Christian Hannig

Interkulturelle Kommunikation im Rettungsdienst Grundlagen, Beispiele und Folgerungen

Prolog

Stellen Sie sich vor: Ein wohlmeinender Verwandter hat in Ihrem Namen den Coupon eines Preisausschreibens ausgefüllt, und nun haben Sie tatsächlich gewonnen. Erster Preis ist eine Studienreise per Bahn von Moskau nach Peking. Im Arrangement enthalten sind auch Ausflüge zu Sehenswürdigkeiten entlang der Strecke. Sie hatten zwar bislang weder besonderes Interesse an diesen Regionen, noch sprechen Sie Russisch, geschweige denn Chinesisch. Nichtsdestotrotz denken Sie an den schönen Spruch vom «geschenkten Gaul» und machen sich auf den Weg.

Auf einem Ausflug in der südsibirischen Republik Tuwa nehmen Sie plötzlich stechende Schmerzen im Oberbauch wahr. Das hatten Sie auch schon mal zu Hause; der konsultierte Hausarzt erklärte Ihnen die Beschwerden als die Folgen eines «Reizmagens», verschrieb Ihnen säuresenkende Medikamente, und einige Zeit nach deren Einnahme verschwanden die Schmerzen. Getreu diesem Erklärungsschema entschließen Sie sich, den aktuellen Beschwerden zunächst mit Nichtbeachtung und - zurück im Zug - mit einer Magentablette zu begegnen. Dummerweise erreichen Ihre Schmerzen jetzt doch ein bislang nicht gekanntes Ausmaß, und ein einfühlsamer Mitreisender beunruhigt Sie mit dem Hinweis, derlei Beschwerden könnten «gerne auch mal» Zeichen eines Herzinfarktes sein. Nun ist Ihnen doch nach Inanspruchnahme fremder Hilfe zumute, und Sie bitten Ihre Reiseleitung, umgehend fachliche Hilfe für Sie zu organisieren. Da Sie sich unweit der Hauptstadt Kyzyl befinden, setzt die tatkräftige Touristenführerin Sie kurzerhand in ein Auto und fährt Sie in die örtliche Klinik. Dort verlässt sie Sie mit dem entschuldigenden Hinweis auf die zurückgelassene Gruppe, beschreibt allerdings der Dame im Rezeptionszimmerchen noch kurz auf Russisch Ihre Beschwerden und ver-



sichert Ihnen noch, Ihr Touristenstatus garantiere Ihnen eine bevorzugte Behandlung durch den Klinikleiter. Sie werden daraufhin gebeten, in einem kargen Raum Platz zu nehmen. Diesen betritt nach kurzer Zeit ein freundlich blickender Herr, der Sie offensichtlich genauer zu Ihren gesundheitlichen Problemen befragen möchte. Leider gelingt dieser Informationsaustausch nach Ihrem Gefühl nur sehr bedingt. Schließlich hält der Herr seine Hände in kurzem Abstand an mehreren Stellen über Ihren Körper, schließt die Augen, atmet tief und beginnt eigentümlich zu summen. Danach legt er ein beeindruckendes Gewand samt Haube an, welches Sie sehr an ein Indianerkostüm im heimischen Fasching erinnert. Mit Hilfe herbeigerufener Assistentinnen wird nun, begleitet von Trommeln und monotonem Gesang, ein Tanz vollführt, in dessen Verlauf der freundliche, jetzt etwas entrückt wirkende Herr Sie mehrmals leicht mit etwas berührt, von dem Sie fürchten, daß es tatsächlich eine echte Hasenpfote ist. Sie müssen wohl einen so verwunderten und hilflosen Eindruck machen, dass Ihnen nach Abschluss der Zeremonie der behandelnde Leiter der Schamanenklinik, eben jener freundliche Herr, seine Diagnose und die - bereits erfolgreich abgeschlossene - Behandlung mittels der klassischen «Hände-und-Füße-Methode» erklärt: Ein Geist aus der Ahnenwelt habe sich Ihrer bemächtigt (gehabt) und sich in Ihrem Bauch eine Heimstatt gesucht. Als Grund für das Eindringen vermutet der Schamane eine Ruhestörung des Geistes Ihrerseits, eventuell durch respektloses Verhalten an heiligen Orten. Er habe Kontakt zu dem Geist aufgenommen und ihn nach längerem Hin und Her zum Verlassen ihres Bauchraumes bewegen können.

Und, fühlen Sie sich jetzt besser?

Einleitung

Wie geht es Menschen, die akut erkranken oder einen Unfall erleiden und entsprechend Angst um ihre Gesundheit oder gar ihr Leben haben? Und wie geht es solchen, die in so einer Situation auf andere treffen, die nicht ihre Sprache sprechen, die Erkrankung womöglich anders verstehen und einen ungewohnten Umgang mit ihr haben? Davon sollte Ihnen diese fiktive Krankengeschichte¹ einen ersten Eindruck geben, und darum soll es in diesem Artikel gehen. Ich möchte einen Einblick in (normale) Notfall-Situationen vermitteln und in solche, in denen Menschen aus verschiedenen kulturellen Kontexten miteinander in Kontakt kommen – welche Kommunikations- oder sonstigen Probleme können jeweils entstehen? Und was sollten (zumindest) professionell Helfende wissen und können, um mit diesen Problemen umzugehen oder – noch besser – sie gar nicht erst entstehen zu lassen?

Im Abschnitt 1 beschreibe ich zunächst die «allgemeinen Notfall-Situationen», im Abschnitt 2 geht es dann um interkulturelle Begegnungen in solchen Situationen. Im Abschnitt 3 schließlich erläutere ich mein Fazit aus dem bis dahin Gesagten und lege dabei den Schwerpunkt auf die kulturbezogene Ausbildung von Rettungsdienstpersonal.

1. Die Psychologie der Notfallsituation

Medizinische Notfallsituationen sind für betroffene Menschen immer Ausnahmesituationen. Meist völlig unvorhersehbar finden diese sich in einer bedrohlichen Lage wieder, in der sie selber oder jemand anderes schwer krank oder verletzt ist. Innerhalb von Sekunden können wir alle - sonst so selbstbestimmten und handlungskompetenten Menschen - unfähig sein, unsere Situation zu kontrollieren oder gar aktiv zu verändern (Bengel und Hannich, 2004). Zu diesem Kontrollverlust kommen oft Schmerzen, Sorgen und Ängste, vielleicht sogar Panik hinzu. In solchen Situationen schalten körperliche und seelische Systeme automatisch auf Alarm. Dadurch verändert sich auch die Art, wie Betroffene sich und ihre Umwelt wahrnehmen. Im Sinne eines Tunnelblicks können dann beispielsweise auffällige, aber eigentlich ungefährliche Verletzungen (wie eine blutende Platzwunde am Kopf) die Aufmerksamkeit so sehr binden, dass weit schwerwiegendere und sogar schmerzhaftere Verletzungen völlig ausgeblendet werden. Das kann ebenso passieren, wenn die Gedanken von Betroffenen von der Sorge um andere Menschen beherrscht werden, etwa die eigene Familie im verunglückten Auto. Manchmal gelten aber die Ge-



danken auch scheinbar trivialen Alltagssorgen («Wer versorgt denn jetzt meine Katze?») (Lasogga und Gasch, 2002).

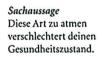
Es ist leicht nachzuvollziehen, dass Angst das von Notfall-Betroffenen am häufigsten berichtete Gefühl ist. Ebenso können Scham («Alle sehen mich hier so liegen!») oder Schuldgefühle («Ich habe den Unfall verursacht!») auftreten und sowohl direkt in der Situation als auch danach sehr belastend wirken (Lasogga und Frommberger, 2004). Notfall-Situationen sind also für Betroffene emotional extrem aufgeladen. Die empfundene Furcht, die (tatsächlichen oder vermuteten) körperlichen Schäden sowie der Mangel an (Selbst-)Kontrolle können existenziell bedrohliche und zutiefst verstörende Erfahrungen sein.

Umso mehr sind Betroffene darauf angewiesen, dass Helfende – Professionelle ebenso wie sog. Laien – auf diese seelische Extrem- und Ausnahmesituation angemessen reagieren. Leider gibt es immer wieder Berichte von Betroffenen, welche weniger ihre Notlage, als vielmehr ihre darauf folgende Behandlung als äußerst und nachhaltig belastend erlebten, etwa wenn sie diese «ruppig» oder «entmenschlichend» empfanden (Lasogga und Gasch, 2002).

Gleichzeitig können Notfall-Situationen auch für die Helfenden, und zwar auch für erfahrene, mit sehr aufwühlenden, verunsichernden und belastenden Gefühlen verbunden sein. Typische Auslöser dafür sind Kinder-Notfälle, eine große Anzahl Betroffener oder Gefährdung der eigenen körperlichen Unversehrtheit während des Einsatzes.2 Zusammengefasst bedeutet das: In Notfall-Situationen treffen Menschen aufeinander, die vielfach mit unangenehmen Gefühlen und Gedanken belastet sind sowie unter enormer Anspannung und häufig auch unter großem Zeitdruck stehen. In solchen Notfall-Situationen ist gelingende Kommunikation besonders wichtig – um schnell an wichtige Informationen zu kommen, um die Mitarbeit der Betroffenen und Angehörigen zu gewinnen und auch nicht zuletzt - um diese in solchen Situationen gut zu begleiten. In der Literatur wird daher zu Recht vom rettungsdienstlichen Einsatz als einer «hoch-komplexen sozialen Situation» gesprochen (Hannich, 2004).

Vor welchen besonderen Herausforderungen steht nun Kommunikation in einer solchen Situation, und was kann zu ihrem Gelingen beitragen?

Ein Beispiel. Stellen Sie sich bitte folgende Situation vor: Ein Rettungswagen wird zu einem Notfall gerufen. Der Patient ist ein älterer Mann, und seine nähere Untersuchung ergibt schnell den Verdacht auf einen Herzinfarkt. Der Rettungsassistent³ beobachtet bei diesem Patienten eine beschleunigte, eher flache Atmung, und er weiß, dass diese Art zu atmen für einen Herzmuskel mit Sauerstoffmangel ungünstig ist. Daher fordert er den Patienten dazu auf, ruhiger (und damit tiefer) zu atmen. Welche Botschaften sind in dieser Äußerung enthalten? Dazu ein Kommunikations-Quadrat (nach Schulz von Thun: MR 1) zur Veranschaulichung.



Selbstkundgabe Ich bin Experte! Ich bin besorgt! Ich will dir helfen!



Appell Vertraue mir! Arbeite mit mir zusammen!

Beziehungsbotschaft Du atmest gefährlich! Du brauchst meine Hilfe!

Das Kommunikationsquadrat des Helfers: gesendete Botschaften

Aus den vier Seiten der Botschaft des Rettungsassistenten wird vor allem seine Sorge deutlich, dass der Patient durch diese Atmung seinen Gesundheitszustand womöglich lebensbedrohlich verschlechtert. Er möchte also mit seiner Äußerung den Patienten schützen, indem er ihn beruhigt. Nun ist allerdings gar nicht sicher, dass der Patient diese gute Absicht auch erkennt. Das wäre etwa dann nicht zu erwarten, wenn Gedanken an ein «Worst case-Szenario» (der Patient erleidet



einen Herz-Kreislauf-Stillstand) beim Helfer so starke Ängste auslösen, dass die Ruhe und die Sicherheit, von denen er weiß, er sollte sie ausstrahlen, ins Wanken geraten. Diese innere Situation des Helfers kann nämlich die «Begleitmusik» seiner Nachricht entscheidend beeinflussen – etwa in Richtung eines besonders bestimmenden Tonfalls und einer gehobener Tonlage. Dann besteht die Gefahr, dass der Patient sich nicht beruhigt, sondern seine Besorgnis und Unruhe sogar noch weiter zunehmen – bedingt durch die nonverbal vermittelte Anspannung seines «Retters».

Aber auch andere Faktoren können dazu beitragen, dass der Patient eine vollkommen andere Botschaft hört, als diejenige, die der Rettungsassistent eigentlich senden wollte. Erinnern wir uns an den Tunnelblick, der in Notfallsituationen häufig entsteht. Der Patient ist womöglich sehr mit belastenden Gefühlen und Gedanken beschäftigt und daher nur eingeschränkt für eine rein sachliche Ansprache erreichbar. Vermutlich sind seine Ohren in besonderer Weise geeicht, nämlich darauf, weniger Sachinhalte, sondern vorrangig die emotionalen Aspekte der übrigen Botschaftsseiten aufzunehmen und zu verarbeiten. Solche Fokussierungen können individuell sehr verschieden ausfallen und hängen stark von den Vorerfahrungen, Einstellungen und Erwartungen des Patienten ab. Alle diese menschlichen Eigenheiten haben hier einen Nachteil gemeinsam: Sie sind dem Helfer völlig unbekannt! Die Botschaft, die der Patient empfängt, könnte also völlig anders aussehen als die gesendete (vgl. Abb. S. 235):

Aufgrund der übermächtigen negativen Gefühle und Gedanken des Patienten kann es also passieren, dass er aus der Botschaft des Helfers etwas herausfiltert und missdeutet – nämlich dessen emotionale Anspannung. Der Patient hört demnach vor allem Vorwürfe und Appelle, fühlt sich angegriffen und mit seiner inneren Not nicht verstanden. Daraus entsteht nun die Gefahr, dass er auf den Hinweis des Helfers ablehnend reagiert (z. B. «Das sagt sich so leicht – Ihnen tut ja nicht die ganze Brust weh!»). Diese Entwicklung wäre nicht nur kommunikationspsychologisch unerfreulich, sondern auch medizinisch gefährlich. (Mehr Unruhe beschleunigt zusätzlich die Atmung

Sachaussage Diese Art zu atmen ist falsch!

Selbstkundgabe
Ich bin Experte!
Wie du dich fühlst,
ist mir nicht wichtig!
Ich bin ungeduldig!



Appell
Tu, was ich sage!
Mach es mir nicht
so schwer!
Stell dich nicht so an!

Beziehungsbotschaft Du machst es falsch! Du bist schuld, wenn alles noch schlimmer wird! Du stellst dich an!

Das Kommunikationsquadrat des Patienten: empfangene Botschaften

des Patienten, wodurch die Sauerstoffversorgung des Herzens weiter abnimmt.) Gelingt es dem Rettungsassistenten nicht spätestens jetzt, das (Kommunikations-)Problem zu erkennen und zu bearbeiten, so wird das Eintreten seines befürchteten «Worst-case-Szenarios» immer wahrscheinlicher. Er muss sich jetzt also bemühen, neben seiner medizinischen Kompetenz auch Verständnis und Akzeptanz gegenüber dem Patienten deutlich zu machen (z. B. «Ich weiß, das ist schwierig – aber Sie werden sehen: Sie atmen dann tiefer, und davon werden auch die Schmerzen weniger.») In dieser Botschaft bekommt der Patient zudem noch eine positive Perspektive als möglichen «Lohn» dafür aufgezeigt, dass er versucht mitzuarbeiten – ein weiteres motivierendes und vertrauensbildendes Element in der Patient-Helfer-Kommunikation.

Parallel zu diesen kommunikativen Heilmitteln muss natürlich die Versorgung mit den medizinischen (z. B. Sauerstoff und Medikamenten) erfolgen. Reduzieren diese Arzneimittel körperliche Missempfindungen, wie Atemnot oder Schmerzen, so kommt dies der Beziehung zwischen Patient und Helfer zugute. Umgekehrt erleichtert eine gelungene Kommunikation und positive Beziehung auch den medizinischen Behandlungsprozess erheblich. Mit zunehmendem Vertrauen zum Helfer nimmt die Angst des Patienten ab und folglich



auch ihr negativer Einfluss auf seinen körperlichen Zustand. Die Zeit, die der Helfer für das Gelingen von Kommunikation aufwendet – indem er etwa besonders auf die Beziehungsseite von Botschaften achtet – lohnt sich also unmittelbar!

Die Kommunikation in einer Notfall-Situation ist also komplex und ein wichtiger Faktor für die Gesundheit der Betroffenen. Kommen wir nun zu den Einflüssen, die verschiedene kulturelle Hintergründe der Beteiligten auf Notfall-Situationen und besonders die Kommunikation in ihnen haben können.

2. Interkulturelle Begegnungen in Notfallsituationen

Welchen Einfluss können unterschiedliche kulturelle Hintergründe von Menschen auf ihre Begegnung in Notfall-Situationen haben? Für eine Antwort darauf sollten wir zunächst den Zusammenhang von Kultur und Krankheit bzw. Gesundheit etwas näher betrachten.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) versteht unter «Gesundheit» einen Zustand völligen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Wie immer wir nun Kultur definieren wollen, wir würden wohl stets annehmen, dass sie einen gewichtigen Einfluss auf unsere geistig-seelischen Eigenheiten und unser soziales Verhalten hat. Solche Merkmale spielen wiederum eine große Rolle dabei, wie wir unseren Körper wahrnehmen und Veränderungen an ihm interpretieren. Unser kultureller Kontext hat damit einen gewichtigen Einfluss darauf, wie wir Gesundheit verstehen oder uns die Entstehung von Krankheiten erklären. Auch darauf, wie wir uns angesichts von Krankheit oder von Tod und Sterben verhalten, wirkt dieser Kontext ein. Wir leiten aus ihm viele Werte und Erwartungen an Behandelnde und ihre Heilmethoden ab. Solche Haltungen teilen wir wiederum mit anderen Menschen unseres kulturellen Kontextes, sie drücken sich beispielsweise in bestimmten Heilungs- oder Trauerritualen aus.

Wie weit der Einfluss der Kultur auf Fragen von Gesundheit und Krankheit gehen kann, zeigt der medizinethnologische Begriff des «kulturspezifischen Syndroms»⁵. Damit gemeint sind «Erkrankungen, die nicht losgelöst von ihrem kulturellen oder subkulturellen Kontext verstanden werden können» (Greifeld, 2003, S.23). Greifeld beschreibt als Beispiel das Syndrom «Susto», welches – in vielfältigen Ausformungen – in Südamerika diagnostiziert wird. Dabei folgt auf ein schweres Erschrecken eine Erkrankung, die sich durch Appetitlosigkeit, Blässe, Unruhe, Erbrechen und Fieber usw. äußert und auch zum Tode führen kann. (Überlegen Sie doch einmal, welche Ideen Sie zur Entstehung dieser Erkrankung hätten, wenn Ihnen der Auslöser und diese Symptome genannt würden.) Im kulturellen Herkunftskontext dieser Erkrankung wird «Seelenverlust» als ihre Ursache angenommen, der von kundigen Heilenden mit speziellen Ritualen behandelt und behoben werden kann (Greifeld, 2003, S. 24 ff.). Wir sehen also, Kultur beeinflusst nicht nur Krankheit, sie kann sogar ganz eigene schaffen!

Einen wichtigen theoretischen Aspekt möchte ich kurz ansprechen: Viele KulturwissenschaftlerInnen sind dazu übergegangen, «Kultur» nicht mehr als eine geschlossene Kategorie zu verstehen, zu der Individuen anhand von ethnischen, religiösen oder politischen Merkmalen zugeordnet werden können. Zu vielfältig sind die Menschen etwa in der Kategorie «Staatsangehörigkeit» («die Türken» oder «die Amerikaner»), als dass unter dem Oberbegriff einer (Kultur) etwas Vernünftiges über sie ausgesagt werden könnte (dazu u. a. Straub, 2003). Solche neueren Ansätze haben bereits Eingang in die professionelle Gesundheitsversorgung gefunden. Aktuelle Theorien zur Krankenpflege fordern eine allgemeine Sensibilität für die kulturellen Einflüsse auf alle Beteiligten - also auch auf die Pflegenden selbst (Näheres z. B. bei Domenig, 2001). Und auch neuere Publikationen für den Rettungsdienst betonen die Wichtigkeit eines kritischen Blickes auf das kulturelle «Eigene» (z. B. Payer, 2005). Dieser Ansatz erscheint theoretisch und praktisch sinnvoller, als weiter zu versuchen, Aussagen und Prognosen zum Gesundheits- und Krankheitsverhalten zahlreicher Gruppen («die türkische Patientin» oder «das Verständnis der Chinesen von Gesundheit») zu machen.

Für unser Thema folgt daraus, nicht zu versuchen, «kulturspe-

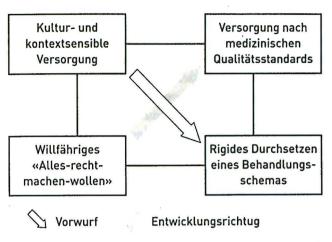


zifische Richtlinien» für die (Notfall-)Behandlung einzelner Patientengruppen zu erstellen. Vielmehr sollte in der Aus- und Fortbildung der MitarbeiterInnen von Rettungsdiensten eine allgemeine Sensibilität und Kompetenz im Umgang mit Menschen aus verschiedenen kulturellen Kontexten angestrebt werden. Im letzten Abschnitt gehe ich näher darauf ein, was an Wissen und Fähigkeiten in solchen Ausund Fortbildungen vor allem zu vermitteln wäre.

Zurück zu der Frage, was geschehen kann, wenn die Beteiligten von Notfall-Situationen unterschiedlichen kulturellen Hintergründen entstammen. Im deutschen Gesundheitswesen existiert – zumindest theoretisch – die Grundhaltung, dass bei der Versorgung aller Bedürftigen deren individuelle, kulturelle oder sonstige Eigenheiten und Bedürfnisse berücksichtigt werden sollen. Das klingt schlüssig – ist aber häufig gar nicht einfach; vor allem dann nicht, wenn die Werthaltungen des Patienten im Widerspruch zu dem stehen, was nach dem hierzulande maßgeblichen Verständnis von Medizin üblich und notwendig wäre. Dafür ein Beispiel.

Ein minderjähriges Kind erleidet einen Verkehrsunfall und wird vom Rettungsdienst in eine Notaufnahme gebracht. Das Kind hat Blut verloren, und sein Kreislauf wird immer instabiler. Die behandelnde Ärztin möchte ihm daher eine Blutkonserve transfundieren. Die Eltern des Kindes lehnen dies aber mit dem Hinweis ab, sie und ihr Kind seien Zeugen Jehovas. Die Ärztin versucht nun, den Kreislauf des Kindes allein mit anderen Mitteln (Kochsalz-Infusionen, kreislaufstimulierende Medikamente) zu stützen. Diese reichen jedoch nicht aus – die wiederholte Messung des roten Blutfarbstoffes (Hämoglobin) zeigt kritische und weiter fallende Werte; der Kreislauf des Kindes droht völlig zusammenzubrechen.

Die Ärztin gerät hier in ein ethisches Dilemma, das sich im Wertequadrat (nach Schulz von Thun: MR 2, S. 38 ff.) als Konflikt zwischen verschiedenen Werten darstellen lässt.



Wertequadrat der Versorgung Kulturfremder im deutschen Rettungsdienst

Wie sollte sich die Ärztin nun also verhalten? Der Wert «kultur- und kontextsensible Versorgung» würde ihr nahelegen, die Ablehnung der Bluttransfusion durch die Eltern zu akzeptieren. Schließlich ist es nicht an ihr, die Wert- und Glaubenshaltungen von Patienten oder Angehörigen zu bewerten. Hingegen gälte es mit Blick auf die gängigen medizinischen Qualitätsstandards, sich dieser Einschränkung zu widersetzen.6 Vermutlich wird für eine in Deutschland (medizin-)sozialisierte Ärztin das Leben des Kindes schwerer wiegen als der Respekt vor den religiösen Überzeugungen der Eltern. Für die interkulturelle Kompetenz wäre hier allerdings entscheidend, wie die Ärztin gegenüber den Eltern auftritt und ihre Entscheidung erklärt. Aus einer kultursensiblen Grundhaltung heraus sowie mit Blick auf den weiteren Behandlungsverlauf und die spätere Beziehung der Eltern zu ihrem Kind wäre es auch hier geboten, die «kulturell Anderen» nicht menschlich zu entwerten, sondern ihnen die sachlich-medizinischen wie auch die kulturell-ethischen Hintergründe für das eigene Handeln deutlich zu machen. Das macht für mich den Unterschied zwischen einer menschlich (und interkulturell) kompetenten «Werte-Treue» und einer «entwertenden Übertreibung» eigener Werte aus.

Bleibt also festzuhalten: Bereits hier in Deutschland, mit Menschen der gleichen Staatsangehörigkeit, Ethnie und Sprache können



wir in gravierende Wertekonflikte geraten, deren Ursache Unterschiede religiös-weltanschaulicher – also kultureller – Natur sind. Je gravierender diese kulturellen Unterschiede sind, desto größer ist das Potenzial für mögliche Konflikte.

Damit interkulturelle Missverständnisse und Verstimmungen entstehen können, müssen aber keineswegs immer tiefer liegende Werthaltungen miteinander in Konflikt geraten. Schon unterschiedliche Auffassungen vom angemessenen Verhalten in medizinischen Notfall-Situationen können zu Problemen führen – nämlich dann, wenn sie dem jeweiligen Gegenüber fremd sind und in der Situation nicht kommuniziert werden (können). Auch dafür ein Beispiel aus der Praxis.

Ein Rettungsdienstteam wird zu einem Badeunfall gerufen. Ein siebenjähriges aus Ex-Jugoslawien stammendes Mädchen war leblos im Wasser gefunden worden. Der Versuch eines Notarztes, es wiederzubeleben, bleibt erfolglos. Vor der Strandwache, in der diese Reanimation stattfindet, versammeln sich mit der Zeit immer mehr Menschen, von denen das Rettungsteam annimmt, sie seien Angehörige des Mädchens. Diese Menschen – es sind schließlich etwa zwanzig Personen – wirken sehr aufgebracht, gestikulieren und scheinen zu diskutieren oder gar zu streiten. Mit dem Notarzt oder den übrigen Teammitgliedern nehmen sie allerdings keinen Kontakt auf, was diese sehr befremdlich finden. Durch die Menschenmenge und deren Emotionalität und Lautstärke entstehen jetzt zunehmend Unbehagen und ein Gefühl von Gefahr im Team. Daher sucht auch keines seiner Mitglieder aktiv – wie sonst üblich – den Kontakt zu den Angehörigen, sondern alle halten sich zurück und warten ab.

Die Situation endet schließlich damit, dass der Notarzt die Reanimation nicht vor Ort beendet. So umgeht er, den Angehörigen die Nachricht vom Tod des Kindes überbringen und dessen Umstände erläutern zu müssen. Stattdessen ordnet er, «zur weiteren Behandlung», den Transport in ein Krankenhaus an. Bereits auf dem Weg dorthin, im «sicheren» Rettungswagen, wird die aussichtslose Reanimation abgebrochen und das Kind für tot erklärt. Später hatten einer der beteiligten Kollegen und ich die Gelegenheit, diesen Fall mit einer Kollegin aus Serbien zu besprechen. Es war erstaunlich, aber auch belastend, wie sehr sich ihre Interpretation des Verhaltens der Angehörigen von der des Rettungsteams unterschied. Sie vermutete als Grund dafür, dass die Angehörigen nicht aktiv Kontakt zum Team aufgenommen hatten, nicht etwa Feindseligkeit, sondern die besonders respektvolle Haltung ihrer Landsleute gegenüber medizinischem Personal («Man wartet, bis man angesprochen wird!»). Ebenso bewertete sie das beschriebene expressive Verhalten der Angehörigen als durchaus üblichen Ausdruck von emotionaler Anspannung und Trauer. Den Teammitgliedern waren diese kulturellen Eigenheiten nicht bekannt, und nach Auskunft des Kollegen verhinderte ihr diffuses Gefühl von Bedrohtsein eine Kontaktaufnahme und damit auch die Möglichkeit, dieses Wissensdefizit abzubauen.

Ein simples Missverständnis also – dessen Folgen hier allerdings tragisch waren: Die Angehörigen erhielten weder Unterstützung durch die Helfenden, noch konnten sie sich vor Ort von ihrem toten Kind verabschieden. Solche Umstände erschweren die Trauerarbeit der Angehörigen von Notfallopfern erheblich und können schwerwiegende psychische Folgen haben (Helmerichs und Saternus, 2004, S.146). Aber auch bei dem beteiligten Kollegen des Rettungsdiensts war die zunächst empfundene Erleichterung, der Situation (entkommen) zu sein, schnell in Zweifel über die Richtigkeit des Vorgehens umgeschlagen. Dieser Fall lag schon Jahre zurück, und doch wirkte er bei dessen Schilderung noch immer sehr bedrückt.

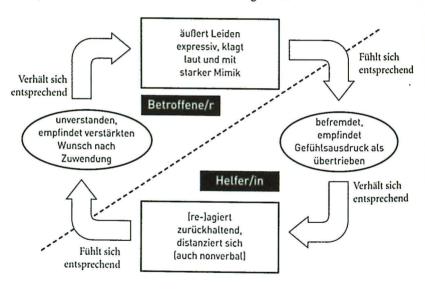
Kommunikationsprobleme und Missverständnisse aufgrund kultureller Unterschiede können also ernst zu nehmende psychische Folgen haben. Aber auch auf der rein medizinisch-körperlichen Ebene können ihre Konsequenzen schwerwiegend sein.

Befragt nach Erfahrungen mit nicht-deutschen Notfall-Betroffenen, kommen MitarbeiterInnen des Rettungsdiensts nahezu immer auf «Südländer» zu sprechen und auf deren besonders expressiven Ausdruck negativer Gefühle. Lautes Klagen über Schmerzen oder mimik- und gestikreiches Mitteilen von Ängsten und Sorgen werden am



häufigsten als Beispiele dafür genannt. Geläufige, spöttelnd-abfällige Begriffe für dieses Stereotyp⁷ sind zum Beispiel «Transalpines Syndrom» oder «Morbus Mamma-mia». Diese Wortschöpfungen deuten darauf hin, dass es den MitarbeiterInnen mitunter schwer fällt, solches Verhalten ernst zu nehmen und ihm annehmend zu begegnen. Diese Ablehnung lässt sich verstehen als – vor allem emotionale – Reaktion darauf, mit einem Verhalten konfrontiert zu sein, welches deutschen Sitten und Gepflogenheiten zuwider läuft. Daraus kann, wie in Abbildung 4 dargestellt, ein kommunikativer Teufelskreis (nach Schulz von Thun: MR 2, S. 28 ff.) entstehen.

Teufelskreis zum Emotionsausdruck im Rettungsdienst



Dieser Teufelskreis entsteht, da Betroffene und Helfende unterschiedliche Vorstellungen von einem angemessenen Umgang mit körperlichen Schmerzen oder anderen unangenehmen Gefühlen haben (etwa: «Reiß dich zusammen!» vs. «Raus damit!»). In einer Notfallsituation kann das – eben auch medizinisch – fatale Folgen haben.

Es besteht zum einen die Gefahr, dass Leidensäußerungen Betroffener nicht ernst genommen und dadurch bedrohliche Umstände übersehen werden («Vielleicht hat der Betroffene eine noch unent-

deckte Verletzung und klagt daher aus (gutem Grund)?»). Erschwerend kann hinzukommen, dass Betroffene manchmal aufgrund – bestehender oder vermuteter – kultureller Gebote nicht komplett untersucht werden (können). Das klassische Beispiel dafür ist das Verbot für streng muslimische Frauen, sich vor fremden Männern zu entblößen.

Zum anderen können massive Leidensäußerungen von Betroffenen NotärztInnen zu einer Überversorgung mit Schmerz- oder Beruhigungsmedikamenten verleiten. Die Nebenwirkungen dieser Medikamente (z. B. Bewusstseinstrübung oder Dämpfung des Atemund Kreislaufsystems) können notfallbedingte körperliche Störungen verstärken. Im schlimmsten Fall machen sie selber sogar eine erweiterte Notfallbehandlung erforderlich (z. B. kreislauf-stimulierende Medikamente oder künstliche Beatmung). Solche Risiken minimieren sich, wenn medikamentöse Therapie *immer* mit adäquater kommunikativer Zuwendung verbunden wird und der Versuch unterbleibt, (kultur-)spezifisches Ausdrucksverhalten «wegzuspritzen».

Psychosoziale Kompetenz – inklusive interkultureller Kompetenz – ist also für eine erfolgreiche psychologische *und* medizinische Behandlung von Menschen in Notfallsituationen von enormer Bedeutung. Diese Bedeutung wird in Zukunft sogar noch zunehmen.

Statistiken zur Bevölkerungszusammensetzung in Deutschland zeigen, dass die ethnische und kulturelle Bandbreite der Gesellschaft immer größer wird. So lebten nach Auskunft des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2004 in Deutschland Menschen aus nicht weniger als 51 Nationen – und jede/r Einzelne von ihnen kann ein Notfall-Betroffener werden. In diesem Zusammenhang ist aber auch zu erwarten, dass sich die oben beschriebenen Situationen zunehmend umkehren: Betroffene mit ausschließlich deutschem Hintergrund werden von Helfenden aus anderen kulturellen Kontexten versorgt. Grund dafür ist die Zunahme des Anteils älterer Menschen im Vergleich zu dem der Jüngeren bei Menschen mit nur deutschem Hintergrund (die viel zitierte «Überalterung der Deutschen»). Rettungsdienst-Organisationen wird also gar nichts anderes übrig bleiben, als



zunehmend qualifizierte MitarbeiterInnen aus nicht oder nicht ausschließlich deutschen Kontexten in ihren Personalstamm zu integrieren. Aus dieser Tatsache ergibt sich die Notwendigkeit interkultureller Kompetenz auch innerhalb von Rettungsdienst-Organisationen, denn moderne ArbeitgeberInnen müssen die unterschiedlichen kulturellen Bedürfnisse und Vorstellungen besagter MitarbeiterInnen (er)kennen und in ihrer Organisationskultur berücksichtigen. Diesen Vorgang bezeichnet man neu-deutsch als «diversity-management»⁸.

Ein weiterer Aspekt ist die zunehmende Anzahl von Rettungsund Hilfs-Einsätzen im Rahmen internationaler Katastrophenhilfe. Aktuelle Beispiele dafür sind Entsendungen von Einsatzpersonal anlässlich der Tsunami-Katastrophe in Süd-Ost-Asien zur Jahreswende 2004/2005. Hier mussten Fachkräfte aus diversen Nationen und Fachrichtungen unter extrem belastenden Bedingungen zusammenarbeiten. Zudem sollten ihre Hilfeleistungen einerseits schnell und effizient sein, andererseits aber dem kulturellen Kontext des «Gast-Landes» entsprechen. Wie unerlässlich dabei auch interkulturelle Kompetenzen sind (oder sein sollten), ist offensichtlich.

3. Fazit

Über alle – wie immer gearteten – menschlichen Unterschiede hinweg kann die Angst um das eigene Leben, die Sorge um die eigene Gesundheit (und die von Bezugspersonen) sowie ein Bedürfnis nach Hilfe als universell, das heißt in allen kulturellen Kontexten vorhanden, gelten. Auch daher kommt es für ein *nachhaltig* positives Ergebnis einer Notfallbehandlung nicht nur darauf an, ob Betroffene rein *medizinisch korrekt versorgt* werden, sondern ebenso darauf, ob sie sich *menschlich gut behandelt* fühlen!

Darin liegt für Rettungsdienste und alle ihre MitarbeiterInnen eine enorme Herausforderung. Notfallsituationen sind oftmals Extremsituationen – aufgrund ihrer geschilderten Komplexität und Tragweite, des häufig bestehenden Zeitdrucks sowie der heftigen Gefühle, die bei allen Beteiligten mit ihnen verbunden sein können. Sie bieten somit vielfältige Anlässe für Missverständnisse und Kommuni-

kationsprobleme. Wenn dazu noch kulturelle Fremdheit kommt, können sich diese Situationen weiter und erheblich komplizieren.

Dabei gilt: Missverständnisse und Konflikte entstehen nicht durch das Vorhandensein von Fremdheit und (kulturellen) Unterschieden, sondern durch deren Wahrnehmung (bzw. Nicht-Wahrnehmung), Interpretation und die damit verbundenen Gefühle! Daher ist es für eine interkulturelle Kompetenz wichtig, einerseits solche Unterschiede wahrnehmen zu können, sie andererseits aber auch nicht überzubewerten und die eigene emotionale Reaktion auf sie unter Kontrolle zu haben. Diese Kompetenz hat dann zum Beispiel Einfluss darauf, wie mit Humor und Körperkontakt im Rahmen einer Notfallsituation umgegangen wird. Beides sind Elemente, die sehr wohl auch im Umgang mit interkultureller Fremdheit heilsam wirken, bei Überdosierung aber eben auch heikel werden können.

Wie schon erwähnt, ist es für die Entwicklung kultureller Sensibilität ebenso von großer Bedeutung, den eigenen kulturellen Hintergrund wahrnehmen zu können und sich klar zu machen, wie wenig allgemeingültig sowohl das eigene Verständnis von Medizin, als auch die daraus entstehenden Rollenerwartungen an Helfende und Betroffene sind.

Schließlich gehört mitunter auch Wissen über spezifische kulturelle Kontexte zu den Anforderungen an interkulturelle Kompetenz. Dies ist dann der Fall, wenn der Kontakt zu einer bestimmten Gruppe regelmäßig zum Arbeitsalltag gehört, weil diese beispielsweise einen großen Bevölkerungsanteil im Einsatzgebiet ausmacht.

Aus meiner Sicht sollten also alle diese Punkte feste Bestandteile der Aus- und Fortbildung von Rettungsdienstpersonal sein. Oberstes Ziel wäre dann, die Tiefe und Breite des Themas (Medizin-)Kultur eng mit der alltäglichen Praxis zu verknüpfen. Nur dieser wechselseitige Bezug kann die Praxistauglichkeit der Ausbildungskonzepte und damit ihre Akzeptanz bei den MitarbeiterInnen gewährleisten. Ideal wäre dabei sicher nicht nur eine interdisziplinäre Zusammenarbeit (etwa von VertreterInnen aus Medizin, Rettungsdienst, Psychologie, Religions- und Kulturwissenschaften), sondern auch eine interkultu-



relle Kooperation auf ExpertInnenniveau. Ob diese angesichts leerer öffentlicher Kassen zustande kommen kann, erscheint zweifelhaft – die Hoffnung aber stirbt (auch im Rettungsdienst) zuletzt!

Anmerkungen

- Die Klinik in Südost-Sibirien gibt es allerdings tatsächlich. Ihre Behandelnden sind ausschließlich SchamanInnen, die Krankheit als Ausdruck von entweder Seelen(teil)verlust oder Geisterbefall begreifen und behandeln (ARTE-TV Bericht «Schamanenklinik in Tuwa», Web-Adresse dazu auf S. 247).
- 2 Der psychosozialen Situation von Helfenden nach belastenden Einsätzen wird (u. a. durch das ICE-Unglück von Eschede 1999 oder die Terrorakte vom 11. September 2001 in den USA) vermehrt Aufmerksamkeit zuteil. Weiterführende Publikationen zu diesem Thema sind z.B.: «Posttraumatische Belastungsstörung bei gefährdeten Berufsgruppen» (Teegen, 2003) oder «Hilfen für Helfer» (Lasogga & Karutz, 2005).
- 3 Vielleicht wussten Sie das (im Gegensatz zu vielen anderen) schon: Das ist ein Fachberuf mit zweijähriger Ausbildung, im Unterschied zum Rettungssanitäter, dessen Ausbildung lediglich drei Monate dauert.
- 4 Damit ist sprachbegleitendes Verhalten gemeint. Nonverbales Verhalten lässt sich noch aufteilen in nonvokales (die klassische «Körpersprache») und vokales Verhalten (entspricht in etwa der hier erwähnten «Begleitmusik», also Stimmklang, Pausen etc.).
- 5 Als «Syndrome» werden Symptomkomplexe, also Gruppen von gleichzeitig zusammen auftretenden Krankheitszeichen, bezeichnet (nach: Pschyrembel: Klinisches Wörterbuch, 256. Aufl.).
- 6 Die Ärztin könnte etwa einen zeitweiligen Entzug des Sorgerechts durch ein Gericht erwirken. Dafür werden die Grundrechte des Kindes (auf Leben und Gesundheit) gegen die der Eltern (auf freie Religionsausübung) abgewogen. Die gängige Rechtspraxis würde der Ärztin sogar erlauben, lebensnotwendige Behandlungen durchzuführen, ohne einen entsprechenden Gerichtsbescheid abzuwarten.
- 7 Das sind verallgemeinernde ungeprüfte Annahmen zu Eigenschaften und Verhaltensweisen, die Mitglieder einer sozialen Gruppe gegenüber einer anderen Gruppe haben.
- 8 «Diversity» (dt. «Diversität») meint hier Unterschiedlichkeit zum Beispiel in geschlechtlicher, religiöser, ethnischer oder kultureller Hinsicht. «Diversitymanagement» ist folglich der betrieblich-organisationale Umgang mit Diversität ein aktuelles Thema, nicht nur für «global-player»-Unternehmen.

Literatur

- Bengel, J., Hannich, H.-J. (2004): *Notfallmedizin*. In: B. Strauß, U. Berger, J. von Troschke, E. Brähler (Hg.): Lehrbuch Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. Göttingen., S. 481–492
- Domenig, D. (2001): Professionelle transkulturelle Pflege Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern
- Greifeld, K. (2003): Ritual und Heilung Eine Einführung in die Medizinethnologie. Berlin
- Hannich, H.-J. (2004): *Psychologie der Notfallsituation*. In: J. Bengel (Hg.): Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Berlin, S. 1–11
- Helmerichs, J., Saternus, K.-S. (2004): Psychologische Betreuung von Eltern und Geschwistern nach plötzlichem Säuglingstod. In:
 J. Bengel (Hg.): Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst.
 Berlin, S. 143–150
- Lassogga, F., Frommberger, U. (2004): *Psychische Situation und Reaktionen von Notfallpatienten*. In: J. Bengel (Hg.): Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Berlin, S. 15–23
- Lassogga, F., Gasch, A. (2002): Notfallpsychologie. Edewecht, S. 35-53
- Payer, M. (2005): Kommunikation mit Patienten aus anderen Kulturen. In: M. Bastigkeit (Hg.): Können Sie mich verstehen? – Sicher kommunizieren im Rettungsdienst. Edewecht, S. 99–109
- Straub, J. (2003): Psychologie und die Kulturen in einer globalisierten Welt. In: A. Thomas (Hg.): Kulturvergleichende Psychologie. Göttingen, S. 543–566

Web-Ressourcen

- Zum Thema «Schamanenklinik in Tuwa» http://www.arte-tv.com/de/search_results/791382.html (Skriptum zum TV-Bericht auf ARTE vom 5, 3, 2005)
- Zum Thema «Zeugen Jehovas und Bluttransfusionen» http://www.medizin-forum.de/phpbb/viewtopic.php?t=4018& (Diskussion auf der Seite «Deutsches Medizin Forum», u. a. über rechtliche Grundlagen, Abruf: 18. 8. 05)
- Zum Thema «Bevölkerung in Deutschland» Statistisches Bundesamt, Wiesbaden http://www.destatis.de

