

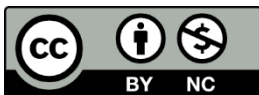


Kofinanziert durch das
Programm Erasmus+
der Europäischen Union



IO2 – E-Learningkurs

Erasmus+ - KA2 –
ID 2016-1-DE02-KA202-003336



Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0)

Except where otherwise noted, content on this site is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International license.

Haftungsausschluss

Dieses Projekt wurde mit Unterstützung der Europäischen Kommission finanziert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung trägt allein der Verfasser; die Kommission haftet nicht für die weitere Verwendung der darin enthaltenen Angaben.



Inhalt

Modul 1 – Interkulturelle Kompetenz	3
Modul 2 – Migranten & Gesundheit	39
Modul 3 – Entwicklung von interkulturellen Handlungskompetenzen	67



Modul 1 – Interkulturelle Kompetenz

INHALTSVERZEICHNIS

- 1. **Kursaufbau**
- 2. Einleitung
- 3. Angst vor dem Fremden
- 4. Interkultureller Einsatz
- 5. Interkultureller Einsatzstress
- 6. Kulturelle Vielfalt
- 7. Interkulturelle Kompetenz als Schlüsselkompetenz
- 8. Kulturelle Sozialisation
- 9. Identität & Kultur
- 10. Meine kulturelle Identität
- 11. Selbstbild
- 12. Modell der Identität
- 13. Bedrohung der Identität
- 14. Jeder Mensch...
- 15. Was ist Kultur?
- 16. Kulturstandards I
- 17. Kulturstandards II
- 18. Strukturmodell der Psyche
- 19. Eisbergmodell
- 20. Identität der Anderen
- 21. Auflösung
- 22. Stereotype
- 23. Stereotype als Pseudowissen
- 24. Stereotype als Orientierungshilfe
- 25. Kognitive Ökonomie
- 26. Schubladendenken
- 27. Überprüfen von Stereotypen
- 28. Auflösung
- 29. Vorurteile
- 30. Ethnozentrismus
- 31. Gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit
- 32. Vorurteile und Einsatz
- 33. Zusammenfassung Interkulturelle Kompetenz
- 34. Fazit
- 35. Vielfalt
- 36. Exkurs - Interkulturelle Öffnung
- 37. Leitbilder
- 38. Nationale Beispiele
- 39. Internationale Beispiele
- 40. Humor verbindet



Aufbau interkultureller Kompetenzen in Rettungswesen

Startseite / Kurse / BICAS / BICAS / Modul 1 - Interkulturelle Kompetenz / Interkulturelle Kompetenz

Interkulturelle Kompetenz



1. Kursaufbau

Willkommen zum E-Learning Kurs "Interkulturelle Kompetenz im Rettungswesen".

Dieser Kurs soll Sie dabei unterstützen, interkulturell bedingten Einsatzstress zu reduzieren.

Dies geschieht durch die Vermittlung von

- 1) interkulturellen Kompetenzen
- 2) interkulturellem Hintergrundwissen
- 3) Handlungskompetenzen, Methoden, Strategien

2. Einleitung

WHEN YOU DON'T EXIST (DEUTSCH)

Später ansehen Teilen

CONTINUING UNREST

LIVE

DTV NEWS

Die Flüchtlingskrise ist heute Nachmittag Thema einer Sondersitzung im Parlament.

MARKET NEWS: STOCKMARKETS TODAY REACTED TO THE NEWS WITH THE FTSE CLOSING D

YouTube 2:13



Interkulturelle Kompetenz



3. Angst vor dem Fremden

Flucht und Vertreibung kann jeden treffen und hat in der Vergangenheit auch Deutsche betroffen. Und auch diese wurden diskriminiert und angefeindet, zum Beispiel als Vertriebene des Zweiten Weltkrieges.

 [Link zu Artikel.](#)

Offt wird Asylsuchenden in ihrer neuen bzw. temporären* Heimat ängstlich und auch feindseelig begegnet. Zumeist liegt das an der fehlenden Erfahrung mit anderen, als fremdartig empfundenen Kulturen.

Denn das Fremde macht den Menschen von jeher Angst.

Durch Angst und Unsicherheit im Umgang mit den Fremden kommt es zu vermeidbaren Konflikten. Unser Kurs möchte dazu beitragen, das Konfliktpotential zu entschärfen und dadurch den Einsatzstress für Rettungsdienstmitarbeiter zu reduzieren.

*zeitlich begrenzt

Interkulturelle Kompetenz



4. Interkultureller Einsatz

Ich darf meine Schuhe nicht ausziehen.

Wir sind hier um zu helfen! Der Patient lässt sich nicht von unserer Notärztin behandeln.

Die ganze Familie ist da. Warum ist hier alles so laut?

Warum mischen sich alle ein?

Welche Medikamente?

Was wollen die von uns?

Müssen alle zuschauen...?

Dieses Stadtviertel ist berüchtigt.

Der Mann lässt mich nicht zu seiner Frau durch?

Warum gestikuliert er so wild mit den Händen?

Wie ist das gemeint?

Wer hat hier Schmerzen? ALLE?!

Wenn wir nicht schnell handeln stirbt jemand!

Warum sind die Kinder hier dabei?

Sie versteht mich nicht!

Bitte beruhigen Sie sich! Warum schreien die alle?

Was denken die sich eigentlich?!

Nicht so aggressiv bitte!

Brauchen wir die Polizei als Verstärkung?

STRESS!!!



Interkulturelle Kompetenz

5. Interkultureller Einsatzstress

Verringerte Handlungssicherheit im Rettungseinsatz ist ein Stressor, der sich negativ auf die Versorgungsqualität auswirkt. In der Folge kann dies zu einer Gefährdung der Professionalität des Rettungsdienstes führen. Das Erlangen interkultureller Kompetenz wirkt dem entgegen.

Höhere Interkulturelle Kompetenz



mehr Handlungssicherheit



weniger Stress im Einsatz



Erhöhung der Versorgungsqualität



Steigerung der Arbeitszufriedenheit



Vorbeugung seelischer Erschöpfung

6. Kulturelle Vielfalt



Unsere Gesellschaft ist längst durch kulturelle Vielfalt geprägt. Aufgrund der demographischen Entwicklung wird der Anteil von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte immer größer. Aktuell beträgt der Migrantenanteil an der Bevölkerung Deutschlands 23,6 % (in Österreich 15,3%, wobei den größten Anteil hier Deutsche ausmachen). In Westdeutschland haben 5 von 20 Personen (25,5%) und in Ostdeutschland 1 von 20 Personen (6,4 %) Migrationshintergrund. 38 % aller Kinder unter 10 Jahren haben in Deutschland Migrationshintergrund.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Dass unsere Gesellschaft kulturell vielfältiger wird zeigt z.B. ein Blick in die deutsche Fussballnationalmannschaft. Bei der WM 1990 hießen die Mannschaftsmitglieder Illgner, Augenthaler, Kohler, Buchwald, Berthold, Häßler, Matthäus, Littbarski, Brehme, Völler und Klinsmann. Aktuelle Mitglieder der Fussballnationalmannschaft heißen z.B. Khedira, Özil, Boateng und Gomez.

Kulturelle Unterschiede können in Nottfallsituationen auf beiden Seiten (Hilfeempfänger sowie Leistungserbringer) zu besonderem Stresspotential führen. Viele Betroffene verspüren generell Angst, Machtlosigkeit und Unsicherheit in bedrohlichen Ausnahmesituationen.

Wie geht man damit um, wenn neben kulturellen Unterschieden oft noch Sprachbarrieren hinzukommen und es unterschiedliche Erwartungshaltungen bezüglich der Aufgaben des Rettungsdienstes gibt? Wie stellt man eine für beide Seiten zufriedenstellende Versorgung sicher?

Interkulturelle Kompetenz

7. Interkulturelle Kompetenz als Schlüsselkompetenz

Die notwendigen Kompetenzen für einen möglichst sicheren und konstruktiven Umgang mit Konflikten in interkulturellen Einsatzsituationen lassen sich wie folgt darstellen:

Wissen über soziokulturelle Besonderheiten bzgl. Kommunikation, Werthaltungen und Rollenverständnis

Respekt, Fähigkeit zu Empathie und Emotionskontrolle, reflektierter Umgang mit eigenen Stereotypen, Lösungsorientierung

Wissen und Fertigkeiten zur Eigensicherung, Deeskalation, Techniken zum Selbst- und Kolleginnenschutz in Notwehr und zur schonenden Fixierung

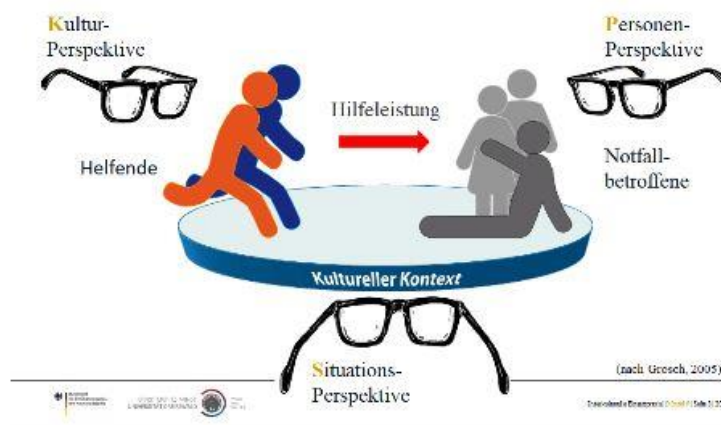
Fachwissen und Routine (auch bzgl. Einsatztaktik) als Basis für sicheres Auftreten



Interkulturelle Kompetenz



8. Kulturelle Sozialisation



Unsere Worte, unsere Gesten, unser Handeln kann von jemandem aus einem anderen Kulturkreis völlig anders interpretiert werden.

Genauso wie wir, sieht jeder Mensch die Umwelt, die Mitmenschen, sich selbst durch die Brille seiner kulturellen Sozialisation.

Wie interkulturelle Interaktion glückt, hängt ab vom interkulturellen Verstehen und der interkulturellen Kompetenz der Beteiligten.

**Bild aus "Rettung, Hilfe & Kultur - Interkulturelle Kompetenz im Einsatz". Alle Materialien, die i.R. des o.g. Fortbildungskonzeptes erstellt wurden (im Folgenden „Materialien“ genannt) sind urheberrechtlich geschützt. Seitens der Projektgruppe der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald (geistige Eigentümerin) und des BBK (Auftraggeber des Projektes) ist für alle Durchführenden und Anwendungskontexte die Erlaubnis zur Verwendung der überlassenen Materialien ausdrücklich auf deren nicht-kommerzielle Nutzung beschränkt.*

Zudem sind bei einer Nutzung der Materialien immer das Forschungsprojekt und sein Auftraggeber als Quelle zu nennen und die Herkunft der Materialien erkennbar zu machen (durch Verwendung des Projekt-Logos und der Bildwortmarke des BBK). Eine Kombination der Konzeptmaterialien mit eigenen Materialien der Durchführenden ist prinzipiell zugelassen, soll aber kenntlich gemacht werden und basalen Haltungen und Aussagen des Konzeptes nicht widersprechen.

Interkulturelle Kompetenz



9. Identität & Kultur

Bevor man sich mit dem Anderen, dem Fremden, auseinandersetzt, sollte man sich seiner eigenen Kultur und ihrer Besonderheiten bewusst werden [...].
(Payer, 2005)



Interkulturelle Kompetenz



10. Meine kulturelle Identität

Dementsprechend wollen wir uns zunächst mit unserer eigenen kulturellen Identität auseinandersetzen.

Nehmen Sie sich jetzt bitte ausreichend Zeit und ein Blatt Papier und schreiben auf, was Ihre eigene kulturelle Identität ausmacht.

Sind Sie typisch deutsch? Warum? Was bedeutet das für Sie? Was ist Ihnen wichtig? Was ist Ihre Identität? Wie würden Sie sich beschreiben?



Illustration: **Lena Steinke** (https://lena-steinke.de/photography/people_portraits)

Interkulturelle Kompetenz



11. Selbstbild

Jeder Mensch ist ein einmaliges, unverwechselbares Subjekt mit eigenen Eigenschaften, Einstellungen, Erfahrungen, Fähigkeiten und Verhaltensmustern. Wenn wir auf diese Weise unsere Eigenheiten beschreiben, sprechen wir von unserer „subjektiven Identität“ oder von unserem „Selbstbild“.

Identität kann in drei Bereiche unterteilt werden.

Persönliche Identität: Eigenheiten, die weitgehend stabil bleiben - trotz aller Erfahrungen und Entwicklungen (z.B. Alters- Geschlechts- oder Körperidentität).

Soziale Identität: bildet sich durch Erfahrungen mit Menschen und Organisationen, z.B. soziale Rollen: Elternteil, ArbeitnehmerIn oder 'Ausländer'.

Kulturelle Identität: Eigenheiten und Verhaltensweisen, die von der soziokulturellen Umgebung beeinflusst werden, in der wir aufwachsen (z.B. Sprache, Religion, Sitten und Gebräuche, Rituale).

12. Modell der Identität



Nach diesem Modell des Identitätshockers nach Karl Stanjek ist die Zugehörigkeit zu einer Kultur bzw. soziokulturellen Gruppe (nur) ein wichtiger Faktor für eine stabile Identität.

Die Konstellation der drei Stützen erlaubt die Erklärung menschlichen Verhaltens i. S. einer Stabilisierung der Identität – etwa wenn die kulturelle (z. B. religiöse oder ethnische) Zugehörigkeit verstärkt betont wird, falls die soziale Identität instabil ist oder wird (z. B. durch mangelnden Zugang zu sozial anerkannten Rollen und Positionen).

Dies kann zu Selbst-Ethnisierung* führen.

*Selbst-Ethnisierung: kompensatorische Betonung der eigenen kulturell-ethnischen Identität bei Individuen oder Gruppen.

*Bild Rettung, Hilfe & Kultur



Interkulturelle Kompetenz

13. Bedrohung der Identität

Identität...

- ist wichtig für die persönliche Entwicklung und Gesundheit,
- kann Bestandteile aus unterschiedlichen kulturellen Hintergründen enthalten (sog. „Patchwork-Identität“ oder „hybride Identität“),
- wird besonders in Konflikt- und Krisensituationen (z.B. Diskriminierung oder Vertreibung) insgesamt oder teilweise in Frage gestellt.
- der Mensch bemüht sich seine subjektive Identität zu bewahren, zu stärken und zu verteidigen, wenn er sie bedroht sieht (z.B. durch aggressives Verhalten, Rückzug oder Betonung einzelner Identitätsbereiche).

Beispiele für die Bedrohung der Identität können z.B. sein:

Erkrankung, Behinderung, Funktionsverlust im Alter (→ persönliche Identität),

Verlust von Angehörigen, Freunden oder des Arbeitsplatzes, Ausscheiden aus einer (Berufs-)Gruppe (v.a. → soziale Identität),

Leben in fremder Umgebung, Erschwernisse beim Sprechen der Muttersprache oder bei der Religionsausübung (v.a. → kulturelle Identität).

Interkulturelle Kompetenz

14. Jeder Mensch...

...ist in bestimmten Bereichen

- a) wie jeder andere Mensch,
- b) wie einige andere Menschen,
- c) wie kein anderer Mensch

(Kluckhohn & Murray, 1953; zit.n. Bertelsmann Stiftung, 2006)



15. Was ist Kultur?

Identität kann nicht unabhängig von Kultur erklärt werden. Aber was ist Kultur und was macht sie mit uns?

Kultur ist „mentale Software“, die in einem Sozialisationsprozess kulturell „programmiert“ wird.

Im Laufe dieser Sozialisation und vor allem in der Kindheit, der Primärsozialisation, erwirbt das Individuum bestimmte Muster des Denkens, Fühlens und Handelns, die als Werte und Haltungen umschrieben werden.



Kultur ist ein wichtiger Teil des menschlichen Lebens. Sie beeinflusst unsere Ansichten, unsere Werte, unseren Humor, unsere Hoffnungen, unsere Loyalitäten und unsere Sorgen und Ängste.

Wenn wir mit Menschen arbeiten und Beziehungen zu ihnen aufbauen, hilft es, eine Perspektive und ein Verständnis für ihre Kultur zu haben.

Aber es ist auch wichtig daran zu erinnern, wie viel wir gemeinsam haben. Wir sind alle Menschen. Wir alle haben Hoffnungen und Träume und Schmerzen und Angst erlebt.





Es gibt etwa 300 verschiedene Definitionen von Kultur, z.B.: „Kultur ist das Orientierungssystem, welches aus spezifischen Symbolen gebildet wird und in der jeweiligen Gesellschaft, Organisation oder Gruppe tradiert.

Die Kultur beeinflusst das Wahrnehmen, Denken, Werte und Handeln aller ihrer Mitglieder und definiert deren Zugehörigkeit zur Gesellschaft.

Dieses Orientierungssystem ermöglicht den Mitgliedern der Gesellschaft ihre ganz eigene Umweltbewältigung, es erlaubt eine rasche Kommunikation, erleichtert die Orientierung in komplexen sozialen Feldern und fördert die reibungslose und effektive interpersonale Kooperation.“ (Straub / Thomas, 2003)



Z. B ist die Raumwahrnehmung kulturell bedingt.

Raumwahrnehmung ist nicht neutral-mathematisch: Große Hallen wirken beeindruckend, Kellergewölbe gemütlich oder auch drückend.

Welche Empfindung Räume hervorrufen, ist dabei auch kulturell geprägt, d. h. nicht evolutionär festgelegt.

Interkulturelle Kompetenz



16. Kulturstandards I

Ein weiterer praktischer Begriff um menschliches Verhalten zu verstehen, sind "Kulturstandards".

Sie werden im Laufe der Sozialisation erworben und unbewusst gelebt. Sie bilden die Grundlage für eigenes Verhalten und den Maßstab für die Beurteilung fremder Verhaltensweisen.

Als zentrale Merkmale eines kulturspezifischen Orientierungssystems beinhalten sie **"alle Arten des Wahrnehmens, Denkens, Wertens, Handelns [...], die von der Mehrzahl der Mitglieder einer bestimmten Kultur für sich persönlich und andere als normal, selbstverständlich, typisch und verbindlich angesehen werden."** (Thomas, 2003).

Unterschiedliche Kulturen bringen unterschiedliche Kulturstandards hervor. Daraus ergeben sich unterschiedliche, zunächst vielleicht befremdliche Verhaltensweisen.

Versteht man aber, dass diese auf unterschiedlichen Kulturstandards beruhen, dann fällt es vielleicht leichter damit umzugehen. Denn es hilft ungemein zu verstehen, dass nicht alle Menschen unsere Sichtweise (Kulturstandards) teilen.



Interkulturelle Kompetenz

17. Kulturstandards II

Viele interkulturelle Missverständnisse und Probleme resultieren daraus, "... dass man sich der Kulturgebundenheit der eigenen und der spezifischen Wahrnehmungsweise seines fremdkulturellen Partners nicht hinreichend bewusst ist: Es werden Dinge und Sachverhalte als unhinterfragt "normal" angesehen, die für die Wahrnehmungsgewohnheiten des anderen keineswegs plausibel sind.

Wird dieser Plausibilitätsmangel nicht thematisiert oder wird der Sachverhalt solange "uminterpretiert", bis er aus der eigenen Sichtweise heraus plausibel erscheint, bauen alle weiteren Interaktionen zwischen den Beteiligten auf der trügerischen Annahme auf, man hätte z. B. eine gemeinsame Argumentationsbasis.

Faktisch argumentiert man jedoch auf ganz unterschiedlichen Ebenen (ohne es zunächst zu merken).

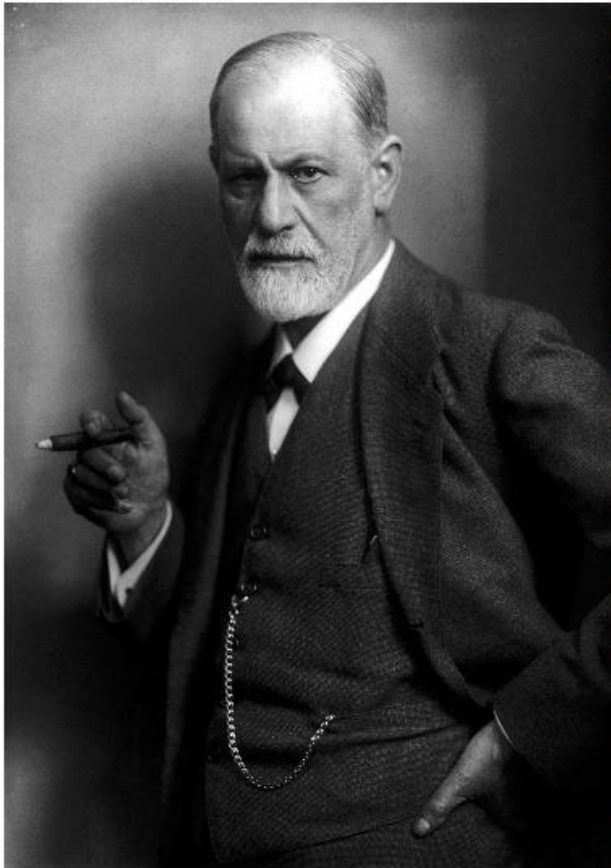
Wenn das gegenseitige Missverstehen dann offenkundig wird, ist die eigentliche Ursache meistens gar nicht mehr bekannt, womit es dann umso schwieriger wird, eine neutrale Beziehungsebene zurückzuerlangen." (Quelle: IKO - Interkulturelle Kompetenz Online (2004))



Die folgende Tabelle verdeutlicht die Unterschiede von Kulturstandards verschiedener Gesellschaften:

	Kulturstandards				
	Deutschland	USA	Peru	Indien	China
Menschen streben nach	Selbstverwirklichung und Eigenverantwortung	Individualismus, Chancengleichheit, Eigeninitiative	Soziale Anerkennung, gegenseitige Hilfe	Familienorientierung, Anerkennung durch bestimmte	Soziale Anerkennung und Gruppenzugehörigkeit
Lebensbereiche	Trennung von Arbeit und Privatem	Identifikation mit der Arbeit, Verbindung mit Privatem	Vermischung von Arbeit und Privatem	Vermischung von Arbeit und Privatem	Einheit und Gemeinschaftsbildung in allen Lebensbereichen
Erstkontakte	distanziert, steif, nüchtern, unpersönlich	(gespielt) fröhlich, kontaktfreudig, zugänglich, "überheblich"	freundlich, jedoch misstrauisch*, abschätzend, wortreich	höflich, respektvoll, emotional, leicht verletzbar	höflich, respektvoll, humorvoll, harmonisch
Verhalten bei Konflikten	Direkte Ansprache, Aufrichtigkeit	indirekter Umgang, Harmonie	indirekt, Suche nach Fremdverschulden, Leid	indirekter Umgang, Harmonie	indirekter Umgang, "Gesicht wahren"
Regeln und Prinzipien	geben klare Orientierung, sind unumstößlich	werden flexibel gehandhabt, Nicht-Einmischung geht vor	werden an der Situation gemessen, dienen nur als grobe Richtlinie	sind wenig bedeutsam, stehen unter der kosmischen Ordnung	werden an der Situation gemessen, dienen nur als grobe Richtlinie
Verhältnis zu Obrigkeiten	kritisch, skeptisch	patriotisch, loyal	misstrauisch, eigensinnig	unterwürfig, aufstrebend	unterwürfig, anerkennend
Denken und Handeln	zielorientiert, planvoll, analytisch, wenig spontan	pragmatisch, planvoll, analytisch, riskikofreudig, spontan	passiv, mythisch-ganzheitlich, flexibel, spontan	anpassungsfähig, ganzheitlich, innovativ, flexibel, spontan	improvisierend, ganzheitlich, flexibel, spontan
Arbeitsmoral	Leistung gegen Bezahlung oder Anerkennung, Ungeduld, kurzfristige Ziele	Leistung nur gegen Bezahlung und Anerkennung, Gelassenheit, Handlungsorientierung	Gemeinschaftliche Leistung, freigiebige Hilfsverpflichtungen, Geduld, Fleiß	Gehorsam gegen Fürsorge, gegenseitige Hilfsverpflichtungen, Bereitschaft für Veränderung	Gehorsam gegen Fürsorge, gegenseitige Hilfsverpflichtungen, Geduld, langfristige Ziele
Umgang mit der Zeit	streng durchgeplant und freizeitorientiert	locker durchgeplant und leistungsorientiert	ungeplant und gegenwärtig	alles gleichzeitig	alles gleichzeitig
Kollektives Selbstverständnis	"Wir sind beliebt, aber..."	"Wir sind die Weltmacht."	"Gemeinsam sind wir stark."	"Es wird schon weitergehen."	"Alle anderen sind Barbaren."
<p>* Diese Kulturstandards in Peru zeigen deutlich die Vermischung der indigenen Kultur mit der europäischen. Die jahrhundertelange Unterdrückung und Ausbeutung der indigenen Bevölkerung, deren Anteil auch heute noch bei 31 / liegt, hat vor allem zu großem Misstrauen gegenüber Fremden geführt. Das Verhalten in Konfliktsituationen hat sich dabei völlig umgekehrt, denn zur Zeit der Inka galt die direkte Aussprache und absolute Ehrlichkeit als große Tugend.</p>					
<p>Das Modell der Kulturstandards wird gern zur Vorbereitung von Mitarbeitern, die ins Ausland gehen verwendet, um sie auf die landestypische Mentalität vorzubereiten. Es darf jedoch nicht als unumstößliche Wahrheit, sondern nur als Indiz mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit betrachtet werden.</p>					
Quelle: wikipedia					

18. Strukturmodell der Psyche



Zum Verständnis des Einflusses von Kultur auf den Menschen ist es hilfreich das Eisbergmodell zu verwenden. Dieses geht auf Sigmund Freud und sein Strukturmodell der Psyche zurück.

Freud beobachtete seine Patienten und nahm an, dass menschliches Handeln in täglichen Situationen nur zu einem kleinen Anteil bewusst bestimmt wird.

Dies widersprach der bisherigen Auffassung, nach der Verhalten nur auf bewusstes Denken und rationales Handeln zurückzuführen sei.

Freud teilte hierzu die Psyche in seinem Strukturmodell in drei Instanzen auf und vertrat die Auffassung, dass die bewussten Anteile des Ichs (Realitätsprinzip) lediglich darüber entscheiden, welche Anteile des Es (des Lustprinzips) und des Über-Ich (des Moralitätsprinzips) in der als wirklich erlebten Wahrnehmungswelt realisierbar seien. Somit weist er auf die überstarke Bedeutung des Unbewussten für das menschliche Handeln hin und ergänzt diese um die Bereiche der verborgenen Subjektivität (Persönlichkeit, Gefühle, Konflikte).

Der größte Teil der Inhalte der Psyche ist dabei im Vorbewussten und im Unbewussten verankert. Nur ein geringer Teil der Inhalte ist dem Menschen gleichzeitig bewusst. Das Eisbergmodell dient als veranschaulichende Analogie für die Verhältnisse.

Es ist nicht eindeutig geklärt, wer diesem Schichtungsmodell Freuds als erstes das Bild eines Eisberges zugeschrieben hat. Allerdings wurde später von verschiedenen Autoren seinem Begriff des sog. Ich, also den bewussten Bereichen der Persönlichkeit der kleinere, sichtbare Teil eines Eisberges über der Wasseroberfläche zugewiesen und den unbewussten Bereichen, also dem, was Freud Es und Über-Ich nannte, der größere, unter Wasser verborgene Anteil.

19. Eisbergmodell

Die sichtbaren Erscheinungen von Kultur sind gerade einmal die Spitze des Eisbergs. Der unsichtbare Teil des Eisbergs, der versteckte, ist die mächtige Basis der sichtbaren Erscheinungen.



Sichtbare Kultur: Sprache, Aussehen usw. sind sichtbare Merkmale der kulturellen Zugehörigkeit, also Dinge, die der Mensch von seiner Kultur zu erkennen gibt bzw. die als einer bestimmten Kultur zugehörig zu erkennen sind.

Unsichtbare Kultur: Der Großteil der identitätsstiftenden Kulturelemente ist zum einen nicht sichtbar und zum anderen teils unbewusst. Unter der Wasseroberfläche liegt der viel größere Teil des Eisbergs, als der nicht-sichtbare, nicht-sofort-erkennbare Teil. Dieser unbekannte Bereich der Kultur muss erst „erforscht“ werden, damit eventuellen „Gefahren der Kollision“ entgegengewirkt werden kann.



Interkulturelle Kompetenz



20. Identität der Anderen



Kommen wir zur Identität der Anderen/Fremden

Was macht diese Frau beruflich?

 Auflösung





Interkulturelle Kompetenz



21. Auflösung



Sie ist Diplom-Pädagogin und in der Ausbildung zur
Kinder- und Jugendpsychotherapeutin.
Sie ist 26 Jahre alt, Deutsche, verheiratet und hat ein
Kind.
Ihre Eltern sind in der Türkei geboren.



22. Stereotype

Die Art und Weise andere wahrzunehmen ist häufig durch Stereotype* geprägt. Sie gehören zum impliziten Wissen eines Einzelnen und einer Kultur. D.h. sie wirken, ohne dass man sich ihrer bewusst ist.

Gerade stereotype Fremdbilder können daher für erfolgreiches interkulturelles Handeln außerordentlich hinderlich sein. Sie verringern den Raum, den man dem Gegenüber zum Aushandeln der Beziehung gewährt, unterstellt man ihm doch durch die Stereotype vorgezeichnete Positionen.

Um Stereotype zu überwinden, muss man sie sich zunächst bewusst machen. „Mit Schemata im Kopf treten wir nicht nur der gesamten Wirklichkeit entgegen, sondern auch ihren Teilbereichen: den uns fremden Menschen.“ (vgl. Ertl, A.; Gymnich, M.: Interkulturelle Kompetenzen – Erfolgreich kommunizieren zwischen den Kulturen. 4. Aufl., Stuttgart 2010.)



Illustration: **Lena Steinke** (https://lena-steinke.de/photography/people_portraits)

* Stereotype sind verallgemeinernde Zuschreibungen von Eigenschaften und Verhaltensweisen zu den Mitgliedern einer sozialen Gruppe oder Kategorie.

23. Stereotype als Pseudowissen

Stereotype sind primär gedankliche Prozesse und basieren auf (Pseudo-)Wissen, das innerhalb einer Gruppe geteilt wird.

Hier ein Beispiel:

Ein Kreuzfahrtschiff mit internationalem Publikum an Bord rammt einen gewaltigen Eisberg und beginnt langsam zu sinken. Da die Rettungsboote klemmen, gibt der Kapitän den Befehl, dass die Passagiere unverzüglich die Schwimmwesten anlegen und von Bord springen sollen.

Nach zehn Minuten kehrt der Erste Offizier verzweifelt zurück und meldet: "Keiner ist bereit zu springen. Was sollen wir tun?" Da geht der Kapitän selbst von der Brücke, und nach weiteren zehn Minuten sind alle Passagiere von Bord. "Wie haben Sie das denn bloß gemacht?" fragt der Erste Offizier erstaunt. "Ganz einfach, mein Lieber", sagt der Kapitän,



den Engländern habe ich gesagt, es sei unsportlich, nicht zu springen,

den Italienern, das Springen von Bord sei streng verboten.

den Schotten, es gäbe die Schwimmwesten umsonst,

den Amerikanern, sie seien versichert,

den Russen, es sei zwar traurig aber romantisch,

den Franzosen, die Engländer seien dagegen,


den Deutschen, dies sei ein Befehl und

den Japanern, es sei gut für die Potenz.

24. Stereotype als Orientierungshilfe

Im Alltag und besonders in komplexen Situationen fungieren Stereotype als 'Orientierungshilfen' bei der Informationsverarbeitung und Handlungssteuerung, denn die menschliche Wahrnehmung ist ein meist unbewusst ablaufender aber aktiver Prozess.

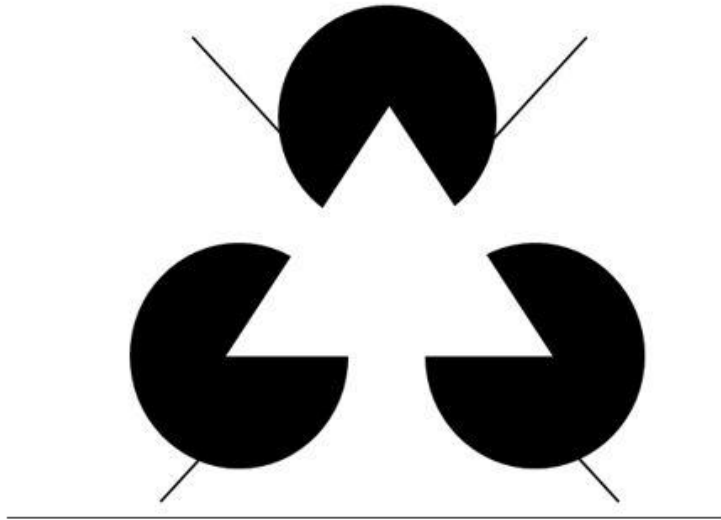
Das Gehirn als 'Sinngabungsorgan' folgt dabei dem Prinzip der 'kognitiven Ökonomie'. Wie diese unbewusste Wahrnehmung funktioniert, zeigt das folgende

 Beispiel



25. Kognitive Ökonomie

Sie sehen wahrscheinlich auch ein weißes Dreieck auf drei Kreisen auf diesem Bild. Dies ist ein Wahrnehmungsfehler, denn das Dreieck existiert physikalisch nicht. Da die dreidimensionale Struktur einfacher, logischer und bekannter erscheint, sehen die meisten Menschen hier jedoch ein weißes Dreieck.



Diese Komplexitätsreduktion läuft automatisch, also unbewusst ab und kann auch durch bewusste Kontrolle nur zeitweise unterdrückt werden.

Das Prinzip ‚Schnelligkeit vor Genauigkeit‘ ist ein evolutionär vorteilhafter und insbesondere zur Alltagsbewältigung notwendiger Prozess, welcher aber eben auch fehleranfällig ist.

Diese Fehler sind im Alltag überwiegend bedeutungslos und bleiben ohne Konsequenzen.

Bei komplexen Tätigkeiten wie der Versorgung von Notfallbetroffenen können sie aber erhebliche Folgen haben (vgl. St. Pierre, Hofinger & Buerschaper, 2011, S. 89 ff.).



26. Schubladendenken



Mit Hilfe sozialer Kategorisierungsprozesse versuchen wir, unsere soziale Umwelt überschaubarer und handhabbarer zu machen.

In diesem aus praktikablen Gründen schematisiert stattfindenden Teil unseres Denkens entstehen Stereotype.

Stereotype bilden nicht die Wirklichkeit ab, denn es findet kein (regelmäßiger) Abgleich der Ordner mit ihrem tatsächlichen Inhalt statt, deshalb sind Stereotype auch relativ

resistent.

Das Wahrnehmen anderer Menschen, sowie das Denken über sie, die sogenannte soziale Wahrnehmung erfolgt weitgehend unter Verwendung sozialer Kategorisierungen. Die bei der Begegnung mit fremden Menschen am häufigsten verwendeten sind Alter, Geschlecht und ethnische Zugehörigkeit.

Daraus kann Schubladendenken resultieren. Dieses speist sich aus unhinterfragten Verallgemeinerungen, unreflektierten Stereotypen und bietet damit einen idealen Nährboden für Diskriminierung.

Ein Beispiel für Schubladendenken ist Kulturalisierung, also die Überbetonung des Faktors Kultur unter Ausblendung individueller Persönlichkeitsmerkmale, was zu stereotypen Sichtweisen führen kann.

(Zum Weiterlesen: [Die Kulturalisierung von sozialen Konflikten](#))

Es bietet sich also an seine Stereotype ab und zu zu überdenken.



27. Überprüfen von Stereotypen



Was macht dieser Mann beruflich?

Auflösung



28. Auflösung



Er ist Leutnant und studierender Offizier. Er ist 26 Jahre alt und seine Eltern stammen aus Mozambique und Deutschland.

29. Vorurteile



Vorurteile sind pauschale und in der Regel negative Bewertungen von anderen Gruppen(-mitgliedern). Sie basieren wie Stereotype auf unsicherem aber sozial geteiltem Wissen, sind jedoch stärker mit Gefühlen und Verhaltenstendenzen (z.B. zur Diskriminierung) verbunden.

Vorurteile bleiben oft trotz gegenläufiger Informationen bestehen und dienen weniger der Orientierung als der Stabilisierung der eigenen Identität und der positiven Einschätzung der eigenen Person oder Gruppe.

Vorurteile entstehen z.B. auch durch Kulturalisierung, also einer Umdeutung und

Verkürzung von Verhaltensweisen und wahrgenommenen Unterschieden auf kulturelle Merkmale.

Vorurteile verringern die Komplexität von Hintergründen, Zusammenhängen und Prozessen. Dadurch erscheinen diese leichter erklärbar, allerdings werden wichtige andere Aspekte nicht berücksichtigt. Zudem sind damit oft 'Schuldzuweisungen' für (Interaktions-)Probleme verbunden.

Vorurteile werden auch gern benutzt, um die eigene Kultur und bestehende Herrschaftsverhältnisse zu legitimieren.

So werden sowohl in westlichen als auch islamischen Medien die jeweils anderen Frauenbilder als negative Stereotype (unterdrückt im Islam, als Sexobjekt herabgewürdigt im Westen) dargestellt. Die kulturell bedingte, vermeintlich weit problematischere Situation von Frauen im jeweils anderen Kulturkreis wird in der öffentlichen Debatte gerne zur Relativierung der in beiden Regionen bestehenden gesellschaftlichen Missstände herangezogen. Im Westen ebenso wie in islamischen Ländern sollen Frauen mit der Botschaft beruhigt werden: "Verglichen mit den Frauen in anderen Gesellschaften habt ihr es doch gut."

Quelle



30. Ethnozentrismus

Vorurteile können auch auf Ethnozentrismus basieren.

Der Begriff Ethnozentrismus „ist ein primär psychologischer, der aber auch in unterschiedlichsten sozialwissenschaftlichen und politikwissenschaftlichen Untersuchungen verwendet wird, um die Voreingenommenheit eines Individuums oder einer Gruppe gegenüber fremden Gruppen zu beschreiben. Dabei werden die Merkmale der eigenen Gruppe, der ein Individuum angehört, als Bewertungsgrundlage vorausgesetzt und gegenüber denen von Fremdgruppen für überlegen gehalten.“

Das Überlegenheitsgefühl kann sich dabei „auf Kultur, Lebensweise, Lebensstil, Weltanschauung oder Religion beziehen.“

Eine besondere Form des Ethnozentrismus ist der Eurozentrismus. Die als eigen empfundene Gruppe umfasst in diesem Fall nicht eine bestimmte (historisch gewachsene) Kultur, sondern viele verschiedene Kulturen unterschiedlichster Herkunft, die sich (freiwillig oder unfreiwillig) mit der europäischen Kultur identifizieren. Diese ist durch die christliche Religion geprägt – deren Missionsgedanke vielen anderen Kulturen fremd ist – sowie durch den Kapitalismus. Die Kolonialisierung der Welt und das große Interesse, andere Kulturen von der (angeblichen) Richtigkeit der eigenen Ideologien zu überzeugen, sind vor allem europäische Phänomene. (Quelle: Wikipedia)

„Das Phänomen Ethnozentrismus basiert auf der Überzeugung, dass die eigenen Verhaltensmuster und die der ethnischen Gruppe, der man angehört, immer normal, natürlich, gut, schön oder wichtig sind. Vor diesem normativen Maßstab können Fremde – deren Kultur sich deutlich unterscheidet – als wild, unmenschlich, ekelhaft oder irrational bewertet werden.“

Diese Denkweise kann den Umgang mit fremden Kulturen erheblich erschweren und sogar....

(Vgl: Ulrich Schneckener: Ethnozentrismus, in: Dieter Nohlen (Hg.): Lexikon der Politik, Bd. 7 (Politische Begriffe), C.H. Beck, München 1992ff, 156; LeVine, R.A. & Campbell, D.T. (1972). Ethnocentrism: Theories of Conflict, Ethnic Attitudes, and Group Behavior. New York: John Wiley.)

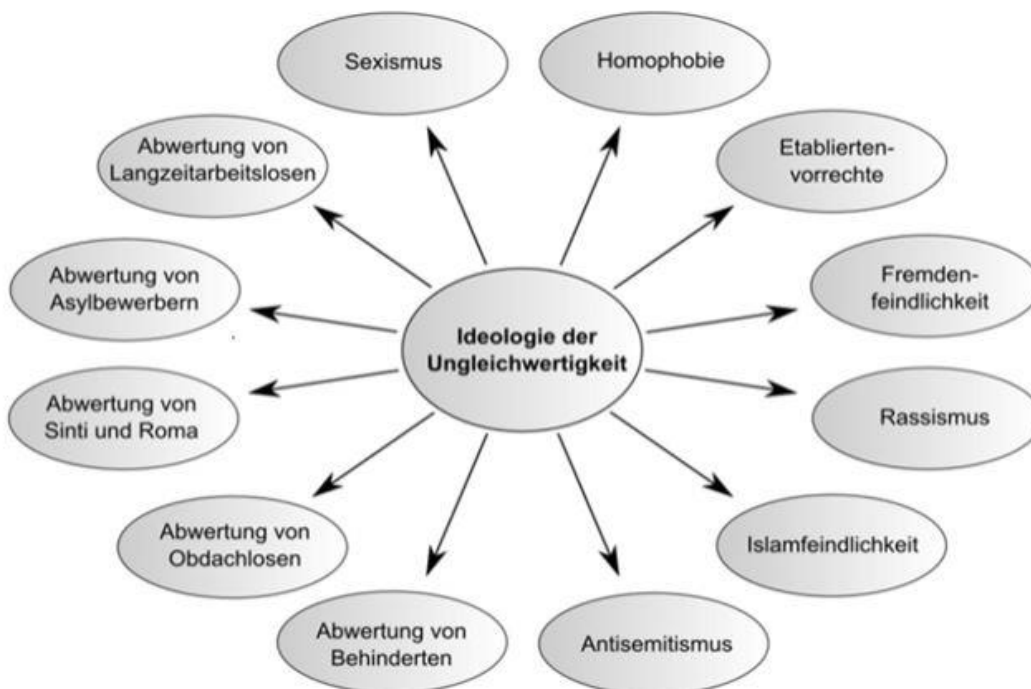
31. Gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit

... bis hin zu "gruppenbezogener Menschenfeindlichkeit" führen.

Die Ausländer, die Asylanten, die Muslime, die Obdachlosen, die Juden, die Schwulen – immer dann, wenn Menschen aufgrund eines oft einzigen gemeinsamen Merkmals in Gruppen eingeteilt und diese abgewertet und ausgegrenzt werden, spricht man von Gruppenbezogener Menschenfeindlichkeit.

Wenn Menschen aufgrund ihrer zugewiesenen Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe als irgendwie 'anders', 'fremd' oder 'unnormale' markiert werden, dann wird aus 'ungleich' sehr leicht auch ein 'ungleichwertig'.

Vorurteile gegenüber einer Gruppe - wie z.B. Einwanderern - treten in der Regel nicht allein auf, sondern die Abwertung einer Gruppe geht Hand in Hand mit der Abwertung anderer Gruppen.





Stets geht es darum, soziale Hierarchien aufrechtzuerhalten bzw. herzustellen.

Nicht überraschend ist die empirische Bestätigung, dass folgende ideologische Grundhaltungen besonders wichtige Faktoren für Menschenfeindlichkeit sind:


Die Neigung einer Person zum Autoritarismus, also übersteigerten positiven Einstellung zu Law-and-Order und gleichzeitig der Bereitschaft zu Gehorsam, die soziale Dominanzorientierung, d.h. die explizite Befürwortung von sozialen Hierarchien, und die generelle Ablehnung von kultureller und religiöser Vielfalt, die mit einer höheren Zustimmung zu allen Elementen der Gruppenbezogenen Menschenfeindlichkeit, also z.B. auch mit Homophobie und Sexismus zusammenhängt.

Im Vergleich zu etlichen unserer europäischen Nachbarn ist das Verständnis einer vielfältigen Gesellschaft in Deutschland unterentwickelt. Dafür sprechen zumindest Befunde, nach denen Befragte in Deutschland im Vergleich zu denen in vielen anderen europäischen Ländern besonders selten der Ansicht sind, die "muslimische Kultur" passe gut in ihr Land.

Menschenfeindlichkeit wird zudem von einer ökonomistischen Werthaltung befördert, die Menschen nach ihrer Nützlichkeit beurteilt.

Darüber hinaus neigen Befragte, die sich in der modernen Welt orientierungslos fühlen zu mehr Gruppenbezogener Menschenfeindlichkeit.

Eine schützende Wirkung vor Menschenfeindlichkeit hat hingegen der Kontakt zu jenen, die als "anders" gelten. Dieser Schutz, das ist bemerkenswert, ist nicht auf die Gruppe begrenzt, zu der Kontakt besteht, sondern färbt auch positiv auf die Einstellungen zu anderen sozialen Gruppen ab. Wer z.B. Kontakt zu eingewanderten Menschen pflegt, neigt nicht nur weniger zu Fremdenfeindlichkeit, sondern z.B. auch weniger zu Homophobie.

 Quelle





32. Vorurteile und Einsatz

Im Berufsalltag sind die unterschiedlichsten Menschen gemäß ihren Bedürfnissen und den geltenden ethischen und rechtlichen Standards zu versorgen.

Bestehen bei Helfenden erhebliche Vorurteile gegenüber den jeweiligen Betroffenen, müssen diese Helfenden die damit verbundenen negativen Emotionen im Einsatz regulieren, um handlungsfähig zu bleiben.

Dieser innere Prozess bindet Ressourcen, die dann für eine professionelle Versorgung von Betroffenen fehlen.

Dadurch wird Stress erzeugt bzw. erhöht – im und ggf. auch nach dem Einsatz (vgl. 5. Interkultureller Einsatzstress).

Es ist daher zu empfehlen, dass Helfende eigene Vorannahmen, Kategorisierungen und Einstellungen bzgl. bestimmter Menschen(-gruppen) überprüfen und ggf. bearbeiten, um auch diese Menschen im Einsatz vollständig professionell versorgen zu können.

Hier hilft die Stärkung der eigenen interkulturellen Kompetenz.





33. Zusammenfassung Interkulturelle Kompetenz

Worin besteht nun interkulturelle Kompetenz?

Sich seiner eigenen kulturellen Werte, Stereotype und Vorurteile bewusst zu werden, ist schon mal ein guter Anfang.

Weitere Elemente sind das Bewusstsein über und die Akzeptanz von kulturellen Unterschieden, z.B. soziokulturelle Unterschiede im Umgang der Betroffenen mit Schmerz und Stress. Es ist wichtig zu verstehen, dass unterschiedliche Kulturen Informationen verschieden ausdrücken und interpretieren. Dazu mehr in Modul 2.

Für den Berufsalltag hilft es, sich ein Arbeitswissen über verschiedene gesundheits- und krankheitsbezogene Überzeugungen, Sitten und Behandlungen verschiedener Gruppen anzueignen. Ebenso ist Flexibilität auf kulturelle Unterschiede eingehen zu können gefragt. Z. B. die sprachliche Anpassung von Informationen.

Folgende Merkmale interkultureller Kompetenz können zusammengefasst werden:

Haltungen, Einstellungen und Eigenschaften

- Motivation und Interesse an interkulturellem Kontakt
- Respekt gegenüber Sitten und Gebräuchen anderer Menschen
- Unvoreingenommenheit, Verzicht auf negative Bewertungen
- Höflichkeit, Freundlichkeit und Diplomatie
- Geduld und Toleranz
- Widersprüche annehmen und aushalten können (Ambiguitätstoleranz)

Fähigkeiten

- Kommunikationsfähigkeiten (z.B. Zuhören und wichtige Anliegen erfassen können)
- Ruhiges und kontrolliertes Verhalten bei Schwierigkeiten (Impulskontrolle)
- Fähigkeiten zur Lösung von Konflikten
- Reflektierter Umgang mit Stereotypen

Wissen und Kenntnisse

- Allgemeines Wissen und Bewusstheit über Kulturunterschiede
- Kenntnisse über bestimmte Kulturen
- Sprachkenntnisse



34. Fazit

Interkulturelle Kompetenz im Einsatz trägt dazu bei Arbeits-/Einsatzaufträge in einem interkulturellen Kontext möglichst vollständig umzusetzen und Notfallpatienten mit Migrationshintergrund besser und erfolgreicher zu versorgen.

Interkulturelle Kompetenz leistet damit auch einen Beitrag zur Arbeitszufriedenheit und Stressreduktion des Rettungsdienstpersonals.

Interkulturelle Kompetenz ist eine Schlüsselkompetenz - jetzt und in Zukunft.



35. Vielfalt

Interkulturelle Kompetenz ist aber nur ein Teilaspekt einer generell notwendigen Diversitätssensibilisierung. Um dieses Wort zu erklären, haben wir uns für den nachfolgenden Film entschieden, statt viele Worte zu verwenden.



36. Exkurs - Interkulturelle Öffnung

Der Anspruch des Bevölkerungsschutzes ist die möglichst gute Vorbereitung und Versorgung möglichst aller Bevölkerungsmitglieder und -gruppen. Die soziokulturelle und ethnische Diversität der Bevölkerung stellt eine Herausforderung für Planende und Ausführende des Bevölkerungsschutzes dar.

Auch in anderen kulturell diversen Ländern, wie den USA, Australien oder Neuseeland sowie in der globalen Humanitären und Katastrophenhilfe wird zunehmend die Notwendigkeit einer Passung von Hilfsmaßnahmen mit soziokulturellen Merkmalen der betroffenen Menschen und Gesellschaften thematisiert.

Der Bedarf an der Vermittlung interkultureller Kompetenzen in Deutschland wurde bereits erkannt und umgesetzt. So gibt es z.B. beim DRK seit 2010 das Modul „Interkulturelle Kompetenz“ als festen Bestandteil des Fachlehrgangs der Rettungssanitäter und der schulischen Ausbildung der Rettungsassistenten (als es diese Ausbildung noch gab).



37. Leitbilder

Rettungsdienstmitarbeiter sind nicht nur allgemeinen ethischen Grundsätzen, wie sie in Gesetzen formuliert sind, verpflichtet, sondern auch den Leitbildern ihrer Dienstgeber.

Hier exemplarisch die das Leitbild der Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. sowie die Butzbacher Erklärung.

Für Menschenwürde und ein friedliches Miteinander



Die Johanniter engagieren sich in vielfältiger Weise in der Flüchtlingshilfe. Wir betreiben Flüchtlingsvereinigungen in ganz Deutschland und unterstützen die neu Ankommenden bei ihrem ersten Schritt zur Integration. Über unsere Auslandsstellen leisten wir einen Beitrag dazu, die Lebensbedingungen der Menschen in den Herkunftsländern zu verbessern.

Flüchtlingshilfe als humanitäre Aufgabe
Wir Johanniter setzen uns für Flüchtlinge ein, weil wir dies als unsere humanitäre Aufgabe verstehen. Wir sind dem christlichen Gebot der Nächstenliebe verpflichtet und richten unsere Hilfe an Menschen in Not - gleich welcher Religion, Nationalität und Kultur. In unserer täglichen Arbeit legen wir größtes Wert darauf, die Menschewürde eines jeden Einzelnen zu wahren, ungeachtet seines asylrechtlichen Status. Dabei legen wir ein besonderes Augenmerk auf den Schutz von Frauen, Kindern, ungeleiteten Minderjährigen und anderen schutzbedürftigen Personen.

Integration in die Gesellschaft und in unsere Organisation
Wir verstehen Integration an die gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen an allen wirtschaftlichen, sozialen und gesellschaftlichen Bereichen. Als große Hilfsorganisation wollen wir unseren Beitrag zur Bewältigung dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe leisten. Dies tun wir in enger Partnerschaft mit der öffentlichen Hand, anderen Hilfsorganisationen, Kirchen, bürgerschaftlichen Initiativen und der Wirtschaft.

Das Engagement für die Menschen, die bei uns Zuflucht suchen, sehen wir als gemeinschaftliche, zukunftsgerichtete Aufgabe aller Johanniterinnen und Johanniter. Integration bedeutet dabei für uns auch die Einbeziehung von Menschen anderer Herkunft und Kultur als Mitarbeiter und Ehrenamtliche in unsere Organisation - unter Wahrung unserer Tradition und unserer Werte und auf der Grundlage unseres christlich geprägten Leitbildes.

Gegen Intoleranz, Fremdenfeindlichkeit und Gewalt
Wir sehen die großen Herausforderungen, die mit der Aufnahme und Integration von Flüchtlingen verbunden sind, jede Minute auf Europa der Gottesdienste setzen wir ab, sondern treten für eine sachliche und lösungsorientierte Auseinandersetzung ein. Wir treten jeglicher Form von Intoleranz, Fremdenfeindlichkeit und Gewalt gegen Flüchtlinge entschieden entgegen. Dies gilt gleichmaßen für verbal oder körperliche Anfeindungen gegenüber unseren Mitarbeitern und Ehrenamtlichen.

Wir machen uns stark für ein friedliches Miteinander aller Menschen in unserem Land. Dazu dienen Mitmenschlichkeit und gegenseitige Respekt sowie die Anerkennung unseres Grundgesetzes und der Werte unserer Gesellschaft.

Butzbach/Nieder-Weisel, 28. Februar 2016



DIE JOHANNITER
Aus Liebe zum Leben

Leitbild der Johanniter-Unfall-Hilfe

Wir Johanniter sind dem christlichen Gebot der Nächstenliebe verpflichtet und verstehen uns als Teil der evangelischen Christenheit. In der Tradition des über 900 Jahre alten Johanniterordens helfen wir weltweit.

Als Johanniter gestalten wir unsere Gesellschaft mit und bieten Menschen, die ehren- und hauptamtlich helfen wollen, eine Heimat. Wir fördern die Entwicklung und Bildung von Kindern und Jugendlichen.

Im Mittelpunkt unseres täglichen Handelns stehen Menschen, die unserer Unterstützung bedürfen. Unsere Hilfe richtet sich an alle Menschen gleich welcher Religion, Nationalität und Kultur. Sie gilt den Hilfebedürftigen auch in geistiger und seelischer Not.

Unsere Leistungen sind innovativ, nachhaltig und von höchster Qualität. Mit der Erschließung neuer Wirkungsfelder reagieren wir auf gesellschaftliche Entwicklungen und die Herausforderungen der Zeit. Wir bieten umfassende medizinische, pädagogische und soziale Dienste an.

Wirtschaftlichkeit, Zuverlässigkeit und ausgeprägtes Qualitätsbewusstsein sind Grundlage unserer Arbeit.

Mit Spenden und Fördermitteln gehen wir verantwortlich um und legen dabei Wert auf Transparenz.

Wir leben eine Gemeinschaft von ehrenamtlichen und hauptberuflichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die vertrauensvoll zusammenarbeiten.

Unsere Umgang miteinander ist geprägt von Achtung und Respekt.





DIE JOHANNITER
Aus Liebe zum Leben



38. Nationale Beispiele

Vermeehrt widmen sich nationale Organisationen dem Thema Interkulturellen Miteinanders.

Interkulturelle Öffnung ist z. B. eine Strategie der Organisationsentwicklung, um diese an ihre Aufgaben in einer kulturell vielfältiger werdenden Gesellschaft anzupassen.

Interkulturelle Öffnung ist schon seit den 1990er Jahren Thema in diversen Organisationen und Institutionen, z.B. in der öffentlichen Verwaltung oder im Gesundheitswesen.

DRK - Generalsekretariat
Berlin



Viele Gesichter - Ein Verband
**Die Interkulturelle Öffnung
im DRK**



Schulungsmaterial für MultiplikatorInnen zum Projekt
**„Deine Feuerwehr – Unsere Feuerwehr!
Für ein offenes Miteinander“**
Neues Kapitel: Interkultureller Dialog und Konfliktmanagement

2015

NOTRUF
112

8/2015

DEUTSCHER FEUERWEHR VERBAND

Logo of Deutscher Feuerwehrverband



Handreichung zur interkulturellen Öffnung der Feuerwehren

**„Einsatz braucht Vielfalt –
Vielfalt braucht Einsatz“**





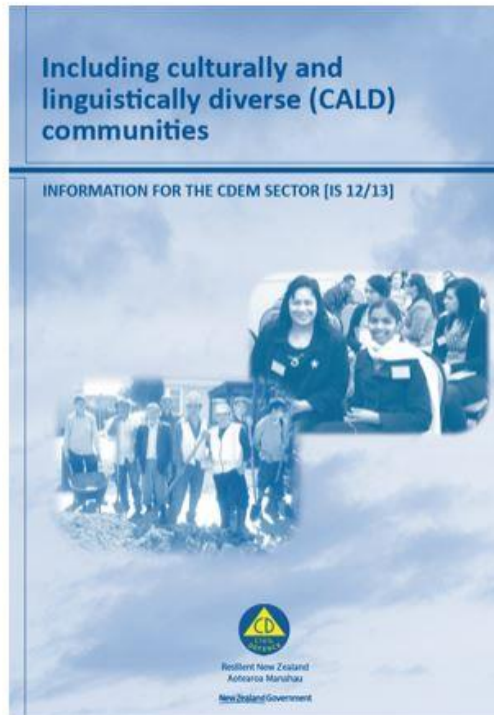
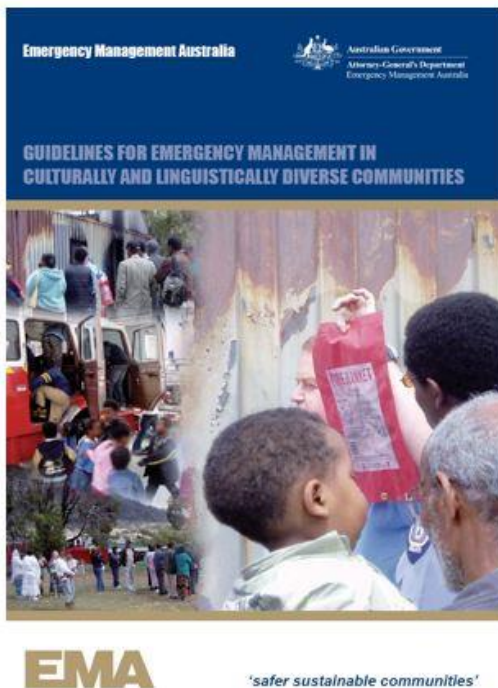
39. Internationale Beispiele

International sind die USA aber auch Neuseeland und Australien Vorreiter in Punkto interkultureller Öffnung.

Hintergründe für die interkulturelle Öffnung waren Belege für Ungleichbehandlung von Minderheitengruppen im Gesundheitssystem („Unequal Treatment“) insbesondere während Katastrophen (v. a. Hurricane Katrina, 2005).

Als Reaktion wurden in den USA die „Nationalen Standards für kulturell und linguistisch angemessene Gesundheitsversorgung (CLAS)“ und das Programm „Think Cultural Health“ entwickelt, welches Online Ressourcen und E-Learning für medizinisches Personal und den Bevölkerungsschutz zur Verfügung stellt.

 Link





40. Humor verbindet

Zum Abschluss des ersten Moduls nun noch eine unterhaltsame Auseinandersetzung mit Stereotypen, Vorurteilen u.ä..

Viel Spaß beim Perspektivwechsel!

-  Klischees
-  arabische Medizin
-  Rassismus
-  Heimat
-  Unterschiede wovor sich Deutsche/Ausländer fürchten
-  Deutsche vs. Kanaken
-  soziale Brennpunkte
-  Rassistischer Lehrer
-  Hitlers Nazis mit Migrationshintergrund
- Cüneyt Akans Frau ist Rassist
-  Elias Kordoba und der Grammatik-Exorzist
-  Osan Yaran - Bitches und Beispiele
-  Frühshoppen
- Salim Samatou - Rassismus unter Tieren
-  Özgür Cebe - Gerösteter Türke
-  Özgür Cebe - Keine Lust auf Integration

Empfohlen sei auch der Youtube Kanal von

-  GermanLifeStyle



Modul 2 – Migranten & Gesundheit

INHALTSVERZEICHNIS

- 1. Migration - warum?
- 2. Migration - wie?
- 3. Migration - wer?
- 4. Was passiert wenn Mensch migriert?
- 5. Phasen der Migration
- 6. Phasenmodell nach Sluzki
- 7. Migrationsspezifische Risiken
- 8. Spezielle Problemlagen
- 9. Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus
- 10. Asylsuchende
- 11. Unbegleitete minderjährige Geflüchtete (UMG)
- 12. Psychische Vorerkrankungen
- 13. Genitale Verstümmelung
- 14. 5 Prinzipien nach Hobfoll
- 15. Zugang zu Gesundheitsdiensten
- 16. Rettungswesen als Basisversorgung
- 17. Medizin als kulturelles System
- 18. Körperkonzepte
- 19. Ursachen für Krankheit
- 20. Konzepte von Gesundheit und Krankheit
- 21. Erklärungsmodell nach Kleinman
- 22. Trauer und Kultur
- 23. Soziokultureller Hintergrund von Trauer
- 24. Umgang mit Tod in anderen Kulturen
- 25. Trauer im interkulturellen Einsatz
- 26. Glaubensprinzipien im Islam
- 27. Fazit
- 28. Exkurs - Opfer von Menschenhandel



Migranten & Gesundheit



1. Migration - warum?

Im ersten Modul haben Sie sich mit Interkultureller Kompetenz und Fragen der Identität beschäftigt. Im zweiten Modul wollen wir uns mit den Anderen, den Fremden beschäftigen. Wer sind sie und was gibt es im Umgang mit ihnen aus fachlicher Sicht zu beachten. Zunächst lassen wir sie selbst zu Wort kommen.

Warum verlassen Menschen ihre Heimat?

"Würdest du dein Zuhause verlassen, wenn es dein Leben retten würde?"

"Würdest du gehen, wenn ein anderes Land deiner Familie ein besseres Leben bieten würde?"

"Würden Sie Ihr Zuhause verlassen, wenn Sie verfolgt würden?"

"Würden Sie in ein anderes Land ziehen, wenn Sie keine Arbeit finden könnten?"

"Würdest du alles zurücklassen, all deine Freunde, deine ganze Familie, all dein Hab und Gut, alles, mit dem du gespielt hast, alles, mit dem du aufgewachsen bist?"



(Sajwaa) "Ich verließ den Irak im Jahr 2006 mit meinen drei Kindern aufgrund der eskalierten Situation dort. Im Irak gab es einen Bürgerkrieg, und aufgrund meines Hintergrunds und des meines Mannes waren wir von verschiedenen Parteien verfolgt und bedroht worden."



(Shakeeb) "Ich verließ Indien auf der Suche nach mehr Erfahrung und weil ich mich in meinem Beruf weiterentwickeln wollte. Ich wollte etwas über verschiedene Küchen lernen und ich hatte immer von Europa gehört; dass es mehr Arbeit und bessere Arbeitsbedingungen gibt, mehr Arbeitsplatzsicherheit und dass Menschen toleranter gegenüber Menschen aus anderen Teilen der Welt sind".



(Alain) "Ich habe den Kongo wegen politischer Probleme verlassen. Gerade in unserem Land läuft es nicht gut; Menschen hungern jeden Tag, Schüler gehen nicht zur Schule, es gibt keine Freiheit, man kann sich nicht einmal frei äußern und ich dachte, wenn ich in dieses Land zurückgehe, würde ich sterben oder vielleicht verfolgt werden".



(Ines) "Mein Name ist Ines, ich komme aus Portugal und kam wegen der Arbeit nach England. Zu der Zeit war es nicht so schlimm wie heute, aber ich konnte zwei Jahre lang keine Arbeit finden. Eine Zeitlang habe ich befristete Jobs gemacht aber diese wurden immer weniger, bis ich nichts mehr hatte".



(Priyanga) "Ich kam einfach für ein besseres Leben hierher. Meine Eltern und ich, wir haben Sri Lanka verlassen, als ich zwölf Jahre alt war, und wir mussten das Land verlassen, weil der Bürgerkrieg ausgebrochen war und das Leben meiner Eltern in Gefahr war. Als wir nach Großbritannien kamen, war es das Jahr 2000 und mehrere Standorte - Asylanträge - wurden ursprünglich abgelehnt und wir mussten immer wieder neue Ansprüche stellen".



Migranten & Gesundheit



2. Migration - wie?

Auf welchen Wegen verlassen Menschen ihre Heimat?

“Wenn man die Wahl hat, denke ich, verlässt niemand freiwillig sein Land”.

“Es war schrecklich, meine Familie zurückzulassen”.

“Das Beste daran ist in einem sicheren Land zu sein, wo die Menschen frei sagen können, was sie sagen wollen.“



(Sajwaa) Wir mussten den Irak verlassen, ohne es jemandem zu sagen. Während der Fahrt auf der Straße zur syrisch-irakischen Grenze stand ein amerikanischer Panzer vor unserem Auto. Zuerst hat der Soldat auf diesem Panzer eine rote Fahne geschwenkt, also haben wir angehalten. Und dann, nach einer Weile, hob derselbe Soldat eine orangefarbene Flagge. Diese orangefarbene Flagge sollte logischerweise so interpretiert werden, sich bereit zu machen, genau wie bei Ampeln, aber der Fahrer, der das Auto fuhr, begann loszufahren. Das war eine wirklich lebensgefährliche Situation, denn in dieser Minute fing der Panzer der nun neben uns war, an auf unser Auto zu schießen”.



(Ebrahim) “Ich bin Iranisch-Kurdisch. Ich hatte in meinem Land politische Probleme und musste eines Tages sehr dringend das Land verlassen. Wir sprachen mit dem Fahrer und dann mussten wir nach hinten in den LKW gehen. Da war eine Lücke in der Mitte, dorthin begaben wir uns, so dass es aussah, als wären wir verschwunden, niemand konnte uns sehen wenn sie die Tür öffneten. Manchmal hielt der LKW an und der Fahrer sagte: "Ich möchte mich ausruhen" und dann schlief er für ungefähr zehn Stunden und dann fuhren wir weiter. Aber als ich aus dem LKW ausstieg, wusste ich nicht, wo ich war. Ich fragte den Fahrer, er sagte "wir sind in Großbritannien". Ich wollte nur in Sicherheit sein, ich konnte nicht einmal Englisch sprechen, ich war sehr hungrig, ich hatte vier oder fünf Tage nicht geschlafen”.



(Glenda) "Ich verließ die Philippinen im Januar 2002 und wir waren in einer Gruppe, ungefähr vierzehn von uns. Als wir Paris erreichten, sagte ich zu meinem Freund: "Kannst du mich kneifen?" Ich konnte nicht glauben, dass ich da war!"



(Priyanga) "Es war sehr schwer, am Anfang Freunde zu finden. Sie wollten nicht mit dir reden, weil du anders warst und wenn sie gesehen würden, wie sie mit dir sprechen, waren sie anders und sie waren sich dessen bewusst."



(Ines) "Ich weiß nicht, ob Sie es wissen, aber in Portugal gibt es auch viele Migranten. Wir bilden uns eine Meinung, über Migranten in unserem eigenen Land, aber als ich herkam, hat sich meine Perspektive stark verändert, wie sie sich vorstellen können. Ich kann die Gründe sehen und verstehen, warum Menschen es tun und wie fragil diese Menschen sind, einfach weil sie nicht an dem Ort sind, der so funktioniert, wie sie es kennen. Sie sehen keine Menschen, die sie kennen und jeden Tag sehen. Jetzt, wenn ich nach Portugal reise, wo ich zuvor große Vorurteile gegenüber den Migranten hatte, schaue ich sie jetzt an und wünsche ihnen alles Gute".

 das Projekt „Positive Images“



3. Migration - wer?

Wer sind die Migranten?



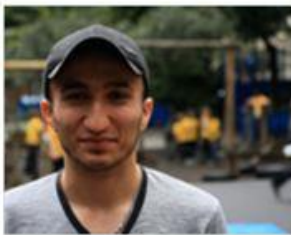
(Glenda) "Ich bin kein Asylbewerber, ich bin Wanderarbeiterin und kam legal zum Arbeiten her."

"Ich bin Krankenschwester, ich bin Philippina, ich arbeite hart, und ich bin sehr gut und sehr freundlich".



(Sajwaa) "Ich bin kein Wirtschaftsmigrant. Ich bin Flüchtling. Die Regierung hat meinem Asylantrag zugestimmt, weil ich in meinem Land verfolgt wurde."

"Ich bin Lehrerin und Mutter dreier Kinder. Alle meine Kinder studieren; und ich bin Deine Nachbarin."



(Ebrahim) "Ich bin kein Flüchtling, sondern Asylbewerber, denn die Regierung hat noch nicht entschieden, ob sie meinen Asylantrag akzeptiert."



(Priyanga) "Ich bin Flüchtling".



(Shakeeb) "Ich bin Arbeitsmigrant."

"Asylbewerber ist nur ein Status, aber dahinter befindet sich eine Person".



(Ines) "Ich bin eine Frau. Wie jede Frau auf der Welt bin ich Tochter, Schwester, Mutter, Arbeiterin. Ich bin widerstandsfähig, leidenschaftlich, und ich lächle, wenn ich nervös werde!"

das Projekt „Positive Images“

Migranten & Gesundheit



4. Was passiert wenn Mensch migriert?



5. Phasen der Migration

Migration wird meist als positive Option zur Lebensgestaltung aber auch als potenziell gesundheitsgefährdende Stresserfahrung für Menschen(-gruppen) beschrieben und beforscht (Borde & David, 2007).

Die Heterogenität von MigrantInnen und Migrationskontexten macht dabei verallgemeinernde Aussagen kaum möglich. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass diese Erfahrung negativer wirkt, wenn die Migration nicht freiwillig erfolgte, durch traumatisierende Umstände ausgelöst und/oder begleitet wurde und ihr Ergebnis (z.B. die Integration im Zielland) als nicht zufriedenstellend bewertet wird.



Vorbereitung und tatsächlicher Migrationsakt

Beschäftigung mit der Frage, ob Migration oder nicht

Entscheidung, Neuaufteilung von Rollen

Versuch, Verlust und Gewinn einzuschätzen

Kann zu Schuldgefühlen gegenüber den Zurückgebliebenen kommen

Flucht: oft keine Vorbereitung - Schock



Ankunft und erste Zeit im neuen Land

Euphorie-Schock-Verwirrung

Kulturelle Gemeinsamkeiten werden erforscht

Mitgebrachte Verhaltensweisen/Werte werden auf ihre Akzeptanz und "Brauchbarkeit" untersucht

Vorherrschende Gefühle: Trauer, Angst, Sehnsucht, Abwehr des Neuen, Idealisierung der früheren Umwelt

Rituale des Abschiedes und des Ankommens fehlen

Einsamkeit - Angehörige derselben ethnischen Gruppe wichtig

Überkompensation - starke Anpassungsbemühungen

Stress wird nicht bewusst wahrgenommen

Große Verwundbarkeit, gute wie schlechte Erfahrungen werden sehr intensiv erlebt

Erfahrungen mit Vertreterinnen und Vertretern der Aufnahmegesellschaft sind prägend, viele praktische Herausforderungen.



Dekompensation - Phase der Aufarbeitung

Anfälligkeit für Konflikte

Krisen

Körperliche Symptome

Neue Rollenaufteilung gefordert

Diese Phase ist sehr schwierig, kann jedoch zu beträchtlichen Entwicklungsschritten führen.

Anfälligkeit für Depressionen und Identitätskrisen bei mangelnder Integrationsmöglichkeit - auch extreme Idealisierung der eigenen kulturellen Prägung (vgl. Selbstethnisierung aus Modul 1)



Reorganisation

Trauerprozess dauert noch, beeinflusst jedoch die Handlungsfähigkeit der Gegenwart nicht mehr so stark

Neue Kultur wird detailliert überprüft

Teilweises Verschmelzen

Realistische Sichtweise beider Welten

Nächste Generation hat eine wichtige Vermittlerrolle

Arbeit ist für den Platz in der neuen Gesellschaft besonders wichtig

Stabile Beziehungen zu Herkunftsland und Aufnahmeland können jetzt aufgebaut und erhalten werden.

6. Phasenmodell nach Sluzki

Das Phasen-Modell der Migration nach Sluzki (2001) beschreibt die Funktionalität (und damit indirekt das Wohlbefinden) von MigrantInnen.



Für die PSNV kann das bedeuten, dass von Notfällen betroffene MigrantInnen je nach aktueller Phase verschieden emotional vorbelastet sind und folglich über mehr oder weniger Ressourcen zur Bewältigung der aktuellen Situation verfügen (Schouler-Ocak, 2012).

7. Migrationsspezifische Risiken



Psychosoziale Stressoren:

- Trennung von der Familie und Herkunftsland
- unklarer Aufenthaltsstatus
- Erfahrung von Verfolgung und Folter im Herkunftsland
- Fremdenfeindlichkeit im Einwanderungsland
- möglicher Statusverlust
- wenig planbare Zukunftsaussichten
- Mehrfachbelastungen sowie Kommunikationsprobleme.






Migranten & Gesundheit



8. Spezielle Problemlagen

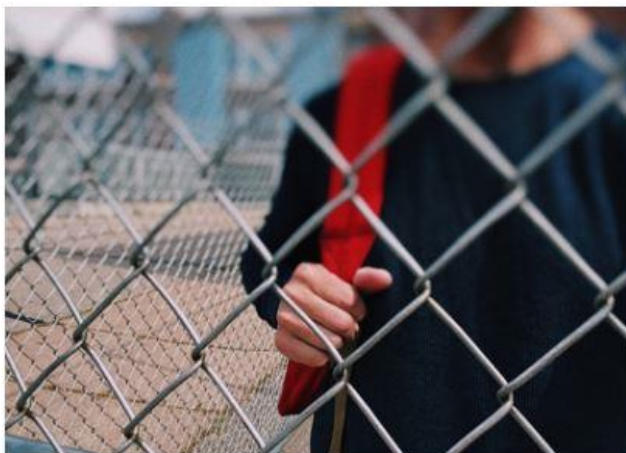
Migranten können sich, von den allgemeinen Belastungen des Migrationsprozesses abgesehen, auch in speziellen migrationsbedingten Problemlagen befinden. Deren Kenntnis birgt wertvolles Hintergrundwissen für den Einsatz.

Hier betrachten wir die folgenden Personengruppen:

-  Asylsuchenden
-  Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus
-  Unbegleitete minderjährige Geflüchtete
-  Menschen mit psychischen Vorerkrankungen
-  Genitale Verstümmelung



9. Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus



Ein Leben ohne Papiere kann im Vergleich zu dem, was Menschen im Anschluss an ihren Aufenthalt in Deutschland erwarten würde, auch als bessere Option oder „geringeres Übel“ erscheinen, zu dem sie sich schließlich entscheiden. Die Bezeichnung „illegal“ bezieht sich auf den Tatbestand, dass sich eine Person ohne Aufenthaltsrecht in Deutschland aufhält und sich deshalb nach dem Aufenthaltsgesetz strafbar macht. In der Bundesrepublik Deutschland sind es die Bestimmungen des Ausländerrechts und des Arbeitsrechts, die zu einer „Illegalisierung“ führen.

Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus können u.a. sein:

- Abgelehnte, ausreisepflichtige Asylbewerber
- Personen, die nach einer Ehescheidung von einer Person mit Aufenthaltsrecht keinen Aufenthaltsstatus besitzen, aber in Deutschland bleiben wollen oder nicht zurückkehren können
- Opfer von Menschenhandel und Zwangsprostitution, die gezwungen sind in Deutschland zu bleiben oder sich in anderen psychischen und finanziellen Abhängigkeiten befinden.
- Angehörige von in Deutschland lebenden Migranten, die nach der Einreise keinen eigenen Aufenthaltstitel beantragt haben, z.B. Zweitehefrauen
- Personen, deren Touristenvisum, Studenten-, Arbeitsvertrags- oder Au-pair-Visum abgelaufen ist
- Andere sind ohne gültige, mit gefälschten oder ohne Dokumente eingereist



5X1

Die Probleme und Defizite in der Gesundheitsversorgung, die häufig bei Migranten vorzufinden sind, gelten in besonderem Maße auch für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Erschwerend kommt hinzu, dass sie aufgrund ihrer Lebens- und Arbeitssituation verstärkt Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind.

Gleichzeitig wird ihnen von staatlicher Seite kein Zugang zur Gesundheitsversorgung eingeräumt. Ausnahmen bilden die Diagnostik und, in begrenztem Maße, die Therapie übertragbarer Erkrankungen, die unter das Infektionsschutzgesetz fallen.

Ärztliche Behandlungen werden hinausgezögert und Krankheiten verschleppt bis hin zu Verschlimmerung, Chronifizierung oder gar tödlichem Ausgang.

Weitere Phänomene sind Ärzte-Hopping und Diskontinuität in der Behandlung.

Einer der Gründe hierfür ist die Furcht vor der Entdeckung des Status und der daraus resultierenden Abschiebung. --> "Überlebensstress" hat negative Auswirkungen auf Gesundheitsrisiken und Gesundheitsverhalten, ad hoc-Medizin ist oft die Folge.

10. Asylsuchende

Asylsuchende selber sind grundsätzlich durch die gleichen Infektionskrankheiten gefährdet, wie die ansässige Bevölkerung.

Aufgrund eines möglicherweise fehlenden oder unvollständigen Impfschutzes und der engen räumlichen Situationen in den Aufnahmeeinrichtungen ist diese Personengruppe jedoch anfälliger gegenüber Infektionen.

Damit sind die Asylsuchenden eher eine gefährdete Gruppe.

Für sie besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit an impfpräventablen Erregern zu erkranken.

In diesem Zusammenhang sind – auch in Hinblick auf mögliche Ausbrüche in Gemeinschaftsunterkünften – insbesondere Masern, Windpocken, Mumps, Keuchhusten, Influenza und Hepatitis A zu nennen.

Weitere Informationen

	TABELLE Übersicht epidemiologisch relevanter Infektionskrankheiten im Zusammenhang mit Asylsuchenden									
	Impfpräventable Erkrankungen					Gastrointestinale Erkrankung		Parasitäre Erkrankung	Respiratorische Erkrankung	
	Hepatitis A	Influenza	Keuchhusten	Masern	Mumps	Windpocken	Norovirus	Stäbchen (Ruhr)	Subkutane	Subkutane
Übertragung	Fäkal-orale Kontaktinfektion sowie durch kontaminierte Nahrungsmittel oder Trinkwasser	Einatmen infektiöser Tropfen	Einatmen infektiöser Tropfen	Einatmen infektiöser Tropfen sowie durch Kontakt mit infektiösen Nasen- und Rachensekretion	Einatmen infektiöser Tropfen sowie durch direkten Speichelkontakt	Einatmen infektiöser Tropfen sowie durch Kontakt mit virushaltigen Stäbchenhalt	Fäkal-orale Kontakt, orale Aufnahme infektiöser Tropfen, die beim Erbrechen entstehen	Direkter Körperkontakt mit Krätzmilben	Einatmen infektiöser Tropfenkerne (Aerosole)	
Inkubationszeit	15 – 50 Tage (in der Regel 25 – 30 Tage)	1 – 8 Tage	9 – 10 Tage (6 – 20 Tage sind möglich)	6 – 10 Tage bis zum Beginn des kutanmuskulären Stadiums, 14 Tage bis zum Ausbruch des Exanthems	15 – 18 Tage (12 – 25 Tage sind möglich)	8 – 28 Tage (in der Regel 14 – 18 Tage)	10–50 Stunden	Entfernstation: 4 – 5 Wochen, Reinfestation: 1 – 2 Tage	Latenzzeit bis zur Erkrankung: Monate bis mehrere Jahre	
Häufigste Symptome	meist ohne Symptome – vor allem bei Kindern. Unspezifische Symptome: leichter Temperaturanstieg, Appetitverlust, Übelkeit, Erbrechen, Leistungsknick und Druckschmerzen im rechten Oberbauch; in der späteren Krankheitsphase: Ikterus	plötzlicher Krankheitsbeginn mit ausgeprägtem Krankheitsgefühl im ganzen Körper, hohem Fieber, Schüttelfrost, Kopfschmerzen und Müdigkeit, Gliederschmerzen. Vorbild kommt nur bei einem Teil der Fälle je nach Alter des Patienten und Virusubtyp vor.	grippeähnliche Symptome wie Schnupfen, leichter Husten, fallsweise aufsteigende Hustenstöße (Stakkathusten), gefolgt von respiratorischem Zehnen, kein oder nur mäßiges Fieber	Fieber, Bindehautentzündung, Schnupfen, Hals, Kopf-/Höckern, nekrotisierende Masernexantheme	schmerzhafte bzw. doppelteigige entzündliche Schwellung der Parotis mit eventueller Beteiligung der submandibulären bzw. der sublingualen Speicheldrüsen. Auftreten respiratorischer Symptome möglich	juckendes Exanthem, Fieber, Hautläsionen aus Papeln, Bläschen und Schorf in verschiedenen Entwicklungsstadien („Sternekenner“)	ausgeprägtes Krankheitsgefühl mit abdominalem Schmerz, Übelkeit, Kopfschmerzen, Myalgien, Müdigkeit, schwalligen heftigen Erbrechen und starke Durchfälle	leichtes Brennen der Haut, Juckreiz, stechenartige Vesikel, erythematöse Papeln und Pusteln	Husten mit oder ohne Auswurf, Einschränkungen des Allgemeinbefindens, Appetitmangel, Gewichtsabnahme, leichtes Fieber, vermehrtes Schwitzen (besonders nachts), Müdigkeit, allgemeine Schwäche oder grippeähnliche Symptome, unspezifische Symptome, auch atypische Erkrankungen	
Potenzial für Ausbrüche	Mittel	Hoch	Hoch	Hoch	Mittel	Hoch	Hoch	Mittel	Mittel	

Weitere Informationen finden Sie in den jeweiligen IRO-Faltblättern für Ärzte

Quelle: **Asylsuchende und Gesundheit in Deutschland: Überblick über epidemiologisch relevante Infektionskrankheiten**
Dtsch Arztebl 2015; 112(42): A-1717/B-1423/C-1395

11. Unbegleitete minderjährige Geflüchtete (UMG)



Unbegleitete minderjährige Geflüchtete (UMG) stellen eine besonders belastete und vulnerable Gruppe dar (UNHCR, 2106).

Internationale Studien belegen, dass sie im Vergleich zu anderen minderjährigen und volljährigen Geflüchteten eine höhere Zahl traumatischer Erfahrungen aufweisen und häufig unter psychischen Störungen leiden.

Neben der posttraumatischen Belastungsstörung als klassische Traumafolgestörung treten unter anderem auch Ängste, Depressionen, Suizidalität und

psychosomatische Beschwerden auf.

UMG müssen nicht nur mit dem Fluchtschicksal und den in diesem Zusammenhang gemachten Erfahrungen allein, ohne den Schutz und die Unterstützung ihrer Eltern oder anderer Bezugspersonen, umgehen, sondern sie befinden sich auch in einer Lebensphase, in der sie sich mit den besonderen psychischen, sozialen und körperlichen Herausforderungen konfrontiert sehen, die mit dem Erwachsenwerden einhergehen.

UMG benötigen einen Vormund. Der Grund: Ihre rechtliche Handlungsfähigkeit ist eingeschränkt. Sie dürfen beispielsweise keine Rechtsgeschäfte tätigen (z.B. Verträge abschließen) etc. und nicht in *medizinische Untersuchungen und Behandlungen einwilligen*.

Für alle Entscheidungen, die normalerweise die Eltern für ihre minderjährigen Kinder treffen, benötigt ein unbegleiteter minderjähriger Flüchtling einen Vormund. Der Vormund hat allein im Interesse des unbegleiteten minderjährigen Flüchtlings zu handeln. Im Mittelpunkt steht das Kindeswohl. Der Vormund ist persönlicher Ansprechpartner für den Jugendlichen/die Jugendliche. Der Vormund hat das Aufenthaltsbestimmungsrecht, stellt den Antrag auf Hilfen zur Erziehung gemäß § 27 SGB VIII, um die angemessene Betreuung, Unterbringung, Bildung, sprachliche Unterstützung und Versorgung des Minderjährigen sicherzustellen und ist für die Gesundheitsvorsorge zuständig.



12. Psychische Vorerkrankungen



Untersuchungen zur psychischen Gesundheit von Flüchtlingen in ‚westlichen‘ Aufnahmeländern diagnostizierten bei dieser Bevölkerungsgruppe z.B. bis zu zehnmal häufiger eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) als bei der einheimischen Bevölkerung (Fazel, Wheeler & Danesh, 2005).

Auch Untersuchungen in Deutschland erbrachten Hinweise

für eine höhere Belastung von MigrantInnen durch psychische Probleme wie Depressivität, Angst und PTBS (Lindert, Brähler, Wittig, Mielck & Priebe, 2008).

Notfallbetroffene mit Migrationshintergrund haben tendenziell ein erhöhtes Risiko für vorbestehende psychische Probleme.

Dies gilt besonders bei Erfahrungen mit Verfolgung, Gewalt, Verlusten, Flucht und Diskriminierung.

Allgemeine interkulturelle Aspekte der PSNV-B:

- Jede interkulturelle Begegnung birgt Herausforderungen – in Notfallsituationen steigen diese Herausforderungen i.d.R. für alle Beteiligten.
- Das Verhalten von Notfallbetroffenen (Stress- und Krisenbewältigungsstrategien/Coping-Strategien) wird von ihren situativen, persönlichen UND soziokulturellen Aspekten bestimmt.
- Alle diese Aspekte sollten bei der Notfallversorgung von Betroffenen berücksichtigt werden, um die Versorgungsqualität zu sichern.
- Kulturspezifisches Wissen (z.B. Umgang mit Tod und Toten in verschiedenen Religionen) ist hilfreich, bietet aber keine absolute Sicherheit – Flexibilität sowie das Klären und Fokussieren des Versorgungsauftrages sind daher immer gefordert.
- Kontakte mit (RepräsentantInnen der) lokalen soziokulturellen Gruppen/Gemeinden und ihr Einbinden in Planungen zur PSNV erhöht deren Effizienz im Notfall.
- Eine (stärkere) soziokulturelle Diversität der (PSNV-)Helfenden (Interkulturelle Öffnung der Einsatzorganisationen) erleichtert die bedarfsgerechte Versorgung von Betroffenen im Einsatz.

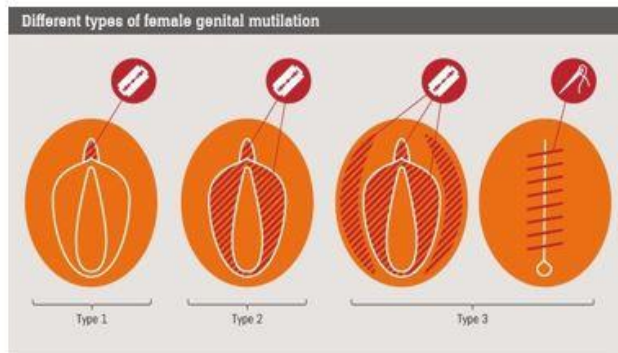


Einsatzbezogene interkulturelle Aspekte der PSNV-B

- Für die Helfenden ungewohntes oder unpassend erscheinendes Verhalten (Coping-Strategien) der Betroffenen führt ggf. zu Befremden, Irritationen und übermäßiger Distanzierung. Das Management der eigenen Emotionen ist dann besonders wichtig.
- Der Ausdruck psychischer Belastungen kann bei Betroffenen soziokulturell bedingt verstärkt über körperliche Empfindungen und Beschwerden (z.T. als kulturspezifische Ausdrucksstrategien) erfolgen.
- Generell ist ein kultursensibler statt einem kulturspezifischen Ansatz zum Verständnis der Ausdrucks- und Bewältigungsstrategien von Notfallbetroffenen sinnvoller, da diese Strategien komplex sind und Betroffene mitunter verschiedene parallel oder abwechselnd benutzen.
- Die fünf Prinzipien der PSNV nach Hobfoll, die auch vom BBK empfohlen werden eignen sich als Leitlinie auch für eine kultursensible psychosoziale Versorgung von Betroffenen in Notfällen und Krisen.
- Besonders für das Prinzip „kollektives Wirksamkeitserleben fördern“ ist es wichtig, zu wissen: „Wer soll einbezogen werden?“ bzw. „Ohne wen läuft nichts?“.

 Link

13. Genitale Verstümmelung



In Deutschland sind etwa 30.000 Mädchen von Genitalverstümmelung bedroht oder bereits betroffen. Auf diese Situation angemessen zu reagieren ist eine große Herausforderung für die Gesellschaft.

Viele Geflüchtete kommen aus Ländern in denen Genitalverstümmelung praktiziert wird, insbesondere aus afrikanischen Ländern, aber auch irakische Kurdinnen sind zu 80 % von Genitalverstümmelung betroffen.

Es kann also durchaus vorkommen, dass Sie mit Patientinnen konfrontiert werden, deren gesundheitliche Probleme durch Genitalverstümmelung verursacht wurden. Hierzu zählen: Akute Folgen weiblicher Genitalverstümmelung

Akute Komplikationen

Infektion	Probleme beim Wasserlassen	Verletzung	Blutung
Lokalinfektion, Abszessbildung Allgemeininfektion, Septischer Schock HIV-Infektion Tetanus, Gangrän	Urinretention Ödem der Urethra Dysurie	Verletzung benachbarter Organe Frakturen (Femur, Clavicula, Humerus)	Hämorrhagie, Anämie, Schock Tod

Chronische somatische Komplikationen

Chronische Infektionen	Sexualität/Menstruation	Probleme beim Wasserlassen	Komplikationen des Narbengewebes
Chronische Vaginitis, Endometritis, Adnexitis	Dyspareunie/Apareunie Vaginalstenose Infertilität/Sterilität Dysmenorrhoe Menorrhagie	Rezidivierende Harnwegsinfektion Prolongiertes Wasserlassen Inkontinenz Vaginalkristalle	Abszessbildung Keloidbildung/ Dermoidzysten/Neurinome Hämatokolpos




Psychische und soziale Folgen

Die Genitalverstümmelung hinterlässt meist ein schwerwiegendes unauslöschbares körperliches und seelisches Trauma. Der gesamte Vorgang kann sich tief in das Unterbewusstsein des Mädchens eingraben und die Ursache für Verhaltensstörungen darstellen.

Eine weitere schwerwiegende Folge ist der Vertrauensverlust des Mädchens in seine Bezugspersonen. Langfristig können daher diese Frauen unter dem Gefühl des Unvollständigseins, unter Angst, Depressionen,



chronischer Reizbarkeit, Frigidität und Partnerschaftskonflikten leiden. Viele durch die Genitalverstümmelung traumatisierte Frauen haben keine Möglichkeiten, ihre Gefühle und Ängste auszudrücken und leiden im Stillen.

 Quelle

14. 5 Prinzipien nach Hobfoll

Fünf grundlegende Elemente der akuten oder mittelfristigen Trauma Intervention:

- das Erleben von Sicherheit fördern
- Beruhigen und Entlasten
- Selbstwirksamkeit und Kontrolle fördern (kollektive Wirksamkeit)
- Kontakt und Anbindung fördern
- Das Gefühl von Hoffnung stärken

15. Zugang zu Gesundheitsdiensten

Gesundheit, Krankheit, Ursachen von Krankheit und deren Prävention sind kulturell, sozial und subjektiv geprägt.

Verhaltensmuster, Werte, Normen, Begrifflichkeiten, Einstellungen und Erwartungen werden dadurch beeinflusst.

Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung können sprachlicher und/oder kultureller sowie geschlechtsspezifischer Natur sein.

Migranten haben häufig einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung als deutsche Staatsbürger und dies trifft besonders für präventive im Vergleich zu kurativen Angeboten zu.

So steht beispielsweise einer niedrigeren Impfabdeckung von Migrantenkindern eine starke Nutzung von Notfallambulanzen gegenüber (Razum/Geiger 2003: 689).

Die zunehmende Inanspruchnahme von Rettungsstellen durch bestimmte Bevölkerungsgruppen (u.a. Migranten), in den letzten Jahren, wird in unterschiedlichen Studien aus verschiedenen Ländern aufgezeigt.

Es ist anzunehmen, dass Rettungsstellen für bestimmte Bevölkerungsgruppen als Basisgesundheitsversorgung genutzt werden.

16. Rettungswesen als Basisversorgung



Die Erklärungen hierfür können im Zusammenhang mit dem jeweiligen Gesundheitssystem stehen, wenn z.B. die Gesundheitsversorgung durch Ambulanzen kostenlos ist.

Weitere Aspekte, auch in Bezug auf Deutschland, können sein:

der Standort der Ambulanz in der Stadt in Verbindung mit Wohnbezirken mit höherem Migrantenanteil,

die Rettungsstelle als niedrigschwelliges Angebot insbesondere für jene Personen, die keinen Hausarzt haben sowie

deren Nutzbarkeit auch nachts und an Wochenenden und die relativ anonyme Behandlung.

Für Asylbewerber und Flüchtlinge sind Rettungsstellen eine unbürokratische Alternative, denn für eine Notfallversorgung brauchen sie im Voraus keinen Behandlungsschein beim Sozialamt zu beantragen (Borde/Braun/David 2003: 43ff).

Möglicherweise spielen auch Erfahrungen von Angehörigen und Freunden mit der Behandlung in den Notambulanzen eine Rolle.

17. Medizin als kulturelles System



Medizin ist eng verbunden mit der gesellschaftlich vorherrschenden Religion, Philosophie und Lebenspraxis und den sozioökonomischen Hintergründen. Dieser Kontext hat immer (mit-)bestimmt, was und wer gesund (normal) oder krank (abnormal) war.

„Medizin“ kann auch als eine kulturelle Konstruktion – also als ein „System“, das eng mit dem soziokulturellen Hintergrund verbunden ist, vor dem es entstand und besteht, gesehen werden.

Die in Deutschland praktizierte (Notfall-)Medizin basiert auf einem biomedizinischen, anatomisch-organbezogenen Verständnis. Die symbolische Dimension der körperlichen Beschwerden ist in unseren Breitengraden unbekannt. Die in unserer Kultur seit vielen Jahrhunderten konzeptionell verankerte Trennung von Psyche und Soma ist vielen Kulturen jedoch fremd.

Kulturspezifische Syndrome, also Beschwerdekompexe, die in ihrer Bedeutung nur im Rahmen ihres kulturellen Kontextes verstanden werden können, sind z.B. Susto in

Lateinamerika, den bösen Blick im Mittelmeerraum oder Sikinti unter türkischen Migranten.

Menschen können zur Behandlung von Krankheiten verschiedene Systeme nutzen (z.B. Biomedizin, Homöopathie oder die sog. Traditionelle Chinesische Medizin). Mitunter tun sie dies auch parallel (Greifeld, 2003).

Grundlegende Kenntnisse verschiedener Medizinkonzepte sind für Gesundheitsfachpersonal und auch für Notfallhelfende sinnvoll, da Unterschiede im Medizinverständnis zwischen ihnen und Notfallbetroffenen zu Irritationen und Missverständnissen sowie zu falschen Diagnosen und Behandlungen führen können.

Die Grundbedingungen der Empathie, Kongruenz und Akzeptanz ermöglichen, den anderen so zu verstehen, zu akzeptieren und zu respektieren, wie er ist.



18. Körperkonzepte

Soziokulturelle Hintergründe prägen auch die Auffassungen, die Menschen von ihren Körpern haben.

Biomedizin	Ganzheitliches Körperkonzept	Soziales Körperkonzept
Anatomisch-organbezogene Vorstellung vom Körper. Vorstellung vom Körper als einem (gut abgestimmten) System von Einzelteilen	Erkrankungen eines Körperteils oder Organs ohne Betroffenheit des ganzen Körpers und Menschen nicht oder nur schwer vorstellbar.	Menschliche Körper als Teil eines größeren Organismus (z.B. der Familie) miteinander verbunden und kommunizierend.
(Miss) Empfindungen werden meist direkt mit anatomischen Strukturen (z.B. Organen in Verbindung gebracht. Psychische Zustände werden organbezogen beschrieben (z.B. „Das ist mir auf den Magen geschlagen“)	Entsprechend umfassend sind dann auch Symptombeschreibungen („Der Schmerz ist überall.“).	Mitglieder einer Gruppe reagieren auch körperlich auf Krankheit anderer Gruppenmitglieder

19. Ursachen für Krankheit

Medizinsysteme enthalten Erklärungen für körperliche Prozesse, Empfindungen und Beschwerden. Dazu gehören die „Krankheitskonzepte“, die wiederum Ursachen für Krankheiten auf einer oder mehreren Ebenen annehmen.

Individuelle Ebene	Natürliche Welt	Soziale Welt	Übernatürliche Welt
z.B. Krankheit als Folge von eigener Lebensführung oder Unachtsamkeit	z.B. Krankheit als Folge von Infektionen, Wetter oder Umweltschäden	Krankheit als Folge des Handelns Anderer, z.B. Konflikte, Mobbing oder ‚böser Blick‘	Krankheit aufgrund von Vorsehung sowie als Prüfung oder Bestrafung

- Aus diesen Annahmen leiten sich auch Vorstellungen und Erwartungen bzgl. der Behandlung ab.
- Es macht wenig Sinn, das ‚westliche‘, biomedizinische Erklärungsmodell auf alle Menschen anzuwenden, da unterschiedliche Modelle zu unterschiedlichen Behandlungsansätzen führen können.
- Bei einem Ansatz, der ihm völlig fremd ist, wird der betroffene Mensch sich nicht verstanden fühlen und folglich auch nicht (oder nicht vollständig) an seiner Behandlung mitarbeiten.



20. Konzepte von Gesundheit und Krankheit

Für die ärztliche Profession ist die Krankheit als solches die Grundlage der Kommunikation mit dem Kranken. Im Englischen wird dafür der Begriff *disease* benutzt.

Für den Kranken hingegen ist das persönliche Kranksein die Grundlage der Interaktion. Die englische Sprache sieht dafür den Begriff *illness* vor.

Im Deutschen gibt es nur den Begriff *Krankheit*, der beides meint.

Kranksein/krank fühlen (<i>illness</i>)	Krankheit
Individuelle Perspektive der Erkrankten, inkl. psychische, soziale und kulturelle Ebene ein.	Perspektive der Biomedizin. Krankheit wird aufgrund von Anamnese und körperlichen Untersuchungen (manuell oder apparativ) diagnostiziert.
Symptomgebunden – fehlen solche, wird kein Krankheitsgefühl erlebt.	„Krankheit ohne Symptom“ möglich.
Gefühl von „Kranksein/krank fühlen ohne körperlichen Befund“ möglich.	Diagnose aufgrund von naturwissenschaftlichen Faktoren gestellt. Erleben der Erkrankten spielt eine untergeordnete Rolle.

21. Erklärungsmodell nach Kleinman

Das „Erklärungsmodell“ von Arthur Kleinman geht davon aus, dass Menschen sich Symptome vor ihrem jeweiligen kulturellen Hintergrund zu erklären versuchen. In diesem Modell werden von Symptomen betroffenen Personen folgende Fragen gestellt (zit. n. Zielke-Nadkarni, 2007):

1. Wie bezeichnen Sie Ihr Problem? Welchen Namen geben Sie Ihrer Krankheit?
2. Was, denken Sie, ist die Ursache Ihres Problems?
3. Warum begann es zu dem Zeitpunkt, als es begann?
4. Was macht die Krankheit mit Ihnen? Wie funktioniert sie?
5. Wie schwerwiegend ist sie? Wird sie einen langen oder kurzen Verlauf nehmen?
6. Was befürchten Sie am meisten bei Ihrer Krankheit?
7. Was sind die Hauptprobleme, welche Ihnen die Krankheit beschert hat?
8. Welche Art der Behandlung sollten Sie erhalten? Welches sind die wichtigsten Resultate, die Sie von der Behandlung erhoffen?

22. Trauer und Kultur



Ein gutes Beispiel für die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Menschen und ihrer Bewältigung von Stress- und Krisensituationen ist das Phänomen „Trauer“. „Trauer“ kann zum einen verstanden werden, als ein Gefühl bzw. ein körperlicher Zustand, die entstehen, wenn jemand oder etwas Bedeutsames verloren wird.

Zum anderen beschreibt der Begriff einen Prozess des Abschiednehmens und das Verhalten von Individuen und Gruppen im Kontext dieses Prozesses.

Das Gefühl („Traurigkeit“) und der körperliche Zustand werden meist als universal, d.h. kulturübergreifend vorhanden, angenommen.

Dafür sprechen interkulturell vergleichbare mimische Ausdrücke des Gefühls und damit zusammenhängende Körperreaktionen (z.B. Weinen).

23. Soziokultureller Hintergrund von Trauer

Das Verhalten von Menschen als Reaktion auf Verluste und auf das Gefühl Trauer wird dagegen stark von soziokulturellen Hintergründen und Kontexten der Betroffenen beeinflusst.

Daher existiert weltweit eine kaum überschaubare Vielzahl und Vielfalt von Vorstellungen vom menschlichen Leben, Sterben und dem, was darauf folgt.



Entsprechend vielfältig sind auch die (soziokulturellen Vorgaben für) Rituale und Verhaltensweisen im Zusammenhang mit Tod und Trauer (Stubbe, 2005, S. 494 ff.).

In östlichen Kulturkreisen unterliegt die Familie dabei meist genau festgelegten Pflichten, die sie zu erfüllen hat.

Anders als in der unterkühlteren westlichen Hemisphäre werden in den östlichen Kulturen meist heftige und intensive Gefühlsbekundungen erwartet, völlig unabhängig davon, ob man diese Gefühle der Trauer und des Schmerzes nun empfindet oder nicht.

Dabei spielt die Vorstellung eine Rolle, dass diese heftig geäußerten Gefühle noch einmal den Respekt dem Toten gegenüber ausdrücken.

24. Umgang mit Tod in anderen Kulturen



Im Einklang mit unseren eigenen vorgefaßten Meinungen beschreiben wir Trauer nicht als eine rituelle soziale oder körperliche Verfassung, sondern als einen Zustand emotionalen Aufruhrs, der unter Umständen nach einem therapeutischen Eingriff verlangt.

Ethnologen vertreten die Ansicht, daß bei chinesischen Begräbnissen das vorherrschende Gefühl nicht Trauer, sondern kaum verhohlene Angst vor den verderblichen Einflüssen des Todes sei.

In vielen Kulturen, in denen der Tod als die Folge bössartiger Handlungen anderer Menschen in Form von Zauberei und Hexenkünsten gilt, kann Wut die tonangebende Emotion sein.

Von den Geschlechtern wird unter Umständen erwartet, daß sie auf unterschiedliche Weise reagieren, der Mann mit Zorn, die Frau mit Tränen.

25. Trauer im interkulturellen Einsatz



Für interkulturelle Notfall-Einsätze kann dies bedeuten, dass Helfende sich mit ungewohnten und ihnen ggf. auch unpassend oder ‚unehrlich‘ erscheinenden Gefühlsäußerungen und Verhaltensweisen von trauernden Notfallbetroffenen konfrontiert sehen (Przyrembel, Jonas & Knaevelsrud, 2011, S. 22 f.). Die Folge können Irritationen, Verunsicherung und eine übermäßige Distanzierung von den Betroffenen sein.



26. Glaubensprinzipien im Islam

Die wichtigste Verantwortung eines gläubigen Muslims ist es, auf die Gesundheit und den Körper zu achten.

Es ist eine islamische Pflicht, rituelle Körperhygiene einzuhalten und die erforderlichen medizinischen Maßnahmen zur Bewahrung oder Wiederherstellung der Gesundheit zu ergreifen. Die Gesundheit und der Körper sind von Gott gegebene, zu schützende Güter.

Religiöse Prinzipien sind im Notfall und wenn keine Alternativen vorhanden sind, aufgehoben.

Beinhaltet z.B. Einnahme von sonst verbotenen Produkten z.B. Medikamenten, die Alkohol enthalten. Ebenso Untersuchungen durch einen Arzt (siehe Schambereich) oder die Nichtausübung religiöser Pflichten (Ramadan).

Begrüßung

Berührungen sind nur bei gleichem Geschlecht erlaubt. Muslima entscheiden meist selbst, ob sie einem Mann die Hand zur Begrüßung geben möchten.

Familiäre Pflicht zur Anteilnahme

Eine hohe Anzahl von Angehörigen sowohl bei einem Not- oder Krankheitsfall als auch im Krankenhaus ist mit dieser Pflicht zu erklären. Zum engeren Familienkreis gehören dabei auch z.B. Onkel, Tanten sowie deren Kinder. Es wird angenommen, dass die Krankheit durch Anwesenheit und Anteilnahme mehrerer Personen schneller besiegt werden kann. In der Türkei ist es bspw. üblich, dass sich auch im Krankenhaus die Familien um ihre Angehörigen kümmern und sie rund um die Uhr pflegen. Im Notfall werden häufig Angehörige telefonisch verständigt, damit sie sich am entsprechenden Ort einfinden und ihrer Pflicht nachkommen können. Gleichzeitig wird der/die Kranke von allen seinen Pflichten entbunden und soll sich seiner Genesung widmen. Angehörige können um Unterstützung gebeten werden.

Schutz körperlicher Unversehrtheit und Ehre

Islamische Bekleidungs Vorschriften und Verhaltensempfehlungen zielen auf die Vermeidung andersgeschlechtlichen Kontakts von nicht verheirateten oder verwandten Männern und Frauen ab. Die Wahrung der Familienehre steht im Mittelpunkt. Sie definiert sich indirekt über das Ansehen und direkt über das Verhalten der Frau. Einerseits muss sich die Frau durch Vermeidung zu freizügiger Kleidung schützen. Andererseits ist es Aufgabe männlicher Familienmitglieder (meist des Ehemanns oder ältesten Sohnes) die Unantastbarkeit der Frau zu schützen. Dabei kann bereits ein direkter Blickkontakt zwischen Frauen und fremden Männern als Antasten der Frau gewertet werden. Gestaltet sich die Kommunikation mit Patientinnen schwierig ist es ratsam, sich an den zuständigen nächsten Familienangehörigen zu wenden. Dieser ist auch für den Schutz der Familienehre verantwortlich und ist nicht in einer verletzlichen Lage.



Der Schambereich darf anderen Menschen nicht gezeigt werden und muss bedeckt werden.

Bei Männern ist der Schambereich zwischen Bauchnabel und Knie zu verorten. Bei Frauen, insbesondere in Anwesenheit von Männern, kann der Schambereich den ganzen Körper einschließlich der Haare umfassen. Ausnahmen sind in der Regel das Gesicht, die Augen, Hände und Füße. Der Bereich ist lockerer gefasst, wenn Frauen unter sich sind – z.B. von Knie bis Ellenbogen. Vor dem Ehepartner oder bei medizinisch notwendigen Behandlungen oder der Körperpflege muss dieser Bereich nicht bedeckt werden.

Die Achselhaare und die Haare im Intimbereich zählen als unrein.

Sie müssen daher regelmäßig entfernt werden. Ebenso dürfen Finger und Zehennägel nicht länger als die Finger- oder Zehenkuppen sein.

Nach dem Toilettengang wird der Intimbereich mit der linken Hand unter fließendem Wasser gereinigt.

Was den Körper verlässt gilt als unrein. Alternativ kann eine Kanne mit Wasser verwendet werden.

Kleine rituelle Waschung (WUDHU)

Diese erfolgt vor jedem Gebet, es werden Hände gewaschen, der Mund dreimal ausgespült und die Nase durch dreimaliges Inhalieren des Wassers gereinigt. Danach wird dreimal das Gesicht gewaschen und dreimal erst der rechte und danach der linke Unterarm bis Ellenbogen. Es wird mit nasser Hand durch das Haar gestrichen, die Ohren mit den Händen gereinigt und mit dem Handrücken der Nacken gestrichen. Beendet wird die rituelle Waschung mit den Füßen, wobei erst rechts dann links bis zu den Knöcheln gewaschen wird.

Große rituelle Waschung (GHUSL)

Der Unterschied zur kleinen rituellen Waschung besteht darin, dass man ein Duschbad nimmt. Es soll keine trockene Stelle am Körper bleiben. Sie ist nach jedem Geschlechtsverkehr und bei Frauen am Ende der Periode verpflichtend durchzuführen. Ebenso an jedem Donnerstagabend, als Vorbereitung auf Freitag. Freitag ist ein heiliger Tag, hier wird auch das Freitagsgebet in den Moscheen verrichtet.

Einige Nahrungsmittel sind verboten.

Z.B. Schweinefleisch oder Fleisch von verendeten Tieren. Die Schlachtung muss durch Kehlschnitt durchgeführt werden. Verboten sind Blut oder tierische Produkte vom Schwein. Ebenso verboten ist Alkohol.

Trauerreaktionen

Diese können deutlich lauter und emotionaler ausfallen, als dies in europäischen Kulturen üblich ist. Sie können mit schreien, starken Gesten und ungewohnten Verhaltensweisen (z.B. auf den Boden werfen, Kopf an die Wand schlagen) äußern. Das Schließen der Augen sollte den engsten Angehörigen überlassen werden.

Gebot der Reinlichkeit

Gebietet allen Besuchern von Moscheen und Gebetsräumen, die Schuhe am Eingang abzulegen um die Räume nicht zu verschmutzen. Dies steht bei Einsatzkräften meist gegen das Gebot die Schuhe zum Selbstschutz anzulassen. Unangenehme Körpergerüche oder Ausdünstungen sind unerwünscht.



27. Fazit

- Hilfreich zum Verständnis der Angaben von Erkrankten ist es, zu wissen, dass ihre Sicht auf ihr Krankheitsgeschehen fremde, irrational erscheinende Elemente enthalten kann
- Unverständnis gegenüber diesen Elementen oder der kulturgeprägten Darbietung von (Schmerz-) Symptomen, kann zu kulturalisierenden Stereotypen wie ‚Morbus mediterraneus‘, ‚Mamma-mia-Syndrom‘ u.Ä. führen
- Diese Stereotypen bergen das Risiko, die Situation von Betroffenen vorschnell und falsch einzuschätzen und entsprechend zu handeln.
- Das kulturbedingt starke Bedürfnis nach Anteilnahme und Beistand der Angehörigen und Bezugspersonen von Erkrankten kann für Helfende irritierend und belastend sein, sollte aber grundsätzlich respektiert werden.
- Ist die Versorgung durch zu viele Anwesende erschwert, ist dies konstruktiv zu kommunizieren.
- Relativieren des eigenen Verständnisses von Körper, Krankheit und angemessener Behandlung kann helfen, Stress für alle Beteiligten im Einsatz zu verringern und die Versorgungsqualität möglichst hoch zu halten.
- Missverständnissen und ungünstigen Kommunikationsprozessen zwischen Notfallhelfenden und Betroffenen kann durch mehr Verständnis für kulturbedingt verschiedene Körper-, Gesundheits-, und Krankheitskonzepte vorgebeugt werden.

28. Exkurs - Opfer von Menschenhandel

Menschenhandel ist der Kauf und Verkauf von Menschen. Menschenhandel ist eng verknüpft mit Begriffen wie Menschenschmuggel, Schleusung, illegaler Migration und moderner Sklaverei. Die Übergänge sind fließend.

Menschenhandel ist schwierig nachzuweisen, weil z.B. der erste Schritt in die Migration oftmals „freiwillig“ geschieht und weil das Opfer gegen seinen Täter aussagen muss (Personenbeweis).

Seit 2005 ist Menschenhandel zum Zwecke der sexuellen Ausbeutung und der Arbeitsausbeutung auch in Deutschland strafbar (StGB 232 und 233).

Es gibt hier mehrere Erscheinungsformen:

Zwangsprostitution,

Arbeitsausbeutung (auf Baustellen, in der Fleischindustrie, in der Landwirtschaft, im Speditionsgewerbe und als Pflege- und Hausangestellte),

Zwangsheirat,

Zwangsadoption

Organhandel

In anderen Ländern zählt man noch die Kinderarbeit und Kindersoldaten und die Sklaverei in der Textilindustrie dazu.

Die meisten Menschen werden unfreiwillig und aus einer großen Not (Verschuldung, Armut, fehlende Bildung) über Menschenhändler weltweit in die Sklaverei „akquiriert“. Dabei geht es nicht nur um Länder in Asien oder Afrika, sondern vermehrt auch in Europa oder sogar Deutschland.

Die Betroffenen sind entwurzelt, extrem traumatisiert, stigmatisiert und bedroht. Ein Ausweg erscheint hoffnungslos.

Das Thema Menschenhandel/Sklaverei im 21. Jahrhundert betrifft auch Deutschland als Zielland. Über das wahre Ausmaß gibt es jedoch keine belastbaren Zahlen.



Wie erkenne ich Menschenhandel?

Es ist sehr schwer – auch für Experten – , Opfer von Menschenhandel und moderner Sklaverei zu erkennen.

Der Täter arbeitet mit perfider Beeinflussung und Bedrohung, das Opfer schweigt und lächelt, um den Job nicht zu verlieren.

Die Traumatisierung führt dazu, dass sich ein Mensch immer mehr abschottet und nur noch

funktioniert.

Viele Opfer wurden schon in der Heimat misshandelt, sind meist völlig ahnungslos über ihre Rechte und das deutsche System/Sprache.

Fangen Sie an, Fragen zu stellen und sich zu interessieren, vielleicht entdecken Sie etwas oder gewinnen das Vertrauen der Person.

Anzeichen für Menschenhandel können sein:

- äußere Anzeichen von körperlicher/seelischer Gewalt
- Unterernährung und keine ausreichende Körperhygiene und Kleidung
- starke Verängstigung, ausweichender Blick
- Pass nicht vorhanden oder gefälscht
- oft in Begleitung von sonderbaren männlichen Aufpassern („Dolmetscher“, „gute Freunde“), starke Unterwürfigkeit zu diesen Personen
- extrem lange Arbeitszeiten (ohne Lohn- oder zeitlichen Ausgleich)
- miserable Arbeitsbedingungen, Ausrüstung und Unterbringung
- Wenn über Agentur: häufige Wechsel der Arbeitsstelle (so dass Auftraggeber keine Beziehung aufbaut oder nicht zu viele Fragen stellen kann, meist denkt man, Personen würden Urlaub machen)
- unverhältnismäßig hohe Schulden
- keine medizinische Versorgung/Versicherung (gehen nicht zum Arzt, obwohl verletzt)
- Erinnerungslücken und kein Raum-Zeit-Gefühl
- Kein Wille sich zu integrieren
- Person darf selten alleine sprechen oder die Antworten wirken wie auswendig gelernt, wirkt künstlich
- Meist sind kleine Kinder in der Heimat (starker emotionaler/finanzieller Druck)

 Quelle



Modul 3 – Entwicklung von interkulturellen Handlungskompetenzen

INHALTSVERZEICHNIS

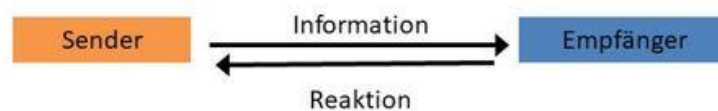
- **1. Kommunikation**
- 2. Kommunikationsformen
- 3. Bedeutung nonverbaler Kommunikation
- 4. Nonverbale Kommunikation
- 5. Empfehlungen
- 6. Teufelskreis-Modell
- 7. Begriffsbestimmung interkulturelle Einsatzsituation
- 8. Interkulturelle Situationsanalyse
- 9. Kulturperspektive
- 10. Personenperspektive
- 11. Situationsperspektive
- 12. Fallbeispiel
- 13. Anwendung KPS-Modell
- 14. Konfliktvermeidung im Einsatz
- 15. Konfliktmanagement im Einsatz
- 16. Konfliktvermeidung im Einsatz - Nachbereitung
- 17. Critical Incidents Analyse (CIA)
- 18. Critical Incident Reporting System
- 19. Fazit
- 20. Test

1. Kommunikation

Das dritte Modul soll Sie dabei unterstützen Handlungskompetenzen in interkulturell schwierigen Situationen zu entwickeln.

Bei der Kommunikation mit Menschen aus anderen kulturellen Hintergründen gilt es verschiedene Aspekte zu beachten, auf die wir im folgenden näher eingehen wollen.

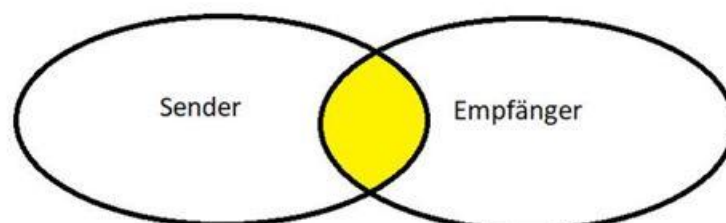
- Unter ‚Kommunikation‘ wird allgemein der Austausch von Signalen oder Botschaften verstanden.
- Kommunikation ist KEINE Einbahnstraße



2. Kommunikationsformen

Formen der Kommunikation

- Verbal: Sprache, Dialekt, Formen und Wortwahl
- Paraverbal: Die ‚Begleitmusik‘ von Sprache: Tonhöhe, ‚Melodie‘, Pausen oder nicht-sprachliche Laute
- Nonverbal: Die klassische ‚Körpersprache‘: Mimik, Gestik, Haltung und Bewegungsabläufe



→ Wichtig für gelingende Kommunikation ist ein geteilter Zeichenvorrat.

3. Bedeutung nonverbaler Kommunikation

In der Kommunikation mit anderen Personen werden gerade einmal 7% des Inhalts durch Wörter übermittelt. 38% werden paraverbal über Lautstärke, Ton und Sprachrhythmus vermittelt. 55% werden non-verbal durch Gesichtsausdruck, Körpersprache und Gesten vermittelt.

Menschen messen intuitiv der aus nonverbalem Verhalten interpretierten Nachricht mehr Bedeutung bei, weil sie ‚echter‘ erscheint.

Besonders bei Versorgungen über Sprachbarrieren hinweg ist es daher wichtig auf para- und nonverbales Kommunikationsverhalten zu achten.

Z.B. sind nichtsprachliche Laute kulturell kodiert: Im Türkischen wird der Laut „Tz“ als „Nein“ genutzt – Deutsche verbinden mit dem Laut oft eine Missbilligung oder Ermahnung ‚von oben herab‘ wie „Tztzt!“

4. Nonverbale Kommunikation

Nonverbale Kommunikation

- (Hand-)Zeichensprache

- „okay“
- „Perfekt!“
- vulgäre Beleidigung



- „Sieg!“
- „Frieden“
- „Zwei“
- vulgäre Beleidigung (wenn Handrücken nach vorne zeigt)



- „okay“
- „Eins“
- „Nimm mich mit!“
- vulgäre Beleidigung



- Gebet
- Begrüßung
- „Danke!“
- „Entschuldigung!“

5. Empfehlungen



Stellen Sie sich mit Namen vor, sprechen sie ihr Gegenüber mit Namen und „Sie“ an (versuchen Sie den Namen möglichst korrekt auszusprechen).

Sprechen sie langsame, ruhige und einfache Sätze, aber kein "Tarzan-Deutsch"!

Falls verfügbar, mehrsprachige / nonverbale Kommunikationshilfen nutzen (z. B. tip doc emergency oder die BICAS-APP).

Direkten Blickkontakt nur anstreben, wenn er auch gesucht wird.

Vorsicht mit Körperkontakt (v. a. bei Frau-Mann-Konstellationen; dazu gehört auch der Körperabstand).

Die Benutzung von Handzeichen kann zu Missverständnissen führen.



6. Teufelskreis-Modell

Menschliche Kommunikation ist komplex und dadurch auch störungsanfällig. Eine Möglichkeit, solche Störungen zu verstehen und ggf. zu beheben, bietet das Teufelskreis - Modell. Es beschreibt die Kommunikation von zwei Beteiligten und zeigt dabei, was die Beteiligten jeweils denken oder fühlen („Innerung“) und was sie sagen oder tun („Äußerung“).

Als Beispiel ist hier eine Interaktion zwischen einem Notfallbetroffenen/-patient und einem Helfenden dargestellt:

Hier wird angenommen, der Helfende empfindet die Leidensäußerungen des Betroffenen als befremdlich und übertrieben. Er (re-)agiert daraufhin mit mehr Zurückhaltung bzw. Distanzierung.

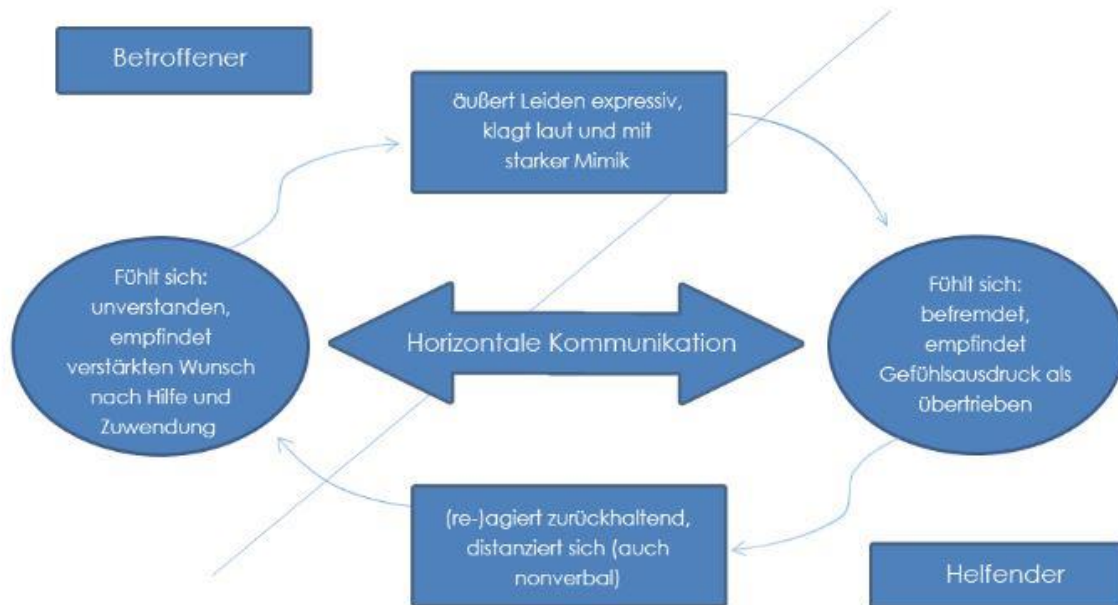
Der Betroffene wiederum fühlt sich (noch stärker) unverstanden und wünscht sich mehr Unterstützung, weshalb er seine Äußerungen verstärkt.

Daraufhin steigen die negativen Empfindungen beim Helfenden weiter an und er verhält sich noch distanzierter.

Der ‚Teufelskreis‘ ist also eine spiralförmige Aufschaukelung der negativen Empfindungen der Beteiligten und ihres entsprechenden Verhaltens. Daraus können Eskalationen entstehen, die das Einsatzziel (die professionelle und bestmögliche Versorgung des Betroffenen) gefährden.

Das Teufelskreis-Modell (nach Schulz von Thun)

Das Teufelskreis-Modell (nach Schulz von Thun)



Um diese Dynamik zu verhindern, kann die „horizontale Kommunikation“ (oder „Metakommunikation“) zwischen den Beteiligten genutzt werden. Damit ist der offene aber wertschätzende Austausch bzgl. der jeweiligen Innerungen (Sichtweisen, Gefühle) gemeint.

Im Notfalleinsatz ist dies sicher nur eingeschränkt möglich, v.a. da keine symmetrische Beziehung zwischen den Beteiligten und meistens Zeitdruck besteht.

Dennoch können Helfende versuchen, die Empfindungen Betroffener anzusprechen (z.B. „Ich sehe, Ihnen geht es schlecht – ich kümmere mich darum.“), um auch dafür Verständnis und Unterstützung zu signalisieren und dadurch i.S. des Einsatzauftrages positiv auf das Verhalten der Betroffenen einzuwirken.

7. Begriffsbestimmung interkulturelle Einsatzsituation



- Helfende handeln in einem für sie fremden kulturellen Umfeld **und/oder**
- Helfende gehören zu kulturell verschiedenen Gruppen **und/oder**
- Helfende und Betroffene gehören verschiedenen (sozio)kulturellen Gruppen an

Merkmale Hintergrund und Identifikation | Modul 1 | Seite 2 | 12

*Grafik aus "Rettung Hilfe & Kultur"



Ein typisches Beispiel für die erste Konstellation „Helfende agieren in einem für sie fremdkulturellen Kontext.“ sind Auslandseinsätze von Bevölkerungsschutzpersonal anlässlich Hilfeleistungen bei größeren Katastrophen.

Die zweite Konstellation lautet „Helfende gehören zu kulturell verschiedenen Gruppen.“, was zum einen ein Merkmal internationaler Zusammenarbeit in Auslandseinsätzen ist. Zum anderen kann sie im Inland bei gemeinsamen Einsätzen von Fachkräften aus organisationskulturell unterschiedlichen Einheiten (z.B. Hilfsorganisationen und Militär) sowie bei kulturell-ethnischer Diversität der Mitglieder einer Bevölkerungsschutzorganisation vorliegen.

Die dritte Konstellation schließlich ist „Helfende und Betroffene gehören verschiedenen soziokulturellen Gruppen an“. Alle drei Konstellationen können alleine oder in Kombination vorliegen.

Der Fokus dieser Fortbildung liegt zwar auf der dritten Konstellation, dennoch soll durch diese Darstellung auch das Bewusstsein für (organisations-)kulturelle Unterschiede zwischen Helfenden und die daraus potenziell im Einsatz entstehenden Probleme erhöht werden.

Der Begriff Kultur wird hier in einem über nationale und religiöse Zugehörigkeiten hinausgehenden Verständnis verwendet.



8. Interkulturelle Situationsanalyse

Wie können wir interkulturelle Begegnungssituationen erfassen und analysieren? Mit dem Kultur-Person-Situations-Modell. Dieses Modell wurde von einer Gruppe um Prof. Leenen entwickelt und in verschiedenen interkulturellen Fortbildungen für Führungs- und Einsatzkräfte der Polizei verwendet.

Analyse interkultureller Einsätze: Das „Kultur-Person-Situations-Modell“



Das Ziel der Anwendung dieses Modells ist es, ein möglichst vollständiges und differenziertes Bild von interkulturellen Begegnungs- und Interaktionssituationen zu erhalten und zwei ‚typische Interpretationsfehler‘ („Ethnozentrismus“ und „Kulturalisierung“) zu vermeiden.

*Grafik aus "Rettung, Hilfe & Kultur"

9. Kulturperspektive

Die Betrachtung der interkulturellen Einsatzsituation durch die ‚Kultur-Brille‘ erfolgt durch Fragen wie:

KPS-Modell
(n. Leenen et al., 2005)

Kultur-
Perspektive



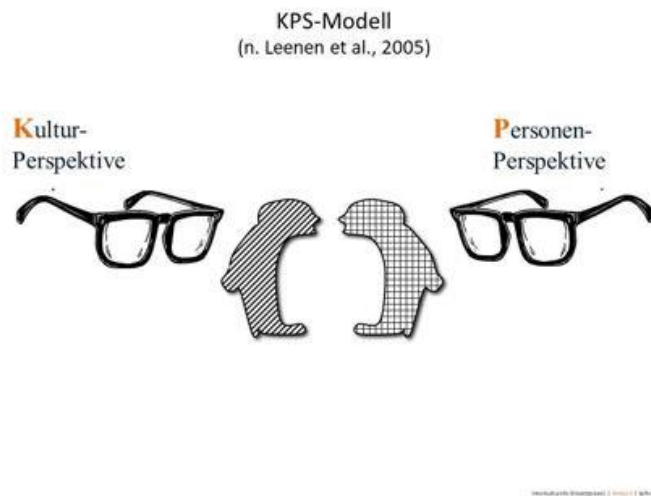
- Wieviel (Vor-)Wissen ist bei den Beteiligten über die kulturellen Hintergründe der jeweils anderen verfügbar?
- Welche Rolle spielen religiöse oder sonstige weltanschauliche Merkmale der Beteiligten (z. B. Gebote, Werte und Normen mit Bezug zu Krankheit und Tod)?
- Welche Rolle spielen Unterschiede zwischen den Beteiligten bzgl. der Kommunikation (v. a. Sprache, aber auch nonverbaler Ausdruck von Emotionen)?

- Welche Rolle spielen Vorstellungen der Beteiligten von Autorität und Respekt (z.B. gegenüber Frauen, Männern oder Älteren) sowie von dem angemessenen Verhalten zwischen Menschen mit unterschiedlichem sozialem Status?
- Welche Rolle spielen gruppenbezogene Vorstellungen der Beteiligten (z.B. zum Zusammenhalten innerhalb der Familie, der Religionsgemeinschaft oder der ethnischen Gruppe)?
- Welche Rolle spielen Strategien der Beteiligten für den direkten - Umgang mit Notfällen und Krisen sowie für deren spätere Bewältigung?
- Welchen formalen und sozialen Status haben ‚uniformierte Einsatzkräfte‘ (des Rettungsdienstes, aber auch der Polizei und des Militärs) im Herkunftsland der beteiligten MigrantInnen?

* Grafik aus *Rettung, Hilfe & Kultur*

10. Personenperspektive

Die Betrachtung der interkulturellen Einsatzsituation durch die ‚Personen-Brille‘ erfolgt durch Fragen wie:



- Welche ‚biologischen Merkmale‘ haben die Beteiligten, die evtl. für die anderen Perspektiven bedeutsam sind (z.B. Geschlecht, Alter und körperliche Erscheinung)?
- Welche stress- und notfallrelevanten Erfahrungen bringen die Beteiligten mit in die Situation (z.B. seelische Erschöpfung oder traumatische Erlebnisse, etwa aus dem Kontext der Migration)?
- Welche allgemeinen interkulturellen Erfahrungen bringen die Beteiligten mit (z. B. aus Begegnungen mit MigrantInnen im

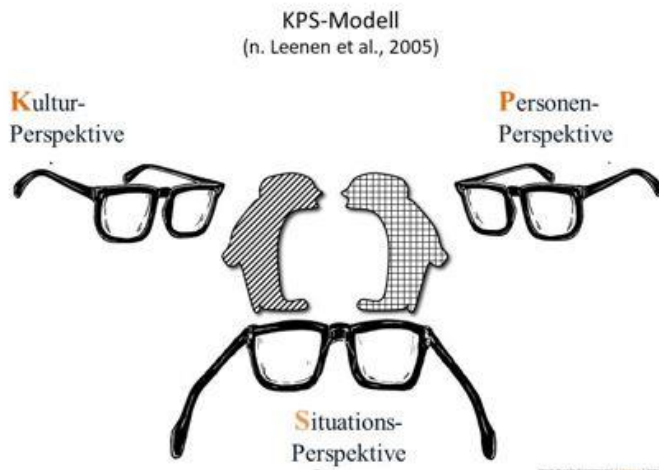
Alltag oder mit Alltagsdiskriminierung)?

- Welche notfallbezogenen interkulturellen Erfahrungen bringen die Beteiligten mit (z. B. mit MigrantInnen als Notfallbetroffene oder mit Rettungs- und Sicherheitskräften in Deutschland oder in den Herkunftsländern)?
- Welche allgemeinen Einstellungen und Vorannahmen (v.a. Stereotype oder Vorurteile) haben die Beteiligten bzgl. der jeweils anderen bzw. der jeweiligen soziokulturellen Gruppen?
- Welche Selbstbilder (z. B. ‚edler Retter in der Not‘ oder ‚ewiges Opfer‘) und Fremdbilder (z. B. ‚dankbare Hilfeempfänger‘ oder ‚arrogante Wichtigtuer‘) haben die Beteiligten?
- Welche soziale Rolle haben oder beanspruchen die Beteiligten in ihrer eigenen Gruppe (z. B. Führungskraft oder Familienoberhaupt) und wie wirken diese Rollenkonzepte in der gegebenen Situation?

* Grafik aus "Rettung, Hilfe & Kultur"

1.1. Situationsperspektive

Die Betrachtung der interkulturellen Einsatzsituation durch die ‚Situations-Brille‘ erfolgt schließlich durch Fragen wie:



- Um was für einen Notfall handelt es sich?
- Ist er mit akuter Gefahr für Betroffene und Einsatzkräfte verbunden?
- Ist aufgrund der Einsatzursache mit starken emotionalen Reaktionen der Beteiligten zu rechnen (z.B. bei Kinderreanimation oder plötzlichem Todesfall)?
- Wo findet der Einsatz statt (z. B. im häuslichen Kontext oder im öffentlichen Raum)?
- Zu welcher (Tages-)Zeit und unter

welchen äußeren Bedingungen (z.B. Hitze, Kälte, Lärm oder räumliche Enge) findet der Einsatz statt?

- Wer ist alles beteiligt (z. B. welche Einsatzkräfte und -organisationen) und wie ist das zahlenmäßige Verhältnis zwischen den Beteiligten?
- Wie ist das sozial-emotionale Verhältnis der Beteiligten zu einander (auch zwischen evtl. vorhandenen Gruppen innerhalb der Einsatzkräfte oder der Notfallbetroffenen)?
- Wie ist die ‚Tagesform‘ der Beteiligten (z. B. Dauer des bisherigen Dienstes und Höhe des Einsatzaufkommen oder Einschränkungen durch körperliche oder seelische Beschwerden)?
- Welches Ergebnis ist für den Einsatz absehbar (z. B. Verluste von Menschenleben oder Sachwerten, schwere Verletzungen oder Bedarf an psychosozialer Akut- und Nachbetreuung)?

* Grafik aus "Rettung, Hilfe & Kultur"



12. Fallbeispiel



Sie werden als RTW (mit männlicher und weiblicher Besatzung) mit der Einsatzmeldung „Unklares Abdomen“ in die 4-Zimmer-Wohnung einer südländischen Familie gerufen.

Dort finden Sie, auf dem Sofa liegend, eine ca. 60-jährige Frau vor. Sie stöhnt mit fest geschlossenen Augen, hält sich den Bauch und hat keine Zyanose. Um das Sofa stehen etwa 10 weitere Menschen, die zum Teil aufgeregt durcheinander reden.

Als der Notfallassistent die Frau anspricht, antwortet sie nicht und hält die Augen weiter geschlossen. Als er Anstalten macht, eine ihrer Hände hochzuheben, bemerkt er Unruhe bei den Umstehenden.



13. Anwendung KPS-Model



Dieses Fallbeispiel stellt prototypisch den Einsatz des Rettungsdienstes (RD) in einem ‚fremd-kulturellen‘ häuslichen Umfeld dar.

Als potenziell wichtige Aspekte können genannt werden:

Kultur-Brille

Die Religionszugehörigkeit der Betroffenen ist nicht benannt – die Reaktionen der Umstehenden könnten auf Besonderheiten bei der Interaktion von Beteiligten unterschiedlichen Geschlechts hindeuten. / Relativ viele Personen sind anwesend – dies könnte ein Hinweis auf starken Bezug der Beteiligten zur eigenen Familie oder Gruppe sein. / Formal ist der

Mann im RD-Team der Einsatzleiter.

Personen-Brille

Das RD-Team besteht aus einem Mann und einer Frau. / Die Patientin ist schon älter und daher evtl. eine Autoritäts- und Respektsperson innerhalb der Notfallbetroffenen. / Die Patientin könnte negative Erfahrungen mit Notfall- oder allgemeiner Gesundheitsversorgung haben.

Situations-Brille

Zunächst ist keine akute Lebensgefahr erkennbar, das Vorgehen kann also mit Ruhe erfolgen. / Die Äußerungen der Patientin (Stöhnen und Mimik) deuten auf Schmerzen hin und können Handlungsdruck beim RD-Team erzeugen. / Die Patientin kommuniziert nicht direkt mit dem Rettungsassistenten – der Grund ist zunächst nicht klar. / Es sind deutlich mehr Betroffene als Einsatzkräfte anwesend.



Wenn es ein muslimischer Haushalt ist, wie wäre es, wenn Sie schon an der Tür sagen „Ich weiß, bei Ihnen werden normalerweise die Schuhe ausgezogen, aber ich darf das jetzt nicht tun. Wäre es okay, wenn ich mir die Schuhe gut abtrete?“ Wie viel Zeit würde Sie das in etwa kosten? Was zeigen Sie damit und wie könnte das auf die Notfallbetroffenen wirken?



14. Konfliktvermeidung im Einsatz

Vorbereitung

Eigene Einstellung zu Konflikten und ‚typische‘ Verhaltensstile kennen.

Grundhaltung: „Wir wollen was Gutes!“ und generell zunächst von Kooperationsbereitschaft bei allen Beteiligten ausgehen

Kulturspezifisches Wissen über Bevölkerung im Einsatzgebiet ausbauen.

Prävention von Konflikten



- Eigensicherung als Team beachten, dabei in der Rolle ‚Helfende‘ bleiben
- Respektvolles UND selbstbewusstes Auftreten
- Fachliche Kompetenz erläutern und durch Handlungen zeigen, dabei möglichst soziokulturelle Besonderheiten berücksichtigen
- Auftrag, Ziele und (geplantes) Vorgehen erläutern, Kompromissoptionen beim Vorgehen bedenken und ggf. anbieten
- Wichtigkeit von Kooperation der Betroffenen/Beteiligten betonen, in Gruppen Verbündete mit Einfluss suchen und einbinden

15. Konfliktmanagement im Einsatz



- Soziokulturelle, personen- und situationsbedingte Aspekte der Konfliktentstehung bei der Bewältigung berücksichtigen (vgl. KPS-Modell)
- Keine ‚kulturellen Gründe‘ für problematisches Verhalten akzeptieren, gemeinsame Interessen verdeutlichen (v.a. Hilfeleistung ermöglichen)
- Auf deeskalierende Körpersprache achten (‚Drohgebärden‘ vermeiden)
- Verbale Deeskalation, im Kontakt bleiben, eigenes Verhalten/Vorgehen erläutern
- Auch bei provokativem Verhalten möglichst ruhig und sachlich bleiben, Emotionen regulieren (z.B. durch Fokussieren auf den Einsatzauftrag)
- Konsequenzen von problematischem Verhalten aufzeigen (z.B. Abbruch der Hilfeleistung durch Rückzug oder Zwangsanwendung durch Polizei)
- Psychisch Erkrankte ggf. möglichst koordiniert und

schonend fixieren

- Wenn Rückzug, dann geschlossen, möglichst sicher und ohne Gewalt
- Wenn Rückzug unmöglich bzw. Teammitglieder oder Dritte akut gefährdet, möglichst schonende Abwehr-/Befreiungstechniken anwenden

16. Konfliktvermeidung im Einsatz - Nachbereitung

- Einsatz vollständig dokumentieren, entstandene Schäden und Beeinträchtigungen melden
- Einsatz zeitnah mit beteiligten Kolleginnen nachbesprechen, dabei offene, wertschätzende und fehlerfreundliche Gesprächskultur fördern
- Bei Anzeichen für Belastungsfolgen, ehrlich mit sich und anderen sein und Nachsorgeangebote einfordern bzw. nutzen
- Reflektierte Erfahrungen für ‚lernende Organisation‘ verfügbar machen
- Erfahrungen ggf. auch für Gesamtsystem Bevölkerungsschutz und Forschung verfügbar machen



17. Critical Incidents Analyse (CIA)

Zur Vermeidung von kritischen Situationen (Critical Incidents) bietet sich die Analyse dieser Situationen in der Vergangenheit an, um daraus zu lernen und Verhaltensänderungen abzuleiten.

Die Arbeit mit Critical Incidents kann verkürzt als das Sammeln von Situationen, die entweder als problematisch oder besonders gelungen angesehen werden, mit dem Ziel, praktische Probleme zu lösen und einen Beitrag zur Entwicklung und Förderung von Kompetenzen zu liefern.

Als ‚Kritisch‘ ist ein Situation dann anzusehen, wenn für einen der Beteiligten daraus negative Konsequenzen entstehen, ‚besonders gelungen‘ ist sie dann, wenn für einen oder mehrere Beteiligte sehr positive Konsequenzen entstehen.

Durch eine genaue Analyse der kritischen Situationen wird Einsicht in Bewältigungs- und Verarbeitungsstrategien der Beteiligten möglich. Damit werden Ereignisse sichtbar, die einen starken Einfluss auf die jeweilige Aktivität haben.

Eine Sammlung von solchen Ereignissen kann strukturiert untersucht werden und es können Schlussfolgerungen gezogen werden, um gewünschte Prozesse zu befördern und unerwünschte Prozesse zu unterbinden.

(Quelle: Kerstin Göbel: Critical Incidents – aus schwierigen Situationen lernen Vortrag im Rahmen der Fachtagung Lernnetzwerk Bürgerkompetenz, 17./18. Dezember 2003 in Bad Honnef)



18. Critical Incident Reporting System

Fehlermeldesysteme - Critical Incident Reporting Systeme beziehungsweise CIRS® - werden in der Luftfahrt als Instrumente des Lernens und der Systemverbesserung seit Jahrzehnten erfolgreich eingesetzt.

Sie dienen auch in der Medizin als Instrumente zur Aufdeckung von Sicherheits-relevanten Ereignissen in der Gesundheitsversorgung.

Sie sollen der Analyse von kritischen Ereignissen hinsichtlich ihrer Ursachen und der Entwicklung von Vermeidungsstrategien dienen.

Gleichzeitig sollen die so gewonnenen Erkenntnisse unter den relevanten Berufsgruppen und Institutionen im Gesundheitswesen verbreitet werden, um die Qualität der Versorgung und die Sicherheit der Patienten insgesamt zu erhöhen.

Damit trägt CIRS wesentlich zum Risikomanagement bei, das die Gesamtheit der Strukturen, Prozesse, Instrumente und Aktivitäten umfasst, die die Mitarbeiter in einer Gesundheitseinrichtung dabei unterstützen, die Risiken in der Patientenversorgung zu erkennen, zu reduzieren und zu beherrschen.

Der Nutzen von CIRS und seine Chancen lassen sich folgendermaßen umschreiben:

- CIRS ist geeignet, das Risikomanagement vor Ort zu unterstützen.
- CIRS zeigt Auffälligkeiten (Häufigkeiten).

CIRS ist besonders gut geeignet, kritische Ereignisse des Alltags bei typischen Routinehandlungen zu entdecken. Berichte betreffen deshalb häufig „Trivialitäten“.

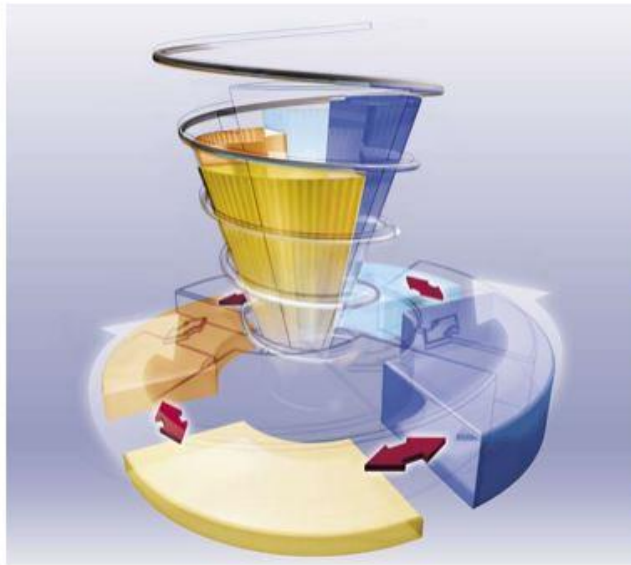
- CIRS hilft, Hot spots zu identifizieren.
- CIRS hilft, eher „triviale“ Fehler zu entdecken als komplexe Fehler.

Allgemeine Merksätze zum CIRS:

- CIRS wächst von unten.
- CIRS lebt von Vorbildern.
- CIRS braucht Training.
- CIRS braucht Erinnerung.
- Jeder Bericht braucht eine Antwort.
- CIRS braucht Schutz (von Anonymität bis Gesetzesregelung).
- CIRS braucht permanente Unterstützung durch die Leitung.
- CIRS braucht eine „just culture“*.
- CIRS ist nicht schon das Risikomanagement.
- Man sollte andere zur Verfügung stehende Informationssysteme ebenfalls nutzen.

Erst dadurch entsteht ein zukunftsfähiges Risikomanagement.

19. Fazit



Interkulturelle Kompetenz ist weder ein statischer Zustand noch das direkte Resultat einer einzelnen Lernerfahrung. Sprachbeherrschung oder explizites, d.h. erlernbares Wissen über kulturelle Besonderheiten allein machen niemanden interkulturell kompetent.

Noch erwirbt man interkulturelle Kompetenz durch eine Reise ins Ausland oder ad hoc durch eine Fortbildung.

Wenn die Annahme stimmt, dass Kultur beständig im Fluss ist, müssen die Menschen vielmehr Fähigkeiten für Prozesse erlernen und beherrschen. Die Entwicklung interkultureller Kompetenz ist demnach komplex mehrdimensional und je nach interkultureller

Situation vielgestaltig. Für den Erwerb interkultureller Kompetenz bedeutet dies einen fortwährenden dynamischen Prozess, der in verschiedenen Dimensionen verläuft und sich spiralförmig anreichert und entwickelt.

Der Erwerb interkultureller Kompetenz erfordert ein lebenslanges Lernen und ist Bestandteil fortdauernder Persönlichkeitsentwicklung.

(Quelle: Bertelsmann-Stiftung)