich vertiefend interkulturelle Kompetenz anzueignen, um dann sowohl neue Kollegen als auch deren Vorgesetzte zu beraten und damit zu einer Verbesserung des Arbeitsalltags beizutragen. Gerade für Ergotherapeuten, die zunehmend Arbeitsfelder im Jobcoaching oder im Rahmen der Burnout-Prophylaxe finden, besteht hier eine weitere Möglichkeit der beruflichen Entwicklung. In der Funktion eines Integrationsbeauftragten können sie Informationsabende für Patienten und Angehörige oder interkulturelle Feste organisieren. Sie tragen damit auch zur kulturellen Öffnung der Einrichtung und deren größeren Attraktivität für Kunden mit Migrationshintergrund bei – ein nicht zu unterschätzender Vorteil, denn Deutsch-

land wird, wie bereits erwähnt, älter und „bunter“.

Für eine leichtere Lesbarkeit wurde immer die männliche Form gewählt, selbstverständlich sind beide Geschlechter gemeint.

## Literatur:

**Angelovski, I.** (2012): Sie sind ja Ausländer! Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

**Hofsteede, G. & Hofsteede, G. J.** (2005): Lokales Denken, globales Handeln. München: Beck-Wirtschaftsberater im DTV.

**Lennartz, P. & Kersel, H.** (2011): Stationärer Pflegemarkt im Wandel. Gewinner und Verlierer 2020, im Auftrag von Ernst & Young GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft.

**Maelicke, B.** (2004): Führung und Zusammenarbeit. Baden Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

**Ostwald, D. A.; Ehrhard, T.; Bruntsch, F.; Schmidt, H. & Friedl, C.** (2013): Fachkräftemangel Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. Online verfügbar: [http://www.pwc.com/en\\_GX/gx/psrc/pdf/the-lack-of-qualified-staff-in-the-ambulant-and-non-ambulant-health-segment-by-2030.pdf](http://www.pwc.com/en_GX/gx/psrc/pdf/the-lack-of-qualified-staff-in-the-ambulant-and-non-ambulant-health-segment-by-2030.pdf) (11.7.2013).

**Reimer-Conrads, T. & Thomas, A.** (2009): Beruflich in den arabischen Golfstaaten, Trainingsprogramm für Manager, Fach- und Führungskräfte. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

## Die Autorin:

**Irena Angelovski**

Interkulturelle  
Trainerin,  
interkulturelle  
Mediatorin,  
Krankenschwester  
komMedikus  
Glünderstr. 10  
30167 Hannover  
info@kommedikus.de  
www.kommedikus.de



## Stichwörter:

- Interkulturelle Kompetenz
- Schlüsselqualifikationen
- Personalentwicklung