

MSH Medical School Hamburg
University of Applied Sciences and Medical University

Fakultät: Gesundheitswissenschaften

Bachelorstudiengang: Rescue Management

Bachelorarbeit

Stärkung der interkulturellen Kompetenz im Rettungsdienst

vorgelegt von:	Efstratios Dimas Matrikelnummer [REDACTED]
vorgelegt am:	28.07.2022
Semester:	6
Modulbezeichnung:	M26 – Bachelorarbeit mit Kolloquium
Erstgutachter:	Prof. Dr. Harald Karutz
Zweitgutachter:	Philipp Abegg, Master of Science

Abstract

Nicht selten kommt es zu einer Stigmatisierung ausländischer Patienten im Rettungsdienst, welche durch diese Befangenheit der Rettungskräfte womöglich zu einer schlechteren Versorgungsqualität der Patienten führt. Daher ist es notwendig die Vorurteile der Rettungskräfte zu erkennen und die interkulturelle Kompetenz der Rettungskräfte zu stärken, um vorhandene Herausforderungen in Zukunft besser bewältigen zu können.

Das Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit ist es, die Frage zu beantworten, welche Maßnahmen aus Sicht der Rettungskräfte ergriffen werden sollten, um ihre Vorurteile zu reduzieren und ihre interkulturelle Kompetenz für den Einsatz mit fremdkulturellen Patienten zu stärken?

Um die Forschungsfrage zu beantworten, bildete eine an die PRISMA Regeln gestützte systematische Literaturrecherche die Grundlage zur Bildung des theoretischen Hintergrunds. Für ein differenziertes Meinungsbild wurden zwei leitfadengestützte Fokusgruppendifkussionen mit insgesamt 11 Teilnehmern online durchgeführt. Die Ergebnisse wurden anhand der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Ergebnisse der Fokusgruppen zeigen, dass institutioneller Rassismus im Rettungsdienst existiert und somit die Versorgung der betroffenen Patienten gefährdet. Des Weiteren stellt die Implementierung interkultureller Trainings, welche Allports' Kontakthypothese berücksichtigen, eine unumgängliche Maßnahme für deutsche Rettungsdienstorganisationen dar.

Eine weiterführende Forschung könnte auf die fremdkulturelle Versorgungsqualität durch den deutschen Rettungsdienst gerichtet sein.

*Genderhinweis: Personenbezogene Bezeichnungen sind genderneutral zu verstehen.

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	II
Abkürzungsverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	VII
Tabellenverzeichnis	VIII
1 Einleitung.....	1
2 Vorurteile.....	3
2.1 Definition.....	3
2.2 Rassismus	4
2.2.1 Persönlich angewandter Rassismus.....	5
2.2.2 Institutioneller Rassismus.....	5
2.2.3 Rassismus im Rettungsdienst	5
2.3 Ingroup & Outgroup.....	8
2.4 Stereotype	9
2.5 Reduktion von Vorurteilen	9
2.5.1 Irrglaube über die Wissensvermittlung	9
2.5.2 Kontakthypothese nach Gordon Allport.....	9
2.5.3 Stand der Wissenschaft	10
2.6 Umgang mit Vorurteilen.....	11
2.6.1 Katharsis	11
2.6.2 Abwehrmechanismen.....	11
3 Interkulturelle Kompetenz.....	12
3.1 Begriffsbestimmung.....	12
3.1.1 Kultur	12
3.1.2 Interkulturelle Kompetenz.....	13
3.2 Erfassung der interkulturellen Kompetenz	16
3.3 Relevanz in der Patientenversorgung	17
3.3.1 Clash of Cultures.....	17
3.3.2 Kulturdimensionen nach Hofstede	18
3.3.3 Kulturdimensionen nach Hall	21

3.3.4	Kulturdimensionen nach Trompenaars	24
3.3.5	Besonderheiten	25
3.4	Ausbildungsstand im Rettungsdienst.....	26
3.4.1	Ausbildung für Notfallsanitäter	26
3.4.2	Ausbildung für Rettungssanitäter	27
3.4.3	Fortbildung des Rettungsdienstpersonals	27
4	<i>Wissenschaftliche Methode.....</i>	28
4.1	Systematische Literaturrecherche	29
4.1.1	Datenbanken	29
4.1.2	Verwendete Suchbegriffe	29
4.1.3	Sortierung nach Eignung.....	30
4.2	Erhebungsinstrument.....	31
4.2.1	Auswahl der Fokusgruppenteilnehmer	32
4.2.2	Leitfaden.....	33
4.2.3	Durchführung der Fokusgruppen	34
4.3	Transkription	35
4.4	Auswertungsmethode.....	36
4.4.1	Bestimmung des Analysematerials.....	36
4.4.2	Induktive Kategorienbildung	37
4.4.3	Z-Regeln.....	38
5	<i>Ergebnisse.....</i>	39
5.1	Akquisition.....	40
5.2	Fokusgruppen	45
5.2.1	Herausforderungen im interkulturellen Einsatzgeschehen	45
5.2.2	Stärkung der interkulturellen Kompetenz	46
6	<i>Diskussion</i>	47
7	<i>Fazit.....</i>	50
8	<i>Handlungsempfehlungen zur Stärkung der interkulturellen Kompetenz</i>	51
9	<i>Literaturverzeichnis.....</i>	55

Abkürzungsverzeichnis

3C-Test	Cross-Cultural-Competence-Test
Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
APORettSan	Hessische Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter
APVO RettSan	Verordnung über die Ausbildung und Prüfung für Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter
BayRettSanV	Bayrische Rettungssanitäterverordnung
BB	Brandenburg
BICAS	Building Intercultural Competences for Ambulance Services
BW	Baden-Württemberg
Bspw.	Beispielsweise
CIRS	Critical Incident Reporting System
DMRS-Q	Defense Mechanisms Rating Scales Q-Sort
Et al.	Et alii
FG	Fokusgruppe
GG	Grundgesetz
HC	High Context
HmbRDG	Hamburgisches Rettungsdienstgesetz
Kap.	Kapitel
LC	Low Context
LRettDP	Landesrettungsdienstplan Rheinland-Pfalz
M.	Morbus
MSH	Medical School Hamburg
NotSan	Notfallsanitäter
NotSan APrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter
NotSanG	Notfallsanitätergesetz
NotSan i.A.	Notfallsanitäter in Ausbildung
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- Analyses

RDG	Gesetz über den Rettungsdienst
RettAss	Rettungsassistent
RettSan	Rettungssanitäter
RettSan APrVo	Landesverordnung über die Ausbildung und Prüfung von Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitätern
SGB I	Erstes Sozialgesetzbuch
SH	Schleswig-Holstein
SHRDG	Schleswig-Holsteinisches Rettungsdienstgesetz
ThürRettG	Thüringer Rettungsdienstgesetz
Vgl.	Vergleiche
VPN	Virtuelles Privates Netzwerk
X_{med}	Median
x	Mittelwert

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Allport-Skala – Unterscheidung der Diskriminierung nach Handlungen.....	4
Abbildung 2 Rassismus im Rettungsdienst	7
Abbildung 3 Theoretische Reduktion der In-Group Wirksamkeit, durch die Möglichkeit Mitglied der Gruppe zu werden	8
Abbildung 4 Interkulturelle Kompetenz als anwendungsbezogener Spezialfall allgemeiner Handlungskompetenz	15
Abbildung 5 Kulturdimensionen nach Hofstede	19
Abbildung 6 Ablaufmodell der Gruppendiskussion.....	35
Abbildung 7 Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse.....	39

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Hauptkategorien anhand der Leitfadenfragen	37
Tabelle 2 Reichweite der genutzten Medien zur Teilnehmerakquisition.....	41
Tabelle 3 Anstellungsdauer und Arbeitsumfang der Teilnehmer	43
Tabelle 4 Ausbildungsstand der Teilnehmer	44
Tabelle 5 Einsatzgebiet der Teilnehmer	44

1 Einleitung

Das interkulturelle Aufeinandertreffen von Rettungsdienst und fremdkulturellen Hilfesuchenden ist unumgänglich, da bereits jede siebte in Deutschland lebende Person einen ausländischen Status und jede vierte Person einen Migrationshintergrund im engeren Sinne aufweist (DESTATIS, n.d.). Bereits Machado (2019) erkannte die Dringlichkeit die interkulturelle Kompetenz der deutschen Rettungskräfte zu stärken, da Patienten mit Migrationshintergrund nicht nur etwa 11,5% der Notfalleinsätze ausmachen, sondern es auch im Kontext der interkulturellen Überschneidungssituationen immer wieder zu einer angespannten Einsatzatmosphäre, bis hin zur Eskalation kommt. Die gerichtliche Untersuchung des Rettungsdienstpersonals der Bremer Feuerwehr, welche nach Buse (2021) in den Verdacht geraten ist rassistisch und rechtsextrem zu handeln, scheint kein lokaler Einzelfall in Deutschland gewesen zu sein. Weitere Ermittlungen werden gegen das Deutsche Rote Kreuz Frankfurt aufgrund von Chatgruppen mit rassistischen Inhalten geführt (Pfad, 2021). Ein eskalierter Notfalleinsatz, in dem ein Rettungssanitäter einen syrischen Patienten in einer Flüchtlingsunterkunft vermeintlich ins Gesicht schlug, wurde im Jahr 2021 gerichtlich abgeschlossen und lässt dennoch die Frage nach der interkulturellen Kompetenz des Personals offen. Diese diskriminierenden Handlungen sind von Vorurteilen geprägt und erzeugen laut Betancourt und R. Green (2020) ethnische Ungleichheiten, was zu einer schlechteren gesundheitlichen Prognose der Patienten führt. Trotz des Art.3 GG und §33c SGB I, welche die Benachteiligung der Menschen, unabhängig ihrer unter anderem Nationalität, Rasse oder Religion, verbietet, werden Patienten mit Migrationshintergrund häufig mit Begriffen wie „Ölauge, Kanake“ beschrieben oder Patienten beispielsweise aus dem Mittelmeerraum durch den Begriff „Morbus Bosphorus“ als besonders wehleidig stigmatisiert (Buse, 2021S.5; Vetterl et al., 2021). Die Reduktion von Vorurteilen kann der erste Schritt sein, um kulturelle Divergenzen wertschätzend zu berücksichtigen und durch eine inkrementelle Stärkung der interkulturellen Kompetenz eine echte Gleichbehandlung der Patienten zur Folge haben.

Eine Untersuchung oder Erfassung der interkulturellen Kompetenz der deutschen Rettungskräfte hat bisher nicht stattgefunden, ebenso wenig die Erfassung von rassistischen Strukturen innerhalb der Rettungsdienste. Die Kontakthypothese des Sozialpsychologen Gordon Allport (1979) erfreute sich in den letzten

Jahrzehnten zahlreicher Studien und einer großen Metaanalyse von Pettigrew und Tropp (2006), welche die Reduktion von Vorurteilen verifizierten. Der Einsatz der Kontakthypothese zur Stärkung der interkulturellen Kompetenz des Rettungsdienstpersonals ist jedoch unerforscht.

Der Zweck dieser Forschungsarbeit ist es, die Kontakthypothese nach Allport (1979) zu analysieren und interkulturelle Einsatzgeschehen des deutschen Rettungsdienstes anhand gängiger Kulturdimensionen auf mögliche Konfliktpunkte zu untersuchen. Folgende Punkte stellen dabei die Ziele der Arbeit dar:

- die Herausforderungen des Rettungsdienstpersonals im Einsatzgeschehen mit interkulturellen Überschneidungssituationen zusammenzufassen,
- die Kontakthypothese nach Allport (1979) als theoretische Grundlage zu nutzen, um praktische Maßnahmen zur Stärkung der interkulturellen Kompetenz im Rahmen von Fokusgruppen zu identifizieren und
- anschließend anhand der Ergebnisse die folgende Forschungsfrage zu beantworten:

Welche Maßnahmen sollten aus Sicht der Rettungskräfte ergriffen werden, um ihre interkulturelle Kompetenz für den Einsatz mit fremdkulturellen Patienten zu stärken?

Für eine aussagekräftige Forschung werden mithilfe von Fokusgruppen, bestehend aus Rettungs- und Notfallsanitätern, Herausforderungen in Notfalleinsätzen mit fremdkulturellen Hilfeersuchenden diskutiert und mögliche Maßnahmen zur Stärkung ihrer interkulturellen Kompetenz erarbeitet. Die Ergebnisse der leitfadengestützten Diskussion werden mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet. Damit ein möglichst facettenreiches Bild des Themas entsteht und die Teilnehmer durch Äußerungen anderer Mitglieder die Möglichkeit haben diese Information in der Entwicklung möglicher Maßnahmen einfließen zu lassen, eignet sich dieses moderierte Diskursverfahren. Des Weiteren können durch die Ergebnisse dieses explorativen Erhebungsinstruments in einem bislang unerforschten Gebiet weitere nützliche Hypothesen generiert werden (Schulz, 2012).

2 Vorurteile

Dieses Kapitel definiert einige Begriffe, die dem Rassismus zu Grunde liegen und bilden das Fundament für eine weitere Betrachtung der Kontakthypothese nach Gordon Allport (1979). Dabei werden Rückschlüsse auf den Rettungsdienst gezogen und erste Verhaltensweisen von Rettungskräften analysiert.

2.1 Definition

Obwohl der Begriff Vorurteil eine offensichtliche Definition in sich trägt, wird er durch ebendiese zum Opfer seines selbst. Das soziale Präjudiz wird meist mit negativen Eigenschaften assoziiert und impliziert ein Urteil, das auf vorausgegangene Entscheidungen oder Erfahrungen basiert. Dabei können die voreilig getroffenen Einschätzungen ebenso positiv, wie negativ ausfallen und verdeutlichen die Leichtfertigkeit des Entschlusses, welcher noch vor Beleuchtung der nötigen Informationen gefasst wurde. Ethnische Vorurteile hingegen werden jedoch meistens mit negativen Eigenschaften in Verbindung gebracht (Allport, 1979).

Der sozialen Kognition zufolge werden bei Generalisierungen, Kategorisierungen oder Vorurteilen automatische Prozesse eingeleitet, um unter anderem lebenswichtige Anpassungsleistungen sicherstellen zu können. Diese Vereinfachung bietet dem Menschen eine bessere Prognose, ein höheres Kontrollgefühl und reduziert damit zeitgleich den Energieaufwand und stärkt das Gefühl von Selbstwirksamkeit (Pendry, 2014).

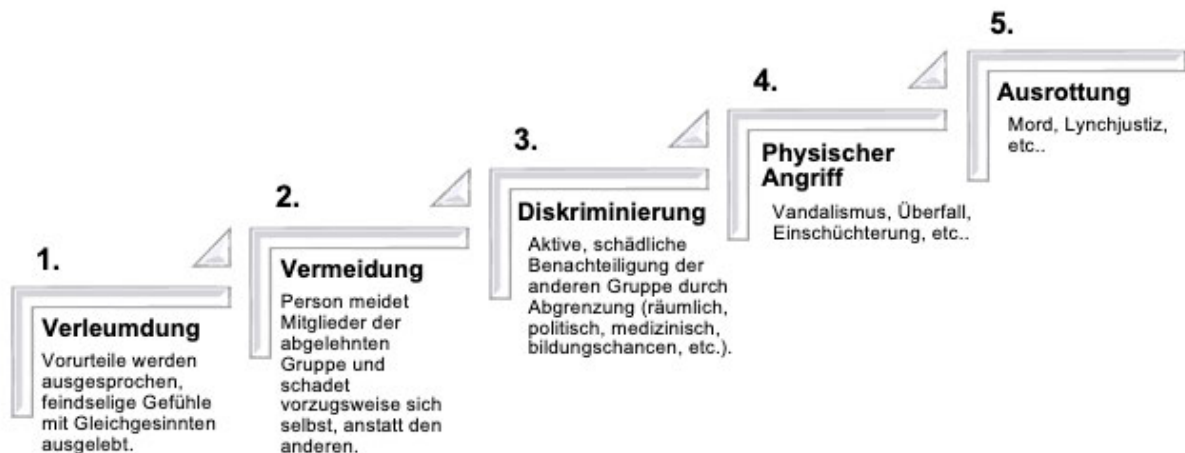
Für ein besseres Verständnis werden in dieser Arbeit die Begriffe Vorurteil, Generalisierung, Kategorisierung und Stereotyp lediglich im ethnischen Kontext genutzt. Nach Allport werden Vorurteile, die eine starre Generalisierung als Grundlage besitzen, meist auf eine ganze Gruppe oder einzelne Individuen dieser Gruppen projiziert. Für eine abschließende Definition des Begriffs Vorurteil müssen Allport zufolge, der zu bewertenden Person oder Gruppe Eigenschaften zugesprochen werden, die entweder favorisiert oder verhasst sind. Diese Eigenschaften müssen zeitgleich übergeneralisiert und somit fehlerbehaftet sein (Allport, 1979).

Der alleinige mentale und emotionale Status einer Person, der von Vorurteilen geprägt ist, reicht nicht aus, um diskriminierende und schädliche Handlungen nach sich zu ziehen. Um die verschiedenen Stufen der Diskriminierung anhand von

Handlungen unterscheiden zu können, zeigt Abbildung 1 die Fünf-Punkte Skala der Unterscheidung der Diskriminierung nach Handlungen nach Gordon Allport.

Abbildung 1

Allport-Skala – Unterscheidung der Diskriminierung nach Handlungen



Anmerkungen. Eigene Darstellung, vgl. Allport (1979)

2.2 Rassismus

Aufgrund unzähliger Versuche, den Begriff Rassismus einheitlich zu beschreiben und der vorherrschenden Uneinigkeit der Wissenschaft, wird ein Definitionsversuch nach Jones (2000) herangezogen, um möglichst viele Aspekte der Ethnologie und Soziologie zu berücksichtigen. Die Epidemiologin und Anti-Rassismus Aktivistin beschreibt Rassismus als ein System der Strukturierung und Verteilung von Chancen, sowie der Zuweisung von Werten auf Grundlage der sozialen Interpretation des Phänotyps einer Person. Als Folge dessen werden einige Individuen und Gemeinschaften auf ungerechte Weise benachteiligt, andere Individuen und Gemeinschaften auf ungerechte Weise privilegiert und somit die Leistungsfähigkeit der gesamten Gesellschaft durch die Verschwendung von menschlichen Ressourcen herabgesetzt (Jones, 2000).

2.2.1 Persönlich angewandter Rassismus

Die vorangegangenen Definitionen der Vorurteile und Diskriminierungen behalten ihre Gültigkeiten und sind Teil des persönlich angewandten Rassismus. Anhand fehlenden Respekts, Misstrauen, Abwertung, Entmenschlichung oder das Nutzen einer abgelehnten Gruppe als Sündenbock lässt sich rassistisches Handeln identifizieren. Dabei können diese und weitere Handlungen sowohl wissentlich als auch unwillentlich ausgeführt werden. Nicht nur aktiv schädigende Handlungen sind eine Form des hier genannten Rassismus. Ebenso ist es die aktive Unterlassung, die Aufrechterhaltung struktureller Trennungen und das Dulden sozial anerkannter Normen, welche die Benachteiligung von Menschen unterstützt (Jones, 2000).

2.2.2 Institutioneller Rassismus

In ihrer lesenswerten Gärtner-Parabel illustriert Camary Phyllis Jones das System des institutionellen Rassismus und zieht nicht nur den Gärtner und somit die Institutionen, die den Rassismus ermöglichen, zur Verantwortung, sondern verdeutlicht auch die Relevanz der einzelnen Individuen, Gruppen und des Umfelds.

Der institutionelle Rassismus wird durch Strukturen, Richtlinien, gängigen Praxen und Normen begünstigt und findet Ausdruck im unterschiedlichen Zugang zu Gütern, Dienstleistungen und der Möglichkeit, Teil der Gesellschaft zu sein. Diese Art des Rassismus wird durch soziale Regeln, Gesetze oder bewährte Handlungsmuster toleriert oder ermöglicht und manifestiert über Generationen eine systematische Benachteiligung in der Gesellschaft. Aufgrund der akzeptierten Gewohnheiten, welche nicht mit der persönlichen Eigenschaft eines Jeden übereinstimmen muss, maskiert sich institutioneller Rassismus oft auch als Untätigkeit gegenüber einer nicht zu übersehenden Not oder Diskriminierung (Jones, 2000).

2.2.3 Rassismus im Rettungsdienst

Aufgrund der vorangegangenen Begriffsbestimmungen ist es nur folgerichtig, die relevante Frage nach Vorurteilen, diskriminierendem Verhalten und rassistischen Denkvermögen in den Reihen des Rettungsdienstes zu stellen. Der Alltag des Rettungsdienstes ist gezeichnet von interkulturellen Überschneidungssituationen. So haben Schätzungen zufolge etwa 11,5% der relevanten Notfallpatienten im

Rettungsdienst einen direkten Migrationshintergrund und sind somit nicht im Besitz der deutschen Staatsbürgerschaft (Machado, 2019).

Die Beleuchtung der öffentlichen Medien verdeutlicht, dass nicht nur Rettungskräfte Opfer von Gewalt werden, sondern auch ausländische Patienten von präklinischem Fachpersonal physisch oder psychisch angegriffen werden. Offensichtliche abwertende Äußerungen wie „Ölauge, Kanake, Kameltreiber“ finden nicht nur in der Belegschaft der Bremer Feuerwehr Platz (Buse, 2021, S. 5), sondern scheinen fast schon zum Alltag des Rettungsdienstes zu gehören. Es sind nicht nur Chatgruppen, in denen menschenverachtende Inhalte aus den Köpfen der Rettungskräfte geteilt werden, sondern auch eskalierende Einsätze, in der bspw. ein Sanitäter dabei gefilmt wird, wie er einem syrischen Geflüchteten ins Gesicht schlägt (Feldhaus & Goedert, 2021; Pfad, 2021).

Wie sich in den Fokusgruppen und der Literatur gezeigt hat, finden auch auf den ersten Blick, *scherzhafte* oder *harmlose* Äußerungen wie die Verwendung des Begriffs Morbus Bosphorus Platz im Gesundheitswesen und dem Rettungsdienst. Um die verschiedenen Ausprägungen des Rassismus zu verdeutlichen und zwischen persönlich angewandtem und institutionellem Rassismus zu differenzieren, werden nachfolgend einige Erkenntnisse angeführt.

Der direkte Angriff des Sanitäters auf den syrisch-stämmigen Geflüchteten lässt sich nicht abschließend als rassistische Handlung nachweisen, würde jedoch als persönlich angewandter Rassismus eingeordnet werden. Der direkte, aktive physische Angriff lässt sich auf Stufe vier der Allport-Skala (vgl. Abb.1) einordnen und ist weder gängige Praxis noch von Institutionen geduldet.

Virtuelle Chatgruppen und das reelle kollektive Herabwürdigungen von Menschen eines anderen Phänotyps lassen sich beiden Formen des Rassismus zuordnen. Abwertende Äußerungen wie bspw. M. Bosphorus pauschalisieren ganze Gruppen von Menschen mit südeuropäischem und kleinasiatischem Migrationshintergrund und unterstellen den Menschen aus dem Mittelmeerraum ein allgemeingültiges, übertriebenes Schmerzempfinden (Vetterl et al., 2021). Aufgrund von dieser im Gesundheitssystem anerkannten und stets weitergelehrten Entmenschlichung ganzer Völkergruppen ist hier von einem institutionellen Rassismus auszugehen.

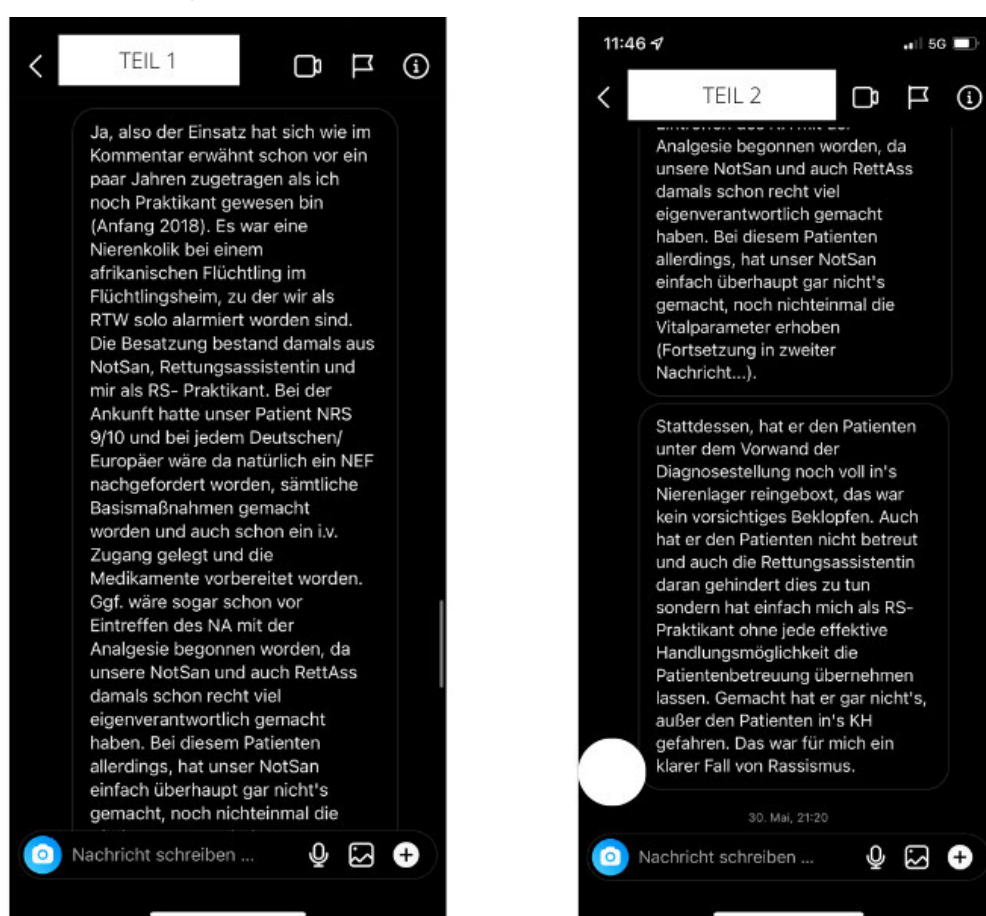
Nicht selten werden aufgrund der falschen Annahme, die Patienten dramatisieren ihren Zustand, Symptome geleugnet, Patienten warten gelassen oder Untersuchungen mangelhaft durchgeführt. Patienten und Angehörige des Rettungsdienstes

bestätigen des Weiteren eine unzureichende Schmerztherapie oder die unzureichende Aufklärung weiterer medizinischer Maßnahmen. (Gerlach et al., 2008; vgl. Abb.2)

Das in Abbildung 2 stehende Bildschirmfoto eines Instagram-Chats spiegelt die subjektive Wahrnehmung eines Rettungssanitäter-Auszubildenden wider und soll nur beispielhaft die vorangegangenen Erkenntnisse untermauern. Eine weitere Untersuchung des institutionellen Rassismus im Rettungsdienst ist unumgänglich.

Abbildung 2

Rassismus im Rettungsdienst



Anmerkungen. Privatnachricht eines Followers des Autors innerhalb von Instagram, welche als Bildschirmfoto aufgenommen wurde.

Obwohl das deutsche Gesetz eine Gleichbehandlung aller Menschen, unabhängig ihrer Ethnie, Hautfarbe, Geschlechts oder anderen Merkmalen vorsieht, vgl. Kap. 1, und sich alle Hilfsorganisation und Rettungsdienste für eine professionelle, unabhängige und neutrale Patientenversorgung aussprechen, werden die

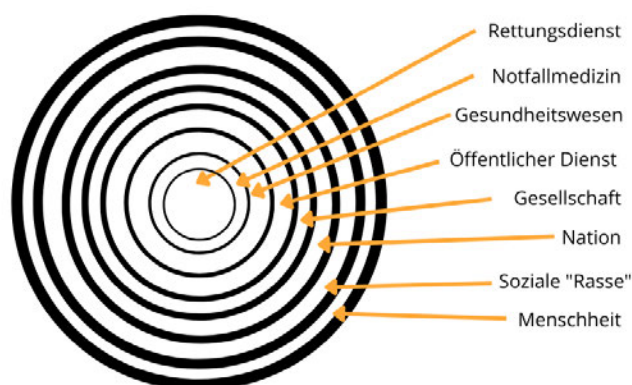
angeführten Beispiele in den Institutionen erkannt und akzeptiert. Diese gängige Praxis, inklusive des aktiven Nichthandelns führt somit zu einer systematischen Benachteiligung und auch schlechteren Versorgung bestimmter Gruppen.

2.3 Ingroup & Outgroup

Für gewöhnlich werden Gruppen anhand einiger Gemeinsamkeiten gebildet, um den Mitgliedern durch bspw. gemeinsame Gewohnheiten oder akzeptierte Einstellungen ein Sicherheitsnetz im sozialen Kontext zu geben. Angehörige dieser Gruppe werden als In-Group bezeichnet und verwenden den Terminus *Wir*, um sich von anderen Gruppen, sog. Out-Groups, abzugrenzen. In der Theorie scheint es möglich, die In-Group Wirksamkeit herabzusetzen, sobald mehr Gemeinsamkeiten gefunden werden können, um somit Teil einer neuen In-Group zu werden. (Allport, 1979) In Abbildung 3 wird deutlich, wie durch eine In-Group der Rettungsdienstmitarbeiter die In-Group Notfallmedizin entstehen kann, sobald Personenkreise mit ähnlichen Merkmalen, etwa Notfallpflegekräfte/Notfallmediziner, Gemeinsamkeiten aufweisen.

Abbildung 3

Theoretische Reduktion der In-Group Wirksamkeit, durch die Möglichkeit Mitglied der Gruppe zu werden



Anmerkungen. Eigene Darstellung mit Bezug zum Rettungsdienst (Allport, 1979)

2.4 Stereotype

Die Simplifizierung unserer Umwelt ist für den Menschen eine unverzichtbare Fähigkeit, um sich fortwährend anzupassen und den Grad der Selbstwirksamkeit zu erhöhen. Daher neigt der Mensch dazu Gemeinsamkeiten in anderen Objekten zu identifizieren und sie bspw. in soziale Gruppen einzuteilen und somit zu kategorisieren (Pendry, 2014). Gepaart mit einer übermäßig hohen favorisierten oder verhassten Überzeugung über eine soziale Gruppe von Menschen, entstehen Stereotype, die Allport (1979) zufolge, lediglich das Verhalten gegenüber dieser Gruppe rechtfertigen sollen. Die bereits angeführte Stigmatisierung Morbus Bosporus definiert somit die soziale Gruppe der *Südländer* und stereotypisiert alle Angehörigen dieser In-Group als übermäßig wehleidige Patienten. Mit diesem voreingenommenen Gedankengut rechtfertigen Rettungskräfte theoretisch die minderwertigere medizinische Versorgung von Südländern.

2.5 Reduktion von Vorurteilen

2.5.1 Irrglaube über die Wissensvermittlung

Damit Vorurteile reduziert und die Toleranz gegenüber anderen Gruppen erhöht werden kann, reicht die Vermittlung von Wissen allein nicht aus. Der Einfluss von schulischer Bildung und sowie der Bildungsstand der Eltern zeigt unter Befragten mehrerer Studien zwar eine Reduktion der Vorurteile, reicht jedoch nicht aus, um einen signifikanten und nachhaltigen Unterschied zu machen. Lediglich 22% der 437 Hochschulstudenten zeigten in einer Studie eine Reduktion der Vorurteile aufgrund von schulisch vermitteltem Wissen (Allport & Kramer, 1946).

2.5.2 Kontakthypothese nach Gordon Allport

Eine der bedeutendsten Theorien der Sozialpsychologie des zwanzigsten Jahrhunderts stellt die Kontakthypothese nach Gordon Allport dar, welche erstmals 1954 publiziert wurde. Seitdem erfreut sich die Theorie, auch Intergruppen-Kontakttheorie genannt, an zahlreichen weiterführenden Forschungen und praxisnahen Projekten. Allport (1979) zufolge kann der Kontakt zwischen Gruppen einen positiven Einfluss auf die Gruppenmitglieder haben und Vorurteile gegenüber der Out-Group

reduzieren, wenn die vier nachfolgenden Bedingungen in einem gewissen Maß erfüllt werden:

Die Personen in der Kontaktsituation bilden bezüglich ihres vertikalen Status eine homogene Gruppe (1), kooperieren (2), um gemeinsam definierte Ziele zu erreichen (3) und werden gesellschaftlich oder institutionell in diesem Rahmen unterstützt (4).

2.5.3 Stand der Wissenschaft

Die letzten 68 Jahre der Sozialpsychologie waren geprägt von weiterführenden Forschungen der Kontakthypothese und brachten bedeutende Erkenntnisse für die Praxis mit sich. Die wohl größte Meta-Analyse zur Untersuchung von Allports Theorie veröffentlichten die renommierten Sozialpsychologen Linda R. Tropp und Thomas F. Pettigrew im Jahr 2006 und untersuchten dabei 515 Studien. Dabei konnte die signifikante Reduktion von Vorurteilen durch Intergruppenkontakt in verschiedenen Zielgruppen, geographischen Lagen und Kontaktbedingungen mehrfach validiert werden. Des Weiteren sollte in der Konzeptionierung von Projekten zur Reduktion von Vorurteilen die Erfüllung aller Bedingungen nach Allport (vgl. 2.5.2) angestrebt sein, da sie den Kontakteffekt grundsätzlich verbessern. Dennoch müssen für die Erreichung positiver Effekte Allports Bedingungen nicht vollständig erfüllt sein (Pettigrew & Tropp, 2006). Weiterhin stellten Pettigrew und Tropp (2008) fest, dass affektive Faktoren, wie bspw. die Reduktion von negativen Gefühlen, eine höhere Wirksamkeit zur Reduktion von Vorurteilen im Vergleich zur reinen Wissensvermittlung erzielt.

Um eine signifikante negative Relation zu Vorurteilen durch Intergruppenkontakt erreichen zu können, um somit laut Blascovich et al. (2001) physische Stressreaktionen zu reduzieren, sollte die Kontaktsituation es den Teilnehmern ermöglichen, innerhalb des Projekts eine Freundschaft zu entwickeln (Pettigrew & Tropp, 2008). In der Regel halten Freundschaften einen ähnlichen Status inne, beschäftigen sich mit der Erreichung gemeinsam gesetzter Ziele und werden meist nicht durch Gesetze oder Normen eingeschränkt, sodass die positiven Effekte durch Allports Bedingungen akkumuliert werden können und eine attraktive Lösung zur Reduktion von Vorurteilen bietet.

In fortführenden Untersuchungen konnten Blascovich und seine Kollegen eine positive Korrelation zwischen der Interaktion von Individuen mit stigmatisierten

Dritten und physiologischen Angstreaktionen identifizieren. Zeitgleich schnitten dieselben Individuen aufgrund ihrer Angst und Stressreaktionen in kognitiven Leistungstests signifikant schlechter ab als Vergleichsgruppen (Blascovich et al., 2001).

2.6 Umgang mit Vorurteilen

2.6.1 Katharsis

Äußere Reize, die eine physisch-emotionale Furcht in einem Menschen auslösen, können Frust hervorrufen, wenn der Betroffene eine Angst vor seiner eigenen Unfähigkeit zur Bewältigung der Situation in seinem Inneren verspürt (Allport, 1979). Aggressives Verhalten stellt eine gängige Reaktion auf die eigene Inkompetenz dar, äußert sich jedoch nicht zwingend in physischer Form, sondern kann auch verbale Gestalten in Form von schwarzem Humor oder Sarkasmus annehmen. Dieser Abbau von aggressiven Spannungen, auch Katharsis genannt, zeichnet sich durch aggressive Verhaltensweisen aus (Krahé, 2014). Die gängige Praxis, im Rettungsdienst Begriffe wie „Ölauge“ zu nutzen, um „sich hinterher irgendwie Luft [zu] verschaffen“, stellt eine vermeintlich emotionale Reinigung dar (Buse, 2021, S. 5). Schaefer und Mattei (2005) konnten die weitverbreitete Überzeugung, die Katharsis würde emotionale Spannungen reduzieren, nicht belegen und stellten sogar gegenteilige Auswirkungen fest. Der Abbau dieses aggressiven Verhaltens führt in eine negative Feedbackschleife, welches zukünftige aggressive Emotionen und aggressives Verhalten in ihrer Intensität und Wirkung verstärkt.

2.6.2 Abwehrmechanismen

Die angeführten Handlungen zum Umgang mit inneren Konflikten bei Vorurteilen in Allports bedeutsamer Publikation *die Natur des Vorurteils* decken sich bei genauerer Betrachtung mit der Hierarchie der psychodynamischen Abwehrmechanismen. Die zentrale Funktion der *Defense Mechanisms Rating Scales Q-Sort*, kurz DMRS-Q, stellt die simple Kategorisierung von 30 verschiedenen psychologischen Abwehrmechanismen in sieben Abwehrstufen dar, welche anhand von 150 Items qualitativ erhoben werden können. Dabei stellen Abwehrmechanismen eine individuelle Bewältigung von Angst oder Furcht dar, welche von internen oder externen Reizen ausgelöst wurden (Di Giuseppe & Perry, 2021). Hinsichtlich der Vielschichtigkeit des Erhebungsinstrument DMRS-Q sollen im Folgenden nur einige Beispiele für ein

besseres Verständnis angeführt werden. In den meisten Fällen beginnt der persönliche Umgang mit Vorurteilen mit einer Unterdrückung und Leugnung der eigenen Gedanken, sodass die Person selbst behauptet keine Vorurteile zu haben, *aber die Südländer doch ein bisschen wehleidiger als die anderen sind*. Weitere häufige Mechanismen sind die der Begründung, wie sie auch in der Untersuchung der Bremer Feuerwehr zu lesen sind: „Es wäre gelogen zu behaupten, dass auf den Wachen nicht von Ölaugen oder Kanaken gesprochen würde. Das entspricht aber nicht dem allgemeinen Umgangston, sondern passiert nur ab und zu, wenn gewisse belastende Einsätze bei Menschen mit Migrationshintergrund stattgefunden haben“ (Buse, 2021, S. 5). Weitere leugnende, obsessive oder auch hoch-anpassungsfähige Techniken zur Bewältigung mit inneren Konflikten können dem DMRS-Q entnommen werden. Dies stellt ein mögliches Erhebungsinstrument zur weiteren Erfassung persönlicher Einstellungen und Bewältigungsmechanismen von Rettungskräften in interkulturellen Einsatzgeschehen dar.

3 Interkulturelle Kompetenz

Im Rahmen dieses Kapitels wird die interkulturelle Kompetenz anhand einiger Begriffsdefinitionen erläutert sowie mögliche Konfliktpunkte, in interkulturellen Überschneidungssituationen im Rettungsdienst, anhand bekannter Kulturdimensionen erfasst. Zusätzlich wird der Aus- und Fortbildungsstand der Rettungssanitäter und Notfallsanitäter beleuchtet.

3.1 Begriffsbestimmung

3.1.1 Kultur

Die zahlreichen Definitionen des sozialwissenschaftlichen Konzepts der *Kultur* konstituieren eine weitere Ausführung des zur gleichen Zeit simpel klingenden und doch komplexen Begriffs. Bekannte Analogien, wie bspw. die des Eisbergmodells, heben einige wenige Aspekte, wie offensichtliche oder auf den ersten Blick nicht sichtbare Facetten verschiedener Kulturen wieder, jedoch fehlt es ihnen meist an tiefergehenden Betrachtungsweisen. Der Anthropologe Edward T. Hall erkannte die Vielfalt der Definitionen bereits im Jahr 1959 und erfasste jene Merkmale mit den größten Schnittmengen. Hall (1959) zufolge werden kulturelle Eigenschaften, welche nur

zwischen mehreren Personen existieren können, nicht genetisch übertragen, sondern im Laufe der Erziehung sowie des Lebens von anderen Mitgliedern derselben Kultur vermittelt. Darüber hinaus schenkt eine Kultur den Angehörigen einen Rahmen, welcher die Ausführung von Handlungen normativ simplifiziert, um zeitgleich nebensächliche Reize auszublenden und sie somit vor einer Reizüberflutung zu schützen. Als ein in sich vernetztes System, zeigen Kulturen mehrere Eigenschaften mit gegenseitiger Abhängigkeit, die sich zwangsläufig beeinflussen (Hall, 1959).

Dabei betont Straub (2007) kontinuierlich die Bedeutungsstruktur des Handelns, welche das Resultat eines in diesem Sinne kulturellen Orientierungssystems darstellt. Demnach agieren Mitglieder dieser Gruppen lediglich innerhalb eines begrenzten Rahmens und auf Grundlage der ihnen bekannten Wirklichkeitsdefinitionen. Allerdings beschränkt sich eine Person nicht nur auf eine Kultur, sondern hält in der Regel mehrere Kulturen inne. Um dies zu verdeutlichen, sei an einen in Deutschland geborenen und aufgewachsenen, jedoch griechisch-stämmigen Mitbürger der zweiten Generation von Migranten gedacht. Die zwei verschiedenen ethnischen Hintergründe sowie weitere Merkmale, bspw. seine Generation, Klasse oder Geschlecht, geben der Person die Möglichkeit, Mitglied von mehreren Kulturen gleichzeitig zu sein. Infolgedessen ist es unumgänglich, dass kulturelle Eigenschaften untereinander durchmischt werden, womöglich neue Kulturen dabei entstehen. Dem Schweizer Psychologen Jürgen Straub kann also zugestimmt werden, wenn er sagt: „Kulturen haben offene Grenzen und unscharfe Ränder“ (Straub, 2007, S. 21). Damit sind Kulturen geographisch nicht begrenzt, sondern können sich in verschiedenen Orten, wie auch dem Internet, etablieren.

3.1.2 Interkulturelle Kompetenz

In Bezug auf die bereits genannte relevante Anzahl an Notfalleinsätzen mit fremden Kulturen (vgl. Kap. 2.2.3) und die angestrebte Optimierung der Patientenversorgung sowie des Einsatzablaufs ist die Beleuchtung der interkulturellen Kompetenz unabdingbar.

Dabei schlägt der Psychologe Thomas folgende Definition der interkulturellen Kompetenz vor:

Interkulturelle Kompetenz zeigt sich in der Fähigkeit, kulturelle Bedingungen und Einflussfaktoren im Wahrnehmen, Urteilen, Empfinden und Handeln bei sich selbst und bei anderen Personen zu erfassen, zu respektieren, zu

würdigen und produktiv zu nutzen im Sinne einer wechselseitigen Anpassung, von Toleranz gegenüber Inkompatibilitäten und einer Entwicklung hin zu synergeträchtigen Formen der Zusammenarbeit, des Zusammenlebens und handlungswirksamer Orientierungsmuster in Bezug auf Weltinterpretation und Weltgestaltung. (Thomas, 2003, wie angegeben in Straub, 2007, S. 41)

Durch eine genauere Betrachtung der einzelnen Bestandteile dieser Definition lässt sich die interkulturelle Kompetenz in vier weitere Komponenten segmentieren. Dabei bilden sie als individuelle/persönliche, soziale, fachliche und strategische/methodische Kompetenz lediglich das Fundament eines wirksamen Umgangs in Kontexten mit verschiedenen Kulturen. Bolten (2007) unterscheidet des Weiteren zwischen einer fremdkulturellen und interkulturellen Kompetenz, wonach sich die fremdkulturelle Kompetenz lediglich auf das „Verstehen der Besonderheiten des jeweiligen ‘anderen‘ strategischen Vorgehens“ begrenzt, wohingegen die interkulturelle Kompetenz darin besteht „handlungsfähige Synergien zwischen eigen- und fremdkulturellen Ansprüchen bzw. Gewohnheiten ‘aushandeln‘ und realisieren zu können“ (Bolten, 2007, S.26f). Sämtliche Kompetenzbereiche, die sich auf den Erfolg einer interkulturellen Zusammenarbeit auswirken, sind voneinander abhängig und lassen sich, wie in Abb. 4, als Handlungskompetenz mit konkreten Anwendungen darstellen.

Ein weiterer Blick auf die interkulturelle Kompetenz zeigt den Inhalt des Begriffs als das Resultat der Entwicklungsphasen interkulturellen Handelns. Im Prozessverlauf stehen zu Beginn die persönlichen Faktoren sowie die Umweltfaktoren, welche die Entwicklung des Menschen, seine Erfahrungen und sein Weltbild maßgeblich prägen.

Abbildung 4

Interkulturelle Kompetenz als anwendungsbezogener Spezialfall allgemeiner Handlungskompetenz

Kompetenzbereich	Allgemeine Handlungskompetenz als Interdependenzverhältnis von:	Interkulturelle Handlungskompetenz als Interdependenzverhältnis von:
individuell	Belastbarkeit, Lernbereitschaft, Selbstwahrnehmung, Selbststeuerungsfähigkeit, Rollendistanz, Flexibilität, Ambiguitätstoleranz usw.	<i>dto. plus Transferfähigkeit auf bestimmte interkulturelle Kontexte; z.B.: Selbststeuerungsfähigkeit in sprachlich fremder Umgebung</i>
sozial	Teamfähigkeit, Konfliktfähigkeit, (Meta-) Kommunikationsfähigkeit, Toleranz, Kritikfähigkeit, Empathie usw.	<i>dto. plus Transferfähigkeit auf bestimmte interkulturelle Kontexte; z.B.: Konfliktfähigkeit in Kontexten unter Beweis stellen können, in denen andere Konfliktbewältigungsstrategien üblich sind als im eigenkulturellen Kontext</i>
fachlich	Fachkenntnisse im Aufgabenbereich, Kenntnisse der fachlichen/ beruflichen Infrastruktur, Fachwissen vermitteln können; Berufserfahrung usw.	<i>dto. plus Transferfähigkeit auf bestimmte interkulturelle Kontexte; z.B.: Fachkenntnisse unter Berücksichtigung anderskultureller Traditionen der Bildungssozialisation vermitteln können</i>
strategisch	u.a. Organisations- und Problemlösefähigkeit, Entscheidungsfähigkeit, Wissensmanagement usw.	<i>dto. plus Transferfähigkeit auf bestimmte interkulturelle Kontexte; z.B.: Synergiepotentiale bei kulturell bedingt unterschiedlichen Formen der Zeitplanung erkennen und realisieren können</i>

Anmerkungen. Vgl. Bolten (2007)

Die erste Konfrontation mit fremden Kulturen bietet den Individuen die Möglichkeit, Unterschiede und Gemeinsamkeiten festzustellen sowie erste interkulturelle Erfahrungen zu machen. Dabei ist das direkt soziale oder auch mediale Aufeinandertreffen auf die andersartigen Gruppen der Beginn eines kognitiven und affektiven Lernprozesses. Gemäß des Kulturstandardkonzepts nach Thomas (1991) liegt die Ursache möglicher Missverständnisse in interkulturellen Überschneidungssituationen im Orientierungsverlust der Individuen aufgrund eines divergenten handlungsleitenden Orientierungswissens (wie angegeben in Utler, 2021).

Immer wiederkehrende Missverständnisse mit Konfliktpotenzial bilden das Fundament weiterer Handlungsweisen, welche entweder durch Reflexion einen positiven Wandel bewirken oder durch eine negative Erregung der Gefühle, wie bspw. Wut, zu Misstrauen gegenüber fremden Kulturen führen. In der bewussten Nutzung verschiedener Lernmethoden wird aktiv Wissen zum Umgang mit fremden Kulturen vermittelt aber auch das Verständnis gegenüber der eigenen Kultur und seines Verhaltens geschärft. Interkulturelles Verstehen bedeutet fremdkulturelle

Orientierungssysteme zu akzeptieren, zu verstehen und die Verhaltensmuster der eigenen Kultur zu reflektieren, um die Kultur anderer Gruppen besser zu verstehen und unverständliche Verhaltensweisen fremder Kulturen besser erklären zu können. Damit die partizipierenden Mitglieder in intergruppalen Settings ihr Verhalten entsprechend der Kultur anpassen können, ist ein Feedback zur Orientierungssicherheit unerlässlich. Sich wiederholende konfliktbehaftete Ereignisse halten dabei großes Potenzial inne, da eine ständige Anpassung der Situation nötig ist und somit die Orientierungsleistung in Kontakt mit fremden Kulturen steigt. Die erfolgreiche angewandte interkulturelle Kompetenz, als höchste Stufe des interkulturellen Handelns, besteht nach Thomas (2006) aus vier Feldern der Handlung. Als erste Stufe bezieht sich die interkulturelle *Handlungssicherheit* auf die Fähigkeit, Ziele nicht nur im Voraus zu bestimmen, sondern auch Methoden und Strategien zur Zielerreichung für interkulturelle Wechselbeziehungen zu entwickeln. Mit dem Ziel wirksame Handlungen in unbekanntem Situationen sicher anzuwenden, bildet die *Handlungsflexibilität* die zweite Stufe der interkulturellen Kompetenz und geht Hand in Hand mit der nächsten Stufe, der *Handlungskreativität*, einher. Auch in noch gänzlich unbekanntem Kulturen ist es durch einen erfolgreichen interkulturellen *Handlungstransfer* möglich, bisher angewandte Strategien zu transformieren und anzuwenden, um erfolgreiche Situationen mit kulturell geprägten Beziehungen zu realisieren. (Thomas, 2006)

Weitere Modelle und Auslegungen der interkulturellen Kompetenz, wie bspw. das Zwiebelmodell nach Schnabel et al. (2015) oder die affektiven, kognitiven und verhaltensbezogenen Dimensionen interkultureller Kompetenz nach Gertsen (1990) sollen nicht unerwähnt bleiben, finden jedoch aufgrund der Limitierung dieser Arbeit keinen weiteren Platz. Dennoch kann sichergestellt werden, dass die Facetten der nicht näher ausgeführten Modelle aufgrund der großen Schnittmenge weitestgehend erläutert wurden, sodass der Inhalt nicht verfälscht wird.

3.2 Erfassung der interkulturellen Kompetenz

Angesichts der zu beleuchtenden interkulturellen Kompetenzen und angestrebten Maßnahmen zur Optimierung dieser Handlungskompetenz liegt eine empirische Erhebung zur Messung des Bedarfs und auch des Erfolgs der eingeleiteten Intervention nahe. Wolff (2017) stellt dabei fest, dass sowohl direkte als auch indirekte

Messinstrumente Nutzen und Defizite zugleich aufweisen. Indirekte Messinstrumente wie bspw. eine standardisierte Likert-Skala orientieren sich an Listen- und Strukturmodellen und stellen zwar eine kostengünstige Möglichkeit mit hoher Objektivität dar, bergen aber die Gefahr der Bias. Durch die Tendenz, sozial erwünschte Antworten zu geben oder durch eine subjektiv verzerrte Selbsteinschätzung können Ergebnisse durch die Teilnehmer folgeschwer verfälscht werden. Die Beurteilung einzelner Merkmale in solchen punktuellen Testverfahren soll Bolten (2007) zufolge keineswegs als valides Messinstrument angesehen werden, sondern vielmehr die Teilnehmer dazu animieren, sich weiter mit ihrer interkulturellen Kompetenz auseinanderzusetzen und, im Sinne Thomas (2006), die Stufen zur Entwicklung internationaler Handlungskompetenz aufsteigen. Weitere indirekte Messverfahren, welche außerhalb der zu untersuchenden Situation stattfinden, stellen dabei standardisierte Messinstrumente verschiedener Anbieter dar.

Die Inhalts-, Konstrukt- und Kriteriumsvaliditäten sind neben der Anzahl der Items entscheidungswichtige Dimensionen in der Auswahl der Messinstrumente. Matsumoto und Hwangs' (2013) Gegenüberstellung sogenannter 3C-Tests (cross-cultural-competence-Tests), zeigt lediglich drei Instrumente als vielversprechend: Die (1) Cultural Intelligence Scale (CQS), (2) Intercultural Adjustment Potential Scale (ICAPS) sowie (3) die Multicultural Personality Questionnaire. Weiterführend bieten direkte Messverfahren die Möglichkeit, interkulturelle Kompetenzen inmitten eines Verfahrens, wie z.B. einem interkulturellem Assessment Center, zu erheben. Die quantitative Messung interkultureller Kompetenzen ist laut Bolten (2007) in solchen systemisch-prozessualen Testverfahren jedoch aufgrund einer hohen Situationsdynamik kaum realisierbar. Aus diesem Grund bieten Messverfahren im Mixed-Method-Design durch ihre interdependente Validierung einen Vorteil in der Messung affektiver und kognitiver Faktoren gegenüber alleinstehenden Messungen (Pruegger & Rogers, 1994).

3.3 Relevanz in der Patientenversorgung

3.3.1 Clash of Cultures

Das Aufeinandertreffen verschiedener Kulturen in der präklinischen Patientenversorgung kann durch bspw. willkürlich erscheinende verbale und nonverbale Stilmittel den Zusammenhang zwischen Gesagtem und der darauffolgenden Handlung

durch einen zu großen Interpretationsfreiraum zu prekären Missverständnissen führen. Dies ist besonders der Fall, wenn der Kontext in der eigenen Kultur anderweitig gedeutet wird Hall (1959).

Der Begriff *Allahu akbar* zum Beispiel, welcher wörtlich übersetzt *Gott ist größer* bedeutet, wird von gläubigen Muslimen nicht nur im Rahmen des Gebets genutzt, sondern wird auch dazu verwendet überwältigende Gefühle, wie die der Überraschung, Verwirrung oder Freude zum Ausdruck zu bringen (Aldin, M.S., persönliche Kommunikation, 02.07.2022). Durch den Missbrauch des Ausrufs der islamistischen Terrormilizen während ihrer Attentate wurde die Phrase in Deutschland mit aggressivem Verhalten assoziiert und sorgt bei Unwissenden schnell für Angst. Um das Beispiel interkultureller Missverständnisse zu verdeutlichen, sei der Notfalleinsatz aus Kassel genannt. Ein Sanitäter fühlte sich laut eigenen Aussagen aufgrund des oben genannten Begriffs *Allahu akbar* bedroht und forderte daraufhin die Polizei als unterstützende Einsatzkraft nach. Im weiteren Verlauf eskalierte der Einsatz, so dass der Sanitäter auf den von der Polizei fixierten syrischen Geflüchteten einschlug (Pflueger-Scherb, 2021). Eine genauere interkulturelle Analyse des Einsatzes scheint sinnvoll, ist jedoch aufgrund fehlender Daten vorerst nicht möglich.

Zur Stärkung des interkulturellen Verständnisses im Rettungsdienst werden im folgenden Abschnitt die verschiedenen Forschungsansätze zur Unterscheidung kultureller Differenzen im Kontext der Patientenversorgung näher beleuchtet.

3.3.2 Kulturdimensionen nach Hofstede

In der Betrachtung der verschiedenen Dimensionen betont der niederländische Kulturwissenschaftler Geert Hofstede, dass Individuen sich nicht zwischen zwei Dimensionen entscheiden müssen. Vielmehr ist es ihnen möglich, Attribute beider Dimensionen mit unterschiedlicher Ausprägung anzunehmen. Die Betrachtung ganzer Kulturen zeigt jedoch eine Tendenz in eine bestimmte Richtung und ermöglicht somit den Vergleich verschiedener Kulturen (Hofstede et al., 2010).

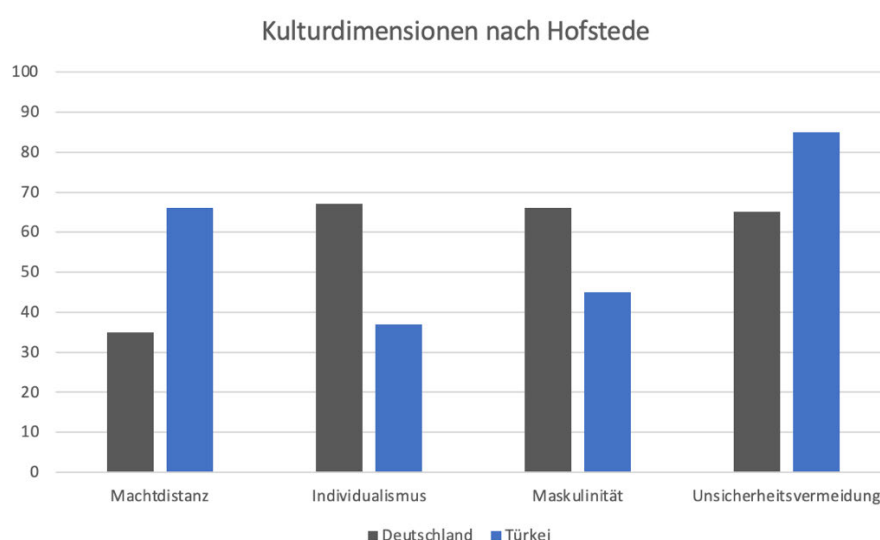
Im Folgenden werden lediglich vier der sechs Dimensionen betrachtet und in Abbildung 5 die deutsche mit der türkischen Kultur nach den verschiedenen Indices von Hofstede et al. (2010) verglichen.

Die Dimension der *Langzeitorientierung* und der *Zurückhaltung* zeigen keine auf die Patientenversorgung übertragbare Relevanz und werden somit nicht weiter ausgeführt. Bisher konnten der Literaturrecherche zufolge keine systematischen

Kategorisierungen der verschiedenen Forschungsansätze zur Unterscheidung kultureller Dimensionen in Anwendung eines präklinischen Rahmens ausfindig gemacht werden. Der Rahmen dieser Forschung limitiert tiefgreifende Untersuchungen, welche für eine wissenschaftlich korrekte Aussage jedoch wünschenswert sind. Die Überprüfung nachfolgender Ansätze soll in Zukunft weiter forciert werden. Nachfolgend sollen in den angeführten fiktiven Beispielen den Rettungskräften eine deutsche Kultur und den Patienten eine türkisch-muslimische Kultur zugeordnet werden. Bestimmte Verhaltensweisen wurden den Fokusgruppendifkussionen entnommen und entsprechen in diesen Fallbeispielen real stattgefundenen Handlungen. Ziel ist es, anhand der verschiedenen Ansätze Herausforderungen und mögliches Konfliktpotenzial zu erkennen.

Abbildung 5

Kulturdimensionen nach Hofstede



Anmerkungen. Für eine bessere Übersichtlichkeit sind nur die Dimensionen, die für die Patientenversorgung relevant sind. Angelehnt an Hofstede et al. (2010).

Die Dimension der *Machtdistanz* spiegelt die Akzeptanz großer autoritärer Hierarchien innerhalb einer Kultur wider und zeigt eine große Differenz zwischen Deutschland und der Türkei (vgl. Abb. 5). In einem Notfalleinsatz, in der ein türkischstämmiger Patient sich mit unklaren Bauchschmerzen äußert, ist es durchaus möglich, dass die höchste Autorität in der Familie, bspw. der Vater, Angaben zum Geschehen macht, Fragen stellvertretend beantwortet und die Entscheidung eines Krankenhaustransports trifft, obwohl der Patient selbst in der Lage wäre, sich zu

äußern. Je höher die Machtdistanz, desto höher ist der Respekt den Älteren und Autoritäten gegenüber und desto niedriger wird der Widerspruch gegen ebendiese sein.

Im selben Einsatzgeschehen zeigt sich die Dimension des *Kollektivismus*, in welcher die Interessen der Gruppen gegenüber den Interessen der Individuen überwiegen. Zeitgleich trägt die Gruppe die Last des Einzelnen, trifft Entscheidungen im Kollektiv und wird ermutigt, ihre Trauer auszuleben. Somit ist weder das in den Fokusgruppen genannten Erscheinen weiterer Familienmitglieder im Notfalleinsatz verwunderlich noch die vorherrschende affektive Atmosphäre. Aufgrund der Tatsache, dass die Gruppe die Last des Einzelnen trägt, kann die Entscheidung, das Leid des Patienten zu reduzieren, in der Gruppe getroffen werden. Dies entspricht dem kollektivistischen Attribut die Interessen der Gruppe, nämlich die Behandlung des Patienten, durchzusetzen und auch hier einen Transport ins Krankenhaus anzustreben, obwohl dies möglicherweise nicht dem Interesse des Patienten gleicht. In Kulturen, die hingegen *individualistisch* geprägt sind, wollen Individuen nicht von der Gruppe abhängig sein und werden innerhalb der Gruppe stattdessen dazu ermutigt Freude, anstatt Trauer zu zeigen und selbst Entscheidungen zu treffen.

Die *Maskulinität* bzw. *Feminität* einer Kultur beschreibt soziokulturelle Eigenschaften der klassischen Rollenverteilung. Ein wichtiges Merkmal in der Versorgung von Patienten ist die in feminin geprägten Kulturen vorkommende Kooperation. Die funktionierende Zusammenarbeit mit anderen Menschen ist ein wichtiger Bestandteil feminin geprägter Kulturen und beeinflusst den Einsatzverlauf in einer türkischen Kultur stärker als ein Notfalleinsatz mit deutschgeprägter Kultur. Aufgrund dessen sollte in einer Kultur, die schwächer maskulin geprägt ist, ein besonderes Augenmerk auf ein gutes Zusammenspiel zwischen Notfallpatient, Beteiligten und Rettungskräften gelegt werden.

Ein weiterer relevanter Unterschied in der Versorgung von Patienten spielt die Kulturdimension der *Unsicherheitsvermeidung*, welche eine Differenz von 20 Prozentpunkten zwischen der deutschen und der türkischen Kultur ausmacht. Dabei sorgt das auf Erfahrungen basierte Unsicherheitsgefühl bei den Menschen für eine untragbare Ängstlichkeit aufgrund der Erwartung von unklaren Bedrohungen. Hofstede et al. (2010) betont hierbei die positive Korrelation zwischen ängstlichen Kulturen mit einer hohen Unsicherheitsvermeidung und des Grads der expressiven Kommunikation. In Kulturen wie die der türkischen ist die soziale Akzeptanz der

emotionalen Abreaktion durch bspw. das Erheben der Stimme höher als in der deutschen Kultur. Der geringere Grad der Unsicherheitsvermeidung in bspw. der deutschen Kultur schließt nicht das Unsicherheitsgefühl und die subjektive Ängstlichkeit bei extremer Ambiguität aus. Vielmehr ist es die zusätzliche Angst vor sozialer Zurückweisung, welche die Menschen in Kulturen mit niedriger Unsicherheitsvermeidung an einer ausdrucksstarken Kommunikation hindern. Somit sollten Rettungskräfte lautstarke Äußerungen der bspw. türkischen Angehörigen nicht als persönliche Bedrohung erkennen, sondern vielmehr die dahinterliegende Ängstlichkeit erkennen, Mehrdeutigkeiten im Einsatzgeschehen reduzieren und soweit möglich verlässliche Angaben vermitteln, die das Sicherheitsgefühl der Menschen stärken. Anhand von diesem Beispiel lässt sich Straub (2007) seine Auffassung interkulturelle Kompetenz sei der Umgang mit Kommunikationsproblemen, nochmals verdeutlichen.

3.3.3 Kulturdimensionen nach Hall

Aus Sicht des Ethnologen Edward Hall setzt sich die Kommunikation aus folgenden drei Bestandteilen zusammen: Worten, materiellen Objekten und dem Verhalten (Hall & Hall, 1990). Die Analyse der einzelnen Bestandteile der Kommunikation in verschiedenen Kulturen weist bei jeder Betrachtung Unterschiede auf, sodass Hall zum Schluss kommt, die Kultur entspricht der Kommunikation (Hall, 1959; Hall & Hall, 1990).

Der Kommunikationsprozess wird durch die Höhe des Kontexts bestimmt und bildet das Fundament, auf dem das Verhalten der Beteiligten aufbaut. Daraus ergibt sich die Dimension des *High Context* (HC) und des *Low Context* (LC), welche auch hier wieder die Möglichkeit bietet, Kulturen zu kategorisieren. Wie zuvor bereits in Kapitel 3.3.2 beschrieben, ist die Unterteilung lediglich richtungsweisend und ist weder mandatorisch, noch generalisiert auf Individuen übertragbar. High Context Kulturen (HC-Kulturen), wie sie in mediterranen oder arabischen Ländern vorzufinden sind, sind von einer effizienten und schnellen Kommunikation geprägt. Dies lässt sich auf enge, persönliche Beziehungen schließen, welche durch einen dauerhaften, frei fließenden und fast unkontrollierten Informationsfluss geprägt sind, zurückführen. Das Ergebnis ist eine Kommunikation, die im sprachlich kodierten wenig Informationsgehalt beinhaltet, sich jedoch umso stärker in der nonverbalen Kommunikation zeigt. Dagegen weisen Low Context Kulturen (LC-Kulturen) das

entsprechende Gegenteil auf. Sie benötigen viele Informationen, welche bewusst und kontrolliert übertragen werden und legen Wert auf einen hohen sprachlich kodierten Informationsgehalt. Diese zusätzlich genannte Dimension des *Informationsflusses* ist die größte zu überwindende Hürde in der erfolgreichen Kommunikation zwischen Kulturen (Hall, 1981; Hall & Hall, 1990).

Im demographischen Ranking zur Einteilung der Höhe des Kontexts verschiedener Kulturen hat Morden (1999) Deutschland auf die niedrigste Stufe des High Context gesetzt, wohingegen mediterrane Länder auf Platz 3 der Kulturen mit dem höchsten Kontext stehen. Demnach stellt das Aufeinandertreffen von deutsch-kulturellen Rettungskräften (LC-Kultur) und einer bspw. türkischen Kultur (HC-Kultur) im Einsatzgeschehen eine nicht zu unterschätzende Herausforderung dar. Hall und Hall (1990) zufolge ist es von großer Bedeutung, den Informationsfluss entsprechend anzupassen, sodass im Einsatzgeschehen nicht nur kontrollierte und damit langsame LC Informationen übermittelt werden, sondern auch zusätzliche Botschaften im HC an die andere Kultur überreicht werden. Die Übertragung der Informationen sollte stets der Wahrheit entsprechen und der einzelnen Situation angepasst werden. Nichtsdestotrotz können zusätzliche Hintergrundinformationen, die für die Rettungskräfte zunächst unbedeutend erscheinen, der ausgeprägten HC-Kultur ihre nötige Sicherheit und Stabilität geben. Zusätzlich ermöglicht die Quantität an Informationen eine bessere Übermittlung innerhalb der anwesenden Beteiligten. Ein nicht zu unterschätzender Aspekt ist neben der hohen Informationsdichte auch die Qualität der Nachricht. Da unnötige Informationen zu Ungeduld in HC-Kulturen führen können, scheint es empfehlenswert, die Massen an Informationen zu jeder Zeit in Zusammenhang mit dem Notfalleinsatz und dem weiteren Verlauf zu bringen. (Hall, 1981) Rettungskräfte mit einem LC fühlen sich im Einsatz mit dem türkischen Patienten aus Kapitel 3.3.2 durch den Mangel an überlieferten Informationen vermutlich verloren, überfordert und dadurch gestresst.

Eine weitere, für die Sanitäter relevante Dimension stellt die räumliche Distanz, die sog. Proxemik, dar. In seinem Werk differiert Hall und Hall (1990) die Trennung des Raums zwischen visuellen, akustischen, kinästhetischen, thermalen und olfaktorischen Abschnitten, die das Wohlbefinden der Individuen maßgeblich beeinflussen. Die Tatsache, dass HC-Kulturen in einem Meer aus Informationen leben, ist unter anderem das Resultat aus räumlich engen Beziehungen mit einem zusätzlich häufigen Körperkontakt. Für die LC geprägten Rettungskräfte, kann das Eindringen

in ihre eigene Privatsphäre durch Patientenangehörigen mit HC bedrohlich wirken und durch eine falsche Interpretation zu Missverständnissen führen. Durch den Versuch, die räumliche Distanz für die eigene Privatsphäre zu erhöhen, werden die Rettungskräfte, in ihren Augen möglicherweise aufdringliche Angehörige bitten, ihnen mehr Platz einzuräumen. Des Weiteren werden sie möglicherweise unterbewusst Abstand aufsuchen. Hall und Hall (1990) weist zurecht daraufhin, dass auch HC-Kulturen sich dadurch beleidigt und missverstanden fühlen sowie misstrauisch gegenüber ihrem Gesprächspartner werden. Zusätzlich stellt die Privatsphäre der Kommunikationspartner für die HC-Kulturen einen Störfaktor im Informationsfluss dar.

Weitere Missverständnisse, die zusätzliches Konfliktpotenzial innehalten, können durch die zeitliche Dimension auftreten. Der Monochronismus, der mit LC-Kulturen positiv korreliert, betrachtet den Faktor Zeit als einen fast schon greifbaren Gegenstand, der sich auf einer linearen Achse bewegt. Aus diesem Grund haben die Ausführung und Erledigung von Handlungen höchste Priorität sowie die Planung weiterer Maßnahmen und Strukturierung des Weiteren Vorgehens. Eine Handlung folgt der nächsten und Zeit kann förmlich verschwendet werden. Die Verwirrung bei deutschen Rettungskräften scheint im Einsatz mit polychronischen Kulturen vorprogrammiert. HC-Kulturen sind ständig daran interessiert, über alle nötigen Informationen zu verfügen. Aus diesem Grund ist die zwischenmenschliche Interaktion bedeutsamer als die Erledigung bestimmter Aufgaben. Somit ist es möglich, dass Anweisungen der LC-Rettungskräfte in einem HC-Setting nicht zufriedenstellend oder zeitnah ausgeführt werden. In Anbetracht eines potenziell zeitkritischen medizinischen Notfalls, der zusätzlich die Ausführung von bspw. dem Freiräumen eines Treppenflurs für den Transport des Patienten mittels Tragetuch benötigt, kann die verzögerte Ausführung zu Frustration, Ärger oder zusätzlichem Stress des deutschen präklinischen Fachpersonals führen. Dieses genannte Beispiel verdeutlicht nochmals mögliche Konflikte, die zwischen zwei aufeinandertreffenden Kulturen im Rettungseinsatz entstehen können (Hall & Hall, 1990).

Nach einer näheren Betrachtung konnte kein präklinisch relevanter Bezug zur Dimension der *Handlungsketten*, jedoch zu den kulturellen *Schnittstellen* hergestellt werden. Nachdem die Kontextdifferenz der verschiedenen Kulturen die Effektivität des Informationsflusses beeinflusst, können, so Hall und Hall (1990), Schnittstellen zur Überbrückung der Kulturunterschiede eingesetzt werden. Diese Schnittstellen

können Personen oder einfach zu bedienende, hochentwickelte und mechanische LC-Systeme sein. Personen, die die Schnittstelle darstellen, könnten im Kontext der Patientenversorgung als Vermittler fungieren. Hierbei können bspw., wie in Kapitel 3.1.1. erwähnt, Angehörige der zweiten Generation eine nützliche Option darstellen, da sie mehrere Kulturen internalisiert haben könnten und dadurch möglicherweise ein größeres Verständnis für beide Kulturen aufweisen. Edward T. Halls abschließendem Appell wird in dieser Hinsicht zugestimmt, wenn er sagt: „Es ist nicht nötig alle Probleme gleichzeitig zu lösen, sondern vielmehr das Zeigen des aufrichtigen Verlangens dies zu verfolgen und Schritt für Schritt zu gehen, selbst wenn es ein Leben lang dauert.“ (Hall & Hall, 1990, S. 31)

3.3.4 Kulturdimensionen nach Trompenaars

Der Schüler des Sozialpsychologen Geert Hofstede, Fons Trompenaars, beruft sich mit seinem Kollegen Charles-Hampden Turner in ihrem gemeinsamen Werk *Riding the Waves of Culture* (1998) auf sieben weitere Kulturdimensionen. Aufgrund einiger inhaltlicher Ähnlichkeiten der in Kapitel 3.3.2 erläuterten Dimensionen werden folgende Kulturdimensionen nicht weiter ausgeführt, sollen jedoch nochmal wertschätzend erwähnt werden: der *Individualismus vs. Kollektivismus* und die *Affektivität vs. Neutralität* sowie dem Umgang mit der *Zeit* nach Trompenaars und Hampden-Turner (1998). Diese enthalten einige Komponenten wie z.B. den Egozentrismus oder den Grad der expressiven Kommunikation, in der bereits genannten Dimension der Unsicherheitsvermeidung und Individualismus nach Hofstede (vgl. Kapitel 3.3.2).

Der *Universalismus* unterscheidet sich vom *Partikularismus* in der Nutzung und Einhaltung von Regeln und Gesetzen. Kulturen, die universalistisch geprägt sind, berufen sich auf feste Strukturen, kategorisieren einzelne Situationen und beachten Vorschriften und Gesetze ungeachtet des Einflusses von persönlichen Beziehungen. Im Gegensatz dazu steht der Partikularismus mit einer hohen Affinität Regeln zu brechen, um sich für persönliche Beziehungen einzusetzen oder Menschen zu beschützen (Trompenaars & Hampden-Turner, 1998).

Weitere Dimensionen wie die des *Status vs. Leistung*, *externe vs. Interne Kontrolle* und *Spezifität vs. Diffusität* können in keinen direkten Kontext der Patientenversorgung gebracht werden, weshalb sie an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt

werden. An dieser Stelle sei die Bedeutung des Werks zur Stärkung des interkulturellen Verstehens nach Thomas (vgl. Kapitel 3.1.2) nochmals erwähnt.

3.3.5 Besonderheiten

Eine Stereotypisierung der Patienten, wie sie in Kap. 2.2.3 und 2.4 beschrieben wurde, führt zu einer negativen Konditionierung des medizinischen Fachpersonals, welche zu einer systematischen und teils unbewussten Ungleichbehandlung von Patienten, die einer anderen Ethnie oder Kultur angehören. Infolgedessen korreliert diese Diskriminierung positiv mit einer schlechteren gesundheitlichen Prognose der Patienten (Betancourt & R. Green, 2020). Darüber hinaus sind epidemiologische Faktoren als eine relevante Dimension in der Patientenversorgung zu betrachten. Mangelnde Sprachkenntnisse führen bspw. bei spanisch sprechenden Hispanoamerikanern in den USA zu einer verzögerten Versorgung von Schlaganfällen oder Herzinfarkten, da sie weniger mit den Symptomen solcher Krankheiten vertraut sind als die Vergleichsgruppe der *Weiß*en englischsprachigen US-Amerikaner (DuBard et al., 2006). Ähnliche Zusammenhänge können bei Ausländern oder Einwanderern mit einer niedrigen deutschen Sprachkompetenz beobachtet werden. Herrmann et al. (2017) weisen bei diesen Patientengruppen auf eine höhere Rate an perinatalen Infektionen, Erkrankung an Tuberkulose, Hepatitis A & B sowie eine höhere Rate an Tot- oder Frühgeburten bei türkischstämmigen Migrantinnen hin. Weitere epidemiologische Faktoren sind eine höhere Rate an Unfällen im Haushalt von Migrantenkindern, erhöhte psychische Belastungen von Migranten und Geflüchteten durch Abschiebeängste, der Verarbeitung von Gewalterfahrungen, traumatischen Ereignissen oder dem Verlust von Familie, Status und Identität. Einige dieser Erkrankungen sind unter anderem auf einen unzureichenden bis kaum vorhandenen Bildungsstand zurückzuführen und stehen nicht in Zusammenhang mit ihrer Kultur (Herrmann et al., 2017).

Die Vermittlung des Wissens über diese Besonderheiten in der Versorgung von Patienten mit ethnologischen, epidemiologischen und soziokulturellen Unterschieden an die Rettungskräfte ist eine weitere Möglichkeit ein besseres Verständnis zu entwickeln. Ein besseres Verständnis schärft die Kultursensibilität und unterstützt das Personal dabei, Umstände in einen der Kultur unabhängigen Kontext zu bringen, um somit die individuelle Patientenversorgung zu verbessern.

3.4 Ausbildungsstand im Rettungsdienst

3.4.1 Ausbildung für Notfallsanitäter

Die Ausbildung zum Notfallsanitäter umfasst in Vollzeitform drei Jahre oder in Teilzeitform fünf Jahre und gliedert sich in drei Einheiten (§5 Abs.1 NotSanG). Der theoretische und praktische Unterricht in den Berufsschulen umfasst 1920 Stunden, wohingegen die Auszubildenden die angewandte praktische Ausbildung von 1960 Stunden auf ihrer Lehrrettungswache absolvieren. Hinzu kommen weitere 720 Stunden praktische Ausbildung in geeigneten Krankenhäusern (§1 Abs.1. NotSan-APrV, 2020). Gemäß der, vom Bund verordneten, Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter werden die Auszubildenden in der Kommunikation mit hilfeschuchenden Menschen, auch unter Berücksichtigung soziologischer Aspekte, befähigt (Anlage 1 Abs.3 zu §1 Abs.1 Nr.1 NotSan-APrV, 2020). In diesem Modul, das einen Umfang von 120 Stunden umfasst, wird die Kommunikation mit fremden Kulturen oder Ethnien nicht explizit erwähnt. Lediglich in Abs. 3d wird der Umgang mit gesellschaftlichen Randgruppen erwähnt, jedoch nicht näher definiert. Das Notfallsanitätergesetz regelt die Dauer und Struktur der Ausbildung und überträgt die Gesamtverantwortung zur Erreichung der Ausbildungsziele den Berufsfachschulen (§5 Abs.3 NotSanG, 2021). Mit bereits 13 staatlich anerkannten Berufsfachschulen für Notfallsanitäter im Regierungsbezirk Arnsberg, 13 weiteren im Regierungsbezirk Münster, sechs in Baden-Württemberg scheint die tatsächliche Anzahl der verschiedenen Anbieter in weiteren Regierungsbezirken respektive Bundesländern zu groß für eine systematische und effiziente Sichtung der einzelnen Lehrpläne (Bezirksregierung Arnsberg; Bezirksregierung Münster; Regierungspräsidium Baden-Württemberg). Die Sichtung der Curricula der Bundesländer Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen, beinhalten Lernfelder, welche Grundlagen des interkulturellen Verständnis berücksichtigen, finden jedoch keine tiefere Erläuterung (Bayrisches Staatsministerium für Unterricht und Kulturs, 2018; Bela et al., 2013; Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, 2014; Ministerium für Gesundheit Emanzipation Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, 2016; Regionale Landesämter für Schule und Bildung Niedersachsen, 2018; Sächsisches Staatsministerium für Kultus, 2015; Thüringer Ministerium für Bildung, 2021). Der Thüringer Lehrplan ermöglicht den Auszubildenden zusätzlich, im Rahmen des 40-

stündigen Moduls, ein interaktives interkulturelles Projekt, um die Verbesserung der Methoden- und Sozialkompetenz zu forcieren (Thüringer Ministerium für Bildung, 2021). Die Rahmenlehrpläne der verbleibenden acht Bundesländer waren nicht öffentlich zugänglich, sodass keine weitere Aussage hierzu getroffen werden kann.

3.4.2 Ausbildung für Rettungssanitäter

Die Ausbildung des Rettungssanitäter in Deutschland zeigt ähnliche föderalistische Züge, wie sie bereits in Kap. 3.4.1 aufgezeigt werden konnten. Anhand der vorliegenden Rettungssanitäter-Verordnungen ist es nicht möglich eine Einheitlichkeit in der Qualifizierung der Rettungssanitäter festzustellen. Die bayrische Ausbildung umfasst insgesamt 520 Stunden, wonach die theoretische Ausbildung 160 Stunden einschließt. Dasselbe gilt in Sachsen-Anhalt (§1 Abs.1 BayRettSanV, 2015; §2 Abs.1 APORettSan LSA, 2014). Andere Bundesländer wie Hessen, Niedersachsen, oder Schleswig-Holstein weisen für die theoretisch-praktische Ausbildung hingegen 240 Stunden an (§2 Abs.1 APORettSan, 2021; §2 Abs.1 APVO-RettSan, 2021; §2 Abs.1 RettSan-APrVO 2020). Der Bund-Länder Ausschuss *Rettungswesen* empfiehlt dabei eine bundeseinheitliche Mindestausbildung für die Qualifikation des Rettungssanitäters, welche ebenfalls 520 Stunden umfasst und die Besonderheiten in der Kommunikation mit Angehörigen fremder Kulturen im Ausbildungsziel Fünf nennt (Ausschuss Rettungswesen, 2008). Weiterführende Definitionen sind in den Empfehlungen aus dem Jahr 2008 nicht zu finden. Abschließend kann gesagt werden, dass die Einordnung, sowie Kommunikation mit Patienten aus unterschiedlichen Kulturen in den jeweiligen Verordnungen erwähnt, jedoch nicht weiter ausgeführt werden.

3.4.3 Fortbildung des Rettungsdienstpersonals

Die *Ausübung der staatlichen Befugnisse* und die *Erfüllung der staatlichen Aufgabe* ist Sache der Länder und regelt zusätzlich mit den Artikeln 70,72,74 des deutschen Grundgesetzes die Gesetzgebung des Rettungsdienstes (Art. 30 GG, 1949). Demzufolge existieren 16 unterschiedliche Rettungsdienstgesetze, welche bei einer genaueren Betrachtung keine einheitlichen Regelungen zur Fortbildung des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals aufweisen. Bundesländer wie Baden-Württemberg, Hamburg und Schleswig-Holstein setzen eine jährliche Fortbildung des Personals von mindestens 30 Stunden fest, wohingegen Niedersachsen oder Thüringen den

Umfang gesetzlich nicht regeln (§9 Abs.4 RDG; §10 Abs. 1 HmbRDG, 2019; §16 Abs.3 SHRDG, 2017). Des Weiteren wird der relevante Inhalt durch die Bundesländer bestimmt, begrenzt sich jedoch auf die Ausführung *medizinisch, organisatorisch* und *technisch* oder *für die Notfallrettung relevanten Themen* (§10 Abs. 1 HmbRDG, 2019; §16 Abs.3 SHRDG, 2017). Die Festlegung der Fortbildungsthemen weicht zwischen den Bundesländern ab und kann, wie am Beispiel Thüringen, in der Zuständigkeit des ärztlichen Leiters des Rettungsdienstes (§13 ThürRettG, 2009) oder in einem Gremium, bspw. *Fortbildung Rettungsdienst Rheinland-Pfalz*, liegen (D.II.1.1 LRettDP, 2014). Aufgrund der divergenten und intransparenten Regelungen lassen sich weder eindeutige Aussagen bezüglich der Art und des Umfangs noch dem Vorkommnis interkultureller Fortbildungen im Rettungsdienst treffen.

Zur Stärkung der interkulturellen Kompetenz der Rettungskräfte konnten in der Recherche nur ein, von Arbeitgebern unabhängige, Fortbildungsangebot mit rettungsdienstrelevantem Hintergrund ermittelt werden. Die Fortbildung *interkulturelle Kompetenz* der Johanniter-Akademie umfasst sechs Stunden, befasst sich mit diversen Kulturkreisen, einsatzbezogener Kommunikation und ist hauptsächlich auf den Islam fokussiert (divi.de).

Das von der Europäischen Union geförderte Projekt *Building Intercultural Competences for Ambulance Services* (BICAS) setzte, von 2014 bis 2020, mit einem *blended-learning* Konzept an, um die interkulturelle Kompetenz der Rettungskräfte, aufgrund der Zunahme von Geflüchteten in Europa, zu stärken (johanniter.de). Seit dem Ende der Förderung sind, außer der mobilen Applikation, keine weiteren Informationen oder Ergebnisse des Projekts auffindbar.

4 Wissenschaftliche Methode

Die wissenschaftliche Methode und das Erhebungsinstrument der Fokusgruppendifkussionen werden in diesem Kapitel näher erläutert. Als Grundlage für die systematische Literaturrecherche der theoretischen Grundlagen wurden die PRISMA-Kriterien sowie das Schneeballsystem genutzt. Des Weiteren wird der Ablauf der Fokusgruppendifkussionen und die darauffolgende qualitative Inhaltsanalyse betrachtet, um im weiteren Verlauf Ergebnisse erheben zu können.

4.1 Systematische Literaturrecherche

Eine an die PRISMA Kriterien angelehnte Recherche, und das Suchverfahren mittels Schneeballsystems stellten die wissenschaftliche Grundlage für die systematische Literaturrecherche dieser Forschung und insbesondere des theoretischen Teils dar (Stevanovic et al., 2015). Nach einer sorgfältigen Strukturierung der Begriffe wurden, die in 4.1.1 beschriebenen Datenbanken durchsucht und nach Eignung sortiert. Im Nachfolgenden fand lediglich relevante und qualifizierte Literatur in dieser Forschungsarbeit Anwendung. Des Weiteren konnte auf weitere relevante Literatur durch den privaten Erwerb des Forschenden oder des sozialen Netzwerks zugegriffen werden.

4.1.1 Datenbanken

Die unten aufgeführten Fachdatenbanken konnten durch das *virtuelle private Netzwerk* (VPN) der Medical School Hamburg (MSH) genutzt werden und lieferten einige relevante Ergebnisse.

Folgende Datenbanken wurden durch den VPN-Zugang der MSH genutzt:

- Beck Online
- Destatis
- Hogrefe
- ProQuest
- PubMed
- Rettungsdienst Forschung
- Springer Link
- Statista
- Thieme eRef
- Transcript
- WBV

4.1.2 Verwendete Suchbegriffe

Die in 4.1.1 genannten Fachdatenbanken wurden unter anderem mit Hilfe des Booleschen Operators *AND* eingegrenzt.

Folgende deutsche Suchbegriffe wurden verwendet:

Rettungsdienst, Notfallsanitäter, Rettungsassistent, Rettungssanitäter, Notarzt, Rettungskraft, Rettungskräfte, Präklinik, Präklinisch, Kontakthypothese, Intergruppenkontakttheorie, Ingroup, Outgroup, Intergruppal, Interkulturell, Interkulturelle Kompetenz, Rassismus, Migration, Migrant, Flüchtling, Geflüchtete, Sozialpsychologie, Soziologie, Ethnologie, Kontexteffekt, Bezugsgruppentheorie, Identifikationstheorie.

Folgende englische Begriffe wurden verwendet:

Emergency Medical Service, Emergency Medical Technician, Paramedic, Ambulance Service, Contact Theory, Intergroup Contact, Racism, Migration, Social Identity Theory, Ingroup, Outgroup, Refugee, Social Psychology, Intergroup, Intercultural, Intercultural Competence, Reference Group, Sociology, Ethnology, Migrant, Immigrant.

4.1.3 Sortierung nach Eignung

Die bereits erwähnte Vielzahl an Suchergebnissen wurde mittels weiterer Kriterien auf Eignung und Relevanz geprüft. Zusätzlich wurde der Boolesche Operator zwischen den rettungsdienstrelevanten Begriffen und den übrigen Begriffen genutzt. Folgende Kriterien wurden für die Suche verwendet:

Einschlusskriterien:

- Sprache: Deutsch, Englisch
- Literatur, die die interkulturelle Kompetenz definiert.
- Literatur, die sich mit der interkulturellen Kompetenz im Gesundheitswesen, besonders dem Rettungsdienst befasst.
- Literatur, die sich mit Rassismus, besonders im Gesundheitswesen befasst.
- Literatur, die sich mit der Kontakthypothese befasst.

Ausschlusskriterien:

- Volltext nicht verfügbar.
- Abstract oder Einleitung nicht passend zum Thema.
- Dopplungen mit bereits gefundener Literatur.
- 150 Suchergebnisse bereits gesichtet.

4.2 Erhebungsinstrument

Die Fokusgruppendifkussion stellt als moderiertes Diskursverfahren ein ressourcenschonendes Erhebungsinstrument in der qualitativen Sozialforschung dar und eignet sich, um differierende Meinungen der Teilnehmer zu einem Thema zu erheben (Schulz, 2012). Mithilfe eines prägnanten thematischen Reizes, durch bspw. Bildmaterial oder auch Nachrichtenartikeln, regt der Moderator zur Diskussion an und sichert den ständigen Gesprächsverlauf durch seinen vorher festgelegten Leitfaden, der ihm gleichzeitig als Orientierungshilfe dient. Zur gleichen Zeit setzt der Leitfaden des Moderators den vorher festgelegten Rahmen des zu behandelnden Themas fest und ermöglicht in der Durchführung mehrerer Gruppendiskussionen den Vergleich der einzelnen Gruppen (Schulz, 2012). Die moderierten Fokusgruppendifkussionen bieten die Möglichkeit, ein diversifiziertes Meinungsbild der Teilnehmer zu einem im Voraus definierten Thema zu erfassen. Die Erhebung der Daten sowie die Auswertung dienen als Grundlage zur Entwicklung neuer Hypothesen oder können „zur Formulierung kausaler Zusammenhänger herangezogen werden“ (Kitzinger, 1995; wie angegeben in Fitzpatrick & Mayer, 2020, S.2).

Die dynamische Interaktion zwischen den Teilnehmern ist das Ergebnis einer gut moderierten Diskussion, in der die Einzelpersonen zu jeder Zeit ihre Meinung offen aussprechen können, ohne das Gefühl zu haben, durch externe Faktoren limitiert zu werden. Anhand dieser Gruppeninteraktion können Forschungsteilnehmer, die sich in Einzelinterviews womöglich unwohl gefühlt oder einsilbig geäußert hätten, sich dem dynamischen Prozess der sozialen Interaktion anschließen und wertvolle Impulse beitragen. Abhängig von der Art und des Ausmaßes der Fokusgruppendifkussion variieren die finanziellen Ressourcen, die aufgewendet werden müssen (Fitzpatrick & Mayer, 2020). Digitale Lösungen bieten den Vorteil einer ortsunabhängigen Teilnehmerschaft, wegfallende Kosten für Anreise und Miete der Räumlichkeiten, können sich laut Schulz (2012) jedoch negativ auf die Gesprächsdynamik und die Menge des produzierten Materials auswirken. Des Weiteren helfen Vergütungen der Teilnehmer, sog. Incentives, im Akquisitionsprozess und können in den Kosten variieren.

Tabuisierte und intime Themen stellen in diesem Erhebungsinstrument aufgrund der wahrscheinlich verhaltenen Aussagen der Teilnehmer eine Herausforderung dar. Dennoch ist es mithilfe einer guten Vorbereitung und einer guten Moderation

sowie einer künstlich zusammengestellten Gruppe möglich, sensible Aspekte eines Forschungsthemas zu beleuchten. Künstliche Gruppen bestehen aus Teilnehmern, die dieselbe Zielgruppe teilen, jedoch vor der Gruppendiskussion nicht in direktem Kontakt zueinanderstehen. Dies ermöglicht es im Gegensatz zu natürlichen Gruppen, in welchen die Mitglieder sich bereits kennen, über sensible Themen zu sprechen, benötigt in der Regel jedoch mehr Zeit, bis eine zu den natürlichen Gruppen ähnliche Gesprächsdynamik entsteht.

4.2.1 Auswahl der Fokusgruppenteilnehmer

Die Qualität der Teilnehmer bildet das Fundament der Aussagekraft der nachfolgenden Diskussion und setzt somit eine bewusste Auswahl mit spezifischen Kriterien der Teilnehmer voraus. Die vom Forschungsleiter festgelegten Kriterien richten sich nach der zu untersuchenden Fragestellung und führen im Besten Falle zu einem angenehmen Gesprächsumfeld und einer wertvollen Beitragsleistung der Teilnehmer in einer homogenen Gruppe (Fitzpatrick & Mayer, 2020).

Lamnek (2016) betont die unterschiedlichen Vorschläge der in der Literatur genannten Anzahl an Teilnehmern zur Durchführung einer Forschung mittels Fokusgruppendiskussionen und empfiehlt zwischen fünf und 12 Teilnehmern zu akquirieren.

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit wurden zur Bildung zweier homogener Gruppen nach Fitzpatrick (2020) dieselben soziographischen Variablen ausgewählt und bildeten die Voraussetzung zur Teilnahme an der Fokusgruppendiskussion:

1. Beschäftigung im deutschen Rettungsdienst seit 2014 mit mind. drei Diensten pro Monat.
2. Mindestqualifikation entsprach 2014 dem eines deutschen Rettungssanitäters.
3. Aktuelle Beschäftigung im deutschen Rettungsdienst mit mind. drei Diensten pro Monat.

Ein Dienst besteht aus mindestens 12 Stunden. Die Festlegung auf drei Dienste pro Monat berücksichtigt die noch häufig vorkommenden ehrenamtlichen bzw. nebenamtlichen Rettungskräfte und schließt gleichzeitig unregelmäßige Hilfskräfte aus, da davon ausgegangen werden muss, dass die unregelmäßige Tätigkeit mit einem verzerrten Meinungsbild oder einer unzureichenden Fach-, Sozial- oder

Handlungskompetenz einhergeht. Nicht berücksichtigte Kriterien waren das Geschlecht, Regierungsbezirk, aktuelles Feststellungsverhältnis, Migrationshintergrund und Arbeitsplatzwechsel innerhalb Deutschlands.

4.2.2 Leitfaden

Die in Kap. 4.1 beschriebene Orientierungshilfe des Diskussionsleiters ermöglicht eine reibungslose Moderation der Diskussion und gewährleistet den Meinungsaustausch innerhalb der vorgegebenen Themenbereiche. Schulz (2012) betont explizit den Gesprächsfluss nicht zu unterbrechen oder die Diskussion zu stark einzuschränken, um eventuelle Erkenntnisse über im Vorfeld nicht berücksichtigte Themen gewinnen zu können.

Bereits vor dem offiziellen Teil der Diskussion wurden die Teilnehmer begrüßt und gebeten, sich kurz einander vorzustellen, um bereits einen Gesprächsfluss herzustellen. Daraufhin wurden alle Teilnehmer vor der Aufzeichnung der Diskussion über diese informiert, sodass der Forschungsleiter und Moderator in eine kurze Begrüßung und Vorstellung übergehen konnte. Im Anschluss wurde die Zustimmung der Teilnehmer eingeholt, bestimmte Daten in anonymisierter Form offenzulegen und das Gespräch auditiv aufzuzeichnen. Die Zustimmung erfolgte in den meisten Fällen bereits vorab durch eine im Anlage I zu findende Einwilligungserklärung. Zuletzt wurde die Zustimmung zur freiwilligen Teilnahme an der Diskussion eingeholt und um einen offenen Meinungsaustausch gebeten. Der Leitfaden, welcher ebenfalls im Anlage K zu finden ist, beinhaltet vier Kernbereiche sowie einen Bereich für zusätzlich weitere Anmerkungen und die von Mayring (2015) empfohlene Metadiskussion, welche den Teilnehmern eine Reflexion der Diskussion und ihres Wohlbefindens ermöglicht.

Zum Start der Diskussion wurden der Gruppe einige zusammenhängende Reize vorgelegt. Als erstes wurde die aktuelle Flüchtlingsbewegung aufgrund des russisch-ukrainischen Kriegs angesprochen, welche mit der Flüchtlingswelle des Jahres 2015/2016 auf einen Anstieg fremdkultureller Überschneidungssituationen im Rettungsdienst hinweist. Da sich in solchen Notfalleinsätzen immer wieder angespannten Einsatzsituationen entwickeln, vgl. Kap. 2.2.3, wurden die angeführten Begriffe wie Morbus Bosphorus, Rassismus und institutioneller Rassismus definiert, um den Wissensstand aller Teilnehmer auf das gleiche Niveau zu setzen. Im Anschluss an den ersten Diskussionsreiz wurde der Status Quo der Rettungskräfte

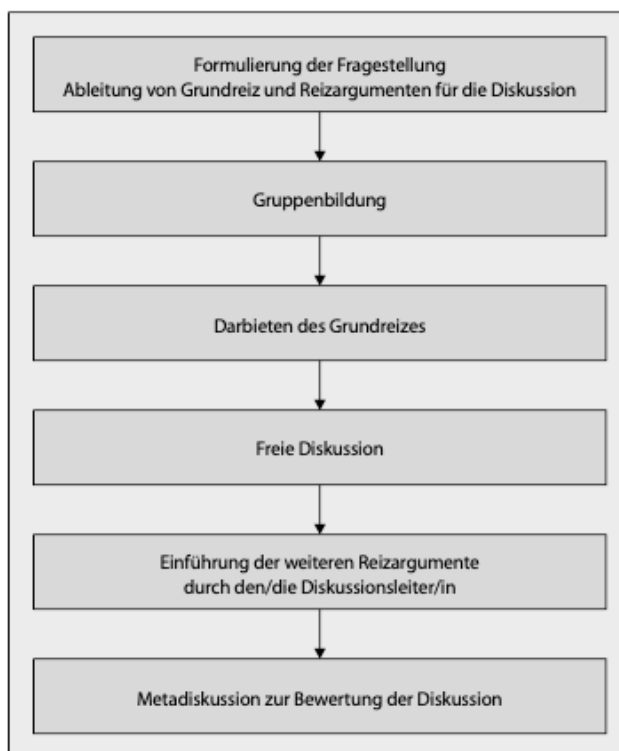
hinsichtlich kultureller Herausforderungen und institutionellem Rassismus im Einsatzdienst erfasst. Daraufhin wurden die persönlichen Werte in Bezug auf die interkulturelle Kompetenz der Teilnehmer erfasst, um anschließend den Bereich der Fortbildung zu erheben. Im darauffolgenden letzten Bereich wurde die Kontakthypothese, vgl. Kap. 2.5.2, und der Stand der Wissenschaft zu dieser erläutert, um daraufhin mögliche Fortbildungen auf Grundlage dieser Theorie zu entwickeln. Der Leitfaden konnte weitestgehend strukturiert genutzt werden, wobei der Gesprächsfluss im Laufe der Diskussion nicht unterbrochen wurde, sofern Fragen bereits früher beantwortet wurden. Zusätzlich wurde auf eine offene Fragestellung geachtet und möglichst nur auf geschlossene Fragen zurückgegriffen, um die Zustimmung oder Ablehnung des Kollektivs nach Aussagen von Teilnehmern einzuholen und ein differenziertes Meinungsbild zu erfassen.

4.2.3 Durchführung der Fokusgruppen

Für die Durchführung einer Fokusgruppendifkussion eignet sich die Orientierung am Ablaufmodell nach Mayring (2015), siehe Abb.5. Vorab setzt die Formulierung einer Fragestellung das Fundament zur Herleitung der für die Diskussion notwendigen Reizargumente. Die Bildung der Fokusgruppe erfolgt entlang einer für die Forschung relevanten Zielgruppe, welche nach erfolgreicher Einladung durch einen bestimmten Grundreiz zur freien Diskussion animiert wird. Zusätzliche Reizargumente, die durch den Moderator eingeleitet werden, können genutzt werden, um den Gesprächsfluss aufrecht zu erhalten oder die Diskussion zu lenken. (Mayring, 2015)

Abbildung 6

Ablauf der Gruppendiskussion



Anmerkungen. Vgl. Mayring (2015)

Beide Fokusgruppen wurden online mit dem Videokonferenzanbieter *Zoom* durchgeführt, in der die Teilnehmer zu jeder Zeit eine ausreichende Bild- und Tonqualität herstellen konnten. Sowohl die Einladung als auch die Zustimmung zur Einwilligungserklärung erfolgte digital per E-Mail und wird nach Abschluss der Forschung vom externen Datenträger vollständig gelöscht. Die erste Fokusgruppe produzierte mit einer Diskussionsdauer von 1h 51min quantitativ mehr Material als die zweite Fokusgruppe mit einer Diskussionsdauer von 1h 33min.

4.3 Transkription

Das produzierte Material wurde gemäß der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) wörtlich in ein normales Sprachdeutsch transkribiert, um sich auf den wesentlichen Inhalt zu konzentrieren. Nicht relevante Worte und Sätze, bspw. *ok* oder *ähm*, oder Unvollständigkeiten wurden gelöscht, soweit der Kontext nicht verfälscht oder abstrahiert wurde. Dialekte wurden ins Deutsche übersetzt, wobei dialektische Ausdrücke erhalten wurden, wenn diese zum Verständnis beitragen.

Nonverbale Auffälligkeiten, die zum Verständnis beitragen, wie Lachen, Kopfnicken oder Kopfschütteln werden in runde Klammern gesetzt. Wenn der Moderator spricht, wird er mit M1 abgekürzt, danach folgt ein Doppelpunkt und nach einem Leerzeichen der Satzanfang. Für teilnehmende Sprecher gelten dieselben Hinweise, jedoch werden sie mit dem Buchstaben S und ihrer numerischen Reihenfolge, abhängig von der Beteiligung im Gespräch, abgekürzt. Aufgrund der Größe der beiden Transkriptionen sind diese im Anlage A-B zu finden.

4.4 Auswertungsmethode

Für die Auswertung des gewählten Erhebungsinstruments eignet sich die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Ihm zufolge besteht der „Grundgedanke einer qualitativen Inhaltsanalyse (...) darin, die Systematik der klassischen quantitativ orientierten Inhaltsanalyse zu erhalten und damit die qualitativen Analyseschritte bei der Textinterpretation in den Mittelpunkt zu stellen“ (Mayring, 1994, S.164).

Mayring (2015) fasst die Ziele der qualitativen Inhaltsanalyse wie folgt zusammen:

- Systematische, theoriegeleitete, regelgeleitete Analyse der Kommunikation
- Analyse der fixierten, also protokollierten, Kommunikation
- Rückschlüsse auf spezifische Teile der Kommunikation ziehen

Im Rahmen dieser Inhaltsanalyse, auch kategoriegeleitete Textanalyse genannt, wird für die Interpretation die Zusammenfassung nach Mayring (2015) gewählt, um die essenziellen Kernelemente der Texte inhaltlich zu erfassen.

4.4.1 Bestimmung des Analysematerials

Dem zu analysierenden Material liegen die beiden Fokusgruppendifkussionen zugrunde, welche durch den Forschungsleiter moderiert wurden und unter der freiwilligen Teilnahme von aktiven Rettungskräften Material produzierten. Mithilfe des Videokonferenzanbieters Zoom wurden die Diskussionen online durchgeführt und durch dieselbige Software auditiv aufgezeichnet. Die Aufzeichnung durch ein Smartphone mittels Diktierfunktion stellte eine einfache Absicherung dar. Die Transkription erfolgte durch Efstratios Dimas in einfaches Sprachdeutsch, vgl. Kap. 4.2. Im nächsten Schritt werden die Analyseeinheiten *Kodiereinheit*, *Kontexteinheit* und *Auswertungseinheit*, bestimmt. Mayring (2015) beschreibt die Kodiereinheit als den

kleinsten, auswertbaren Materialbestandteil, der in eine Kategorie fällt, wohingegen der größte Textbestandteil, der in eine Kategorie fällt, als Kontexteinheit beschrieben werden kann. Damit die Inhaltsanalyse eine höhere Qualität erfährt, empfiehlt es sich zusätzlich Auswertungseinheiten festzulegen, welche einzelne Textabschnitte sequenziell auswerten.

Zunächst wird das Material der verschiedenen Gruppen einzeln analysiert und im Verlauf, nach der Einordnung in ein gemeinsames Kategoriensystem, erneut analysiert. In dieser Analyse bilden einzelne Sätze der Teilnehmer die Kodiereinheit, die ganze Diskussion die Kontexteinheit und das gesamte Material, also beide Diskussionen, die Auswertungseinheit.

4.4.2 Induktive Kategorienbildung

Die Ableitung der Kategorien aus dem vorliegenden Material, sog. induktive Kategorienbildung, ist Mayring (2015) zufolge eine effektive Vorgehensweise im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse. Anhand des Leitfadens können erste mögliche Hauptkategorien, vgl. Tab. 1, gebildet werden, welche im weiteren Verlauf der Analyse jedoch angepasst werden müssen. Im Kontext der zusammenfassenden Inhaltsanalyse werden Kodiereinheiten paraphrasiert, verallgemeinert und in dasselbe Abstraktionsniveau gebracht.

Tabelle 1

Hauptkategorien anhand der Leitfadenfragen

Leitfaden-Frage	Mögliche Hauptkategorie
Welche Herausforderungen treten eures Erachtens im Einsatz mit fremdkulturellem Setting immer wieder auf?	Herausforderung
Wie wirken sich interkulturelle Überschneidungen auf eure Arbeit oder die der Kollegen aus?	Auswirkung
Wie gut fühlt ihr euch für Einsätze mit fremden Kulturen vorbereitet?	Kompetenzwahrnehmung

Warum ist euch ein reibungsloser Ablauf im Einsatz mit fremden Kulturen wichtig? Persönliche Werte

Welche Fortbildungsangebote zur Stärkung der interkulturellen Kompetenz wurden euch bisher von euren Arbeitgebern angeboten? Fortbildungsangebot

Wie können Fortbildungen auf Grundlage der Kontakthypothese aussehen? Entwicklung Fortbildung

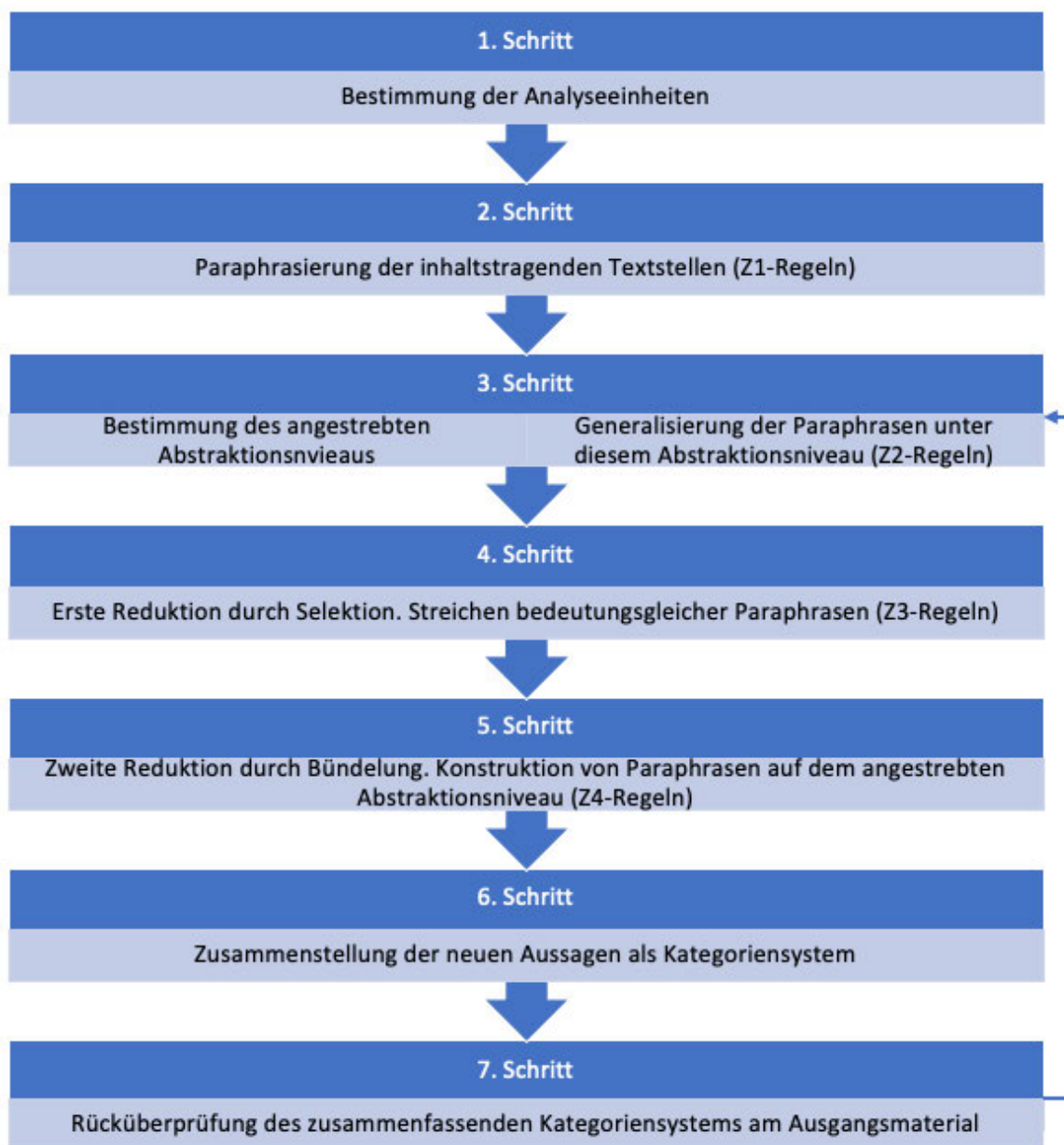
Anmerkungen. Diese Tabelle zeigt exemplarisch mögliche Hauptkategorien, die anhand der Fragen des Leitfadens gebildet werden können. Eigene Darstellung.

4.4.3 Z-Regeln

Die Reduktion und Zusammenfassung des vorliegenden Materials wird anhand den von Mayring (2015) aufgestellten *Z-Regeln* vorgenommen und, wie in Abb.6 zu sehen, solange wiederholt, bis das vorhandene Textmaterial die gewünschte Menge für eine aussagekräftige Auswertung erreicht hat. Hier ist eine fortwährende Überprüfung der Genauigkeit der Aussagen zwingend erforderlich, um daraufhin die inhaltstragenden Bestandteile anhand des Kategoriensystems auszuwerten und interpretieren zu können (Mayring, 2015).

Abbildung 7

Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse



Anmerkungen. Eigene Darstellung, vgl. Mayring (2015)

5 Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen nicht nur Herausforderungen und Limitierungen der vorliegenden Forschungsarbeit, sondern auch die Herausforderungen der Rettungskräfte in interkulturellen Überschneidungssituationen. Hinzu kommen Lösungsansätze der Fokusgruppen, die zur Stärkung ihrer interkulturellen Kompetenz herangezogen werden können.

5.1 Akquisition

Die Akquisition der Teilnehmer erstreckte sich über verschiedene Medien mit verschiedenen Reichweiten, welche in Tabelle 2 aufgelistet werden. Hierzu sei erwähnt, dass Beiträge zum Aufruf der Teilnahme rein organisch und ohne bezahlte Werbung in den sozialen Medien ausgespielt wurden. Neben den Social Media Konten des Forschenden wurden Beiträge und Aufrufe zur Teilnahme an der Forschung durch einige weitere Konten auf Facebook, Instagram und LinkedIn geteilt. Des Weiteren wurden 10 weitere Rettungsdienstorganisationen telefonisch und fünf weitere per E-Mail angefragt, jedoch ohne Erfolg. Es erfolgte eine Anfrage im persönlichen Netzwerk des Forschenden sowie die Verteilung der Anfrage per Mundpropaganda. Insgesamt wurden drei Termine zu den Zeiten 09:00-11:00, 15:00-17:00 und 19:00-21:00 angeboten. Interessenten konnten sich direkt beim Forschenden mittels Direktnachricht oder E-Mail melden oder wurden auf eine zielgruppenoptimierte Zielseite, sog. Landingpage, geleitet, welche alle nötigen Informationen und ein Anmeldeformular enthielten. Die Anmeldung zur Forschungsteilnahme erfolgte über den E-Mail-Marketing Anbieter *ActiveCampaign*. Sämtliche Daten der eingetragenen Teilnehmer wurden nur zu Zwecken dieser Forschungsarbeit genutzt und werden wie vereinbart nach Abschluss dieser Arbeit gelöscht. Aufgrund der Verarbeitung personenbezogener Daten wurde gemäß Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zwischen dem Dienstleister und dem Forschenden ein Auftragsverarbeitungsvertrag abgeschlossen. Eine Abbildung der Landingpage sowie weitere Abbildungen des Akquisitionsprozesses sind im Anlage F-H zu finden.

Tabelle 2*Reichweite der genutzten Medien zur Teilnehmerakquisition*

Medium	Art und Anzahl Beiträge	Reichweite
LinkedIn	2 Einzelbeiträge	376
Instagram	2 Einzelbeiträge	1070
	3 Stories	697
Facebook	3 Einzelbeiträge in Gruppe <i>Umfragen für die (Notfall)Medizin, Rettungsdienst & andere Themen</i> (586 Mitglieder, Stand 25.05.2022)	Nicht ermittelbar
	1 Einzelbeitrag in Gruppe <i>Rettungswissenschaften</i> (539 Mitglieder, Stand 25.05.2022)	

Anmerkungen. Die Tabelle veranschaulicht die Akquisitionsmedien und ihre Reichweite in den sozialen Medien des Forschenden. Die Reichweite beschreibt hierbei die Anzahl der erreichten Konten.

Aufgrund der Tatsache, dass kein einziger Teilnehmer akquiriert werden konnte und die Zeitvorgabe der vorliegenden Forschung den Akquisitionszeitraum limitierten, wurden nach Rücksprache mit den Erst- und Zweitgutachtern der vorliegenden Forschungsarbeit zum 25. Mai 2022 die Teilnahmekriterien sowie ein Ziel in der Hoffnung mehr Teilnehmer finden zu können, angepasst. Nachdem einige potenzielle Teilnehmer Interesse zeigten, um an der Forschung mitzuwirken, jedoch aufgrund des Kriteriums des Beschäftigungsverhältnisses seit 2014 ausgeschlossen waren, scheint dies ein maßgeblicher Grund der mangelnden Teilnahme gewesen zu sein.

Das ursprüngliche Ziel *die Herausforderungen der Rettungskräfte während der Flüchtlingskrise 2015/2016 in Bezug auf interkulturelle Überschneidungssituationen zusammenzufassen* wurde zum Ziel *die Herausforderungen des Rettungsdienstpersonals im Einsatzgeschehen mit interkulturellen Überschneidungssituationen zusammenzufassen* geändert. Demzufolge wurde die Anforderung des

Beschäftigungsverhältnisses erweitert, sodass die erste Voraussetzung wie folgt definiert wurde:

1. Beschäftigung im deutschen Rettungsdienst seit 2018 mit mind. drei Diensten pro Monat

Nach dieser Änderung ergaben sich neun Teilnehmer für den ersten Termin, drei Teilnehmer für den zweiten Termin und drei Teilnehmer für den dritten Termin.

Die erste Fokusgruppe zeichnete sich durch die Besonderheit zwei kurzfristig akquirierter Teilnehmer aus. Ein partizipierendes Mitglied, welches während der Diskussion im operativen Einsatzdienst beschäftigt war, konnte spontan zwei Kollegen für die Diskussion gewinnen. Somit waren vier Diskussionsteilnehmer zum Zeitpunkt der Fokusgruppendifkussion in ihrer einsatzfreien Zeit auf der Wache und nahmen an der Diskussion teil. Mit einem weiteren Teilnehmer bildete die Gruppe eine Mischform aus einer natürlichen und künstlichen Gruppe. Fünf Kollegen konnten sich aufgrund ihres Dienstverhältnisses, wohingegen 3 weitere Teilnehmer keinen Bezug zu dieser natürlichen Gruppe hatte. Eine weitere Besonderheit war die zusätzliche spontane Akquisition einer Teilnehmerin, welche die Partnerin eines Teilnehmers war. Trotz drei Krankheitsausfällen und ein Nichterscheinen konnte die erste Fokusgruppendifkussion mit acht Teilnehmern erfolgreich durchgeführt werden. Eine Einsatzalarmierung einer teilnehmenden Besatzung minimierte die Gruppe etwa in der Hälfte der Diskussion um zwei Personen und gegen Ende nochmals um zwei weitere Personen.

Nach einem Krankheitsausfall in der zweiten Gruppe wurde der Termin kurzfristig auf den dritten Termin verschoben, sodass im dritten Termin drei Teilnehmer angemeldet waren. Eine Teilnehmerin, welche sich am Tag der Diskussion krankmeldete, akquirierte eine qualifizierte Ersatzteilnehmerin, sodass die Diskussion einer künstlichen Gruppe mit drei Personen durchgeführt werden konnte. Die Einsatzalarmierung eines Teilnehmers stellte auch hier eine Herausforderung dar, da die Gruppe im späten Verlauf der Diskussion auf zwei Teilnehmer reduziert wurde. Aufgrund des vorhandenen Gesprächsflusses wurde die Diskussion, trotz Unterschreitung der Mindestanzahl an Teilnehmern von drei Personen, nicht vorzeitig beendet. Die erhobenen Merkmale der Teilnehmer und die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen wurden für eine bessere Übersicht in den Tabellen 3-5 dargestellt.

Tabelle 3*Anstellungsdauer und Arbeitsumfang der Teilnehmer*

Stichprobe	Anzahl Teilnehmer	Anstellungsdauer		Arbeitsumfang 2018		Arbeitsumfang 2022	
		x_{med}	\bar{x}	x_{med}	\bar{x}	x_{med}	\bar{x}
FG 1	8	8	8.25	15	14.25	15.5	16.25
FG 2	3	8	7	12	9.6	4	4.3
Gesamt	11	8	7.91	15	13	15	13

Anmerkungen. Die Tabelle beschreibt die Fokusgruppen (FG) und die Gesamtstichprobe (Gesamt) hinsichtlich der Anzahl der Teilnehmer an den Gruppendiskussionen, die Anstellungsdauer in Jahren, welche die Ausbildung von Notfallsanitätern in Ausbildung berücksichtigt, da sie bereits zuvor die Qualifikation Rettungssanitäter innehielten. Der Arbeitsumfang beschreibt die monatliche Anzahl an Schichtdiensten, welche mit 12-Stunden bemessen wurden. x_{med} = Median; \bar{x} = Mittelwert.

In Tabelle 3 wurde die Anstellungsdauer, der Arbeitsumfang im Jahr 2018 und 2022 für eine bessere Transparenz und Nachvollziehbarkeit sowohl im Median als auch im Mittelwert berechnet. Die Anstellungsdauer eines Teilnehmers von 14 Jahren wäre in der Berechnung des Medians im Vergleich zu den übrigen Teilnehmern als Ausreißer erkannt und nicht berücksichtigt worden. Dasselbe gilt für alle Bereiche des Arbeitsumfangs, da die erste Fokusgruppe im Kriterium des Arbeitsumfangs im Jahr 2018 mit einer Teilzeitkraft als Ausreißer verunreinigt wurde und die zweite Fokusgruppe gegenteilig durch eine Vollzeitkraft verunreinigt wurde. Des Weiteren sei erwähnt, dass die gesamte Verteilung der Vollzeitkräfte des Jahres 2022 auf FG 1 und die gesamte Verteilung der Teilzeitkräfte des Jahres 2022 in FG 2 rein zufällig entstanden ist. Im Übrigen weisen die teilnehmenden Rettungskräfte ein durchschnittliches Alter, gemäß dem arithmetischen Mittel, von 29.25 Jahren in der FG 1, 26 Jahren in der FG 2 und 28.36 Jahren in der Gesamtbetrachtung der Befragten auf.

Wie in Tabelle 4 zu sehen, konnte eine relativ ausgeglichene Verteilung der nicht-ärztlichen präklinischen Qualifikation unter den Teilnehmern hergestellt werden, wobei die Notfallsanitäter den Rettungssanitätern in der ersten Gruppe numerisch leicht überlegen waren.

Tabelle 4

Ausbildungsstand der Teilnehmer

Stichprobe	RettSan	NotSan i.A.	RettAss	NotSan
2018				
FG 1	3	2	1	2
FG 2	2	-	-	1
Gesamt	5	2	1	3
2022				
FG 1	3	-	-	5
FG 2	2	-	-	1
Gesamt	5	-	-	6

Anmerkungen. Die Tabelle beschreibt den Ausbildungsstand der Fokusgruppenteilnehmer im Jahr 2018, welche bezüglich der Anstellungsdauer eine Teilnahmevoraussetzung darstellt. Zusätzlich wurde der Ausbildungsstand im Jahr der Forschung (2022) erfasst. RettSan = Rettungssanitäter; NotSan i.A. = Notfallsanitäter in Ausbildung; RettAss = Rettungsassistent; NotSan = Notfallsanitäter.

Um ein möglichst nuanciertes Meinungsbild zu erfassen und nicht durch regionale Besonderheiten zu verzerrten Ergebnissen zu gelangen, gab es, wie in Tabelle 5 zu sehen, keine Restriktionen, die sich auf einzelne Gebiete der Bundesrepublik beschränkten. Diese Anforderung setzt für eine kosten- und zeiteffiziente Forschung die Durchführung mittels Videokonferenz voraus und geht mit dem Preis der möglicherweise reduzierten Materialbildung einher (Schulz, 2012).

Tabelle 5

Einsatzgebiet der Teilnehmer

Stichprobe	Deutsch- landweit	Große Kreisstadt in BW	Großstadt in BW	Stadt in BB	Gemeinde in SH
FG 1	1	5	1	-	1
FG 2	-	1	1	1	-
Gesamt	1	6	2	1	1

Anmerkungen. Die Tabelle beschreibt die Region, in der die Teilnehmer zum Zeitpunkt der Forschung im Rettungsdienst eingesetzt sind. Deutschlandweit, deutet auf einen freiberuflichen Teilnehmer, welcher nicht ortsgebunden eingesetzt wird. Bei den großen Kreisstädten in BW handelt es sich um zwei verschiedene, welche mindestens eine Größe von 30,000 Einwohnern aufweisen können. Die Großstädte in BW zählen mehr als 100,000 Einwohner. Die Stadt in BB zählt mehr als 60,000 Einwohner. Eine Gemeinde in SH zählt weniger als 10,000 Einwohner. BW = Baden-Württemberg; BB = Brandenburg; SH = Schleswig-Holstein.

Nicht unerwähnt soll das soziodemografische Merkmal des Migrationshintergrunds unter den Teilnehmern bleiben. Lediglich eine Person weist einen indirekten Migrationshintergrund auf, da ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde. Die restlichen 10 Teilnehmer wurden mit der deutschen Staatsangehörigkeit geboren und wiesen deutsche Eltern auf, die mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurden.

5.2 Fokusgruppen

Die Ergebnisse der Fokusgruppendifkussionen leiten sich anhand der induktiven Kategorienbildung ab und werden im Folgenden in einzelne Kapitel unterteilt, um anschließend anhand der in Kap. 1 aufgestellten Fragen diskutiert zu werden. Anhand des gebildeten Materials der Fokusgruppendifkussionen konnten insgesamt 20 Kategorien gebildet werden, wovon 10 dieselbe Kategorie aufweisen. Nachfolgend werden lediglich zwei Kategorien dargestellt, um die Ziele der Forschung zu erreichen. Dennoch sei an dieser Stelle die Notwendigkeit einer weiteren Analyse der übriggebliebenen Kategorien erwähnt.

5.2.1 Herausforderungen im interkulturellen Einsatzgeschehen

Eine große Herausforderung der Rettungskräfte im Einsatzgeschehen mit interkulturellen Überschneidungssituationen ist die kommunikative Barriere aufgrund mangelnder gemeinsamer Sprachkompetenz zwischen Hilfeersuchenden und Hilfeleistenden. Dabei wurde der damit einhergehende Zeitverlust wiederholt genannt, welcher bei den Teilnehmern zu Frust, Wut oder psychischer Belastung führt. Erkrankungen mit einem unklaren Erscheinungsbild und diffusen Symptomen erschweren den Rettungskräften zusätzlich die Kommunikation und Vermittlung weiterer

Handlungen, was die Sanitäter ebenfalls psychisch belastet. Des Weiteren stellen die Untersuchung und Behandlung weiblicher Patienten für einige männliche Teilnehmer der ersten Gruppe eine Herausforderung dar, welche für andere jedoch durch Kommunikation einfach zu bewältigen sei.

Das häufig genannte Familienoberhaupt in Kulturen mit einer stärker ausgeprägten Machtdistanz stellt ebenfalls eine Herausforderung dar. Hierbei wird die Kommunikation mit diesem als Erfolgsfaktor für eine sichere, ruhige und adäquate Versorgung der Patienten beschrieben. In der ersten Fokusgruppe wurde von zwei Teilnehmern die Aufnahme der Rettungskräfte durch Beteiligte in Form von Bildern, Videos oder Videotelefonie genannt, welche zu Konzentrationsverlust oder Irritation bei den Einsatzkräften führen. Hinzu kommt das fehlende Verständnis für die häufige häusliche Versorgung kranker Patienten mit kollektivistisch geprägter Kultur. Dies führt angeblich durch mangelndes Wissen zu häuslichen Versorgungsproblemen, wodurch vermeidbare Rettungseinsätze entstehen und die Kollegen frustrieren.

Die zweite Gruppe beschrieb zusätzlich das fehlende Wissen über kulturelle Besonderheiten als Herausforderung im Einsatz.

5.2.2 Stärkung der interkulturellen Kompetenz

Der Großteil der Teilnehmer erhielt keine Fortbildung zur Stärkung der interkulturellen Kompetenz von ihrem Arbeitgeber. Zwei Rettungskräfte waren sich unsicher, ob eine Online-Fortbildung existiert hat. Da ihnen dies dennoch wichtig ist, gab es einige Vorschläge, die aus Sicht der Rettungskräfte ergriffen werden sollten. Dabei spielt die Vermittlung von Wissen und praktischen Hilfen, bspw. als Integration in Softskills-Fortbildungen, eine Rolle. Lokal angepasste Fortbildungen oder die betriebsinterne frühzeitige Kommunikation kultureller Besonderheiten bezüglich einer kommenden Flüchtlingswelle, wie die der aktuellen ukrainischen Flüchtlingswelle, wurden ebenfalls als wichtig erachtet. Den Teilnehmern der zweiten Gruppe war es dabei besonders wichtig, die Schulung der interkulturellen Kompetenz messbar zu machen und durch eine strukturierte Schulung der Praxisanleiter den Auszubildenden ein regelmäßiges Feedback zu ihrer interkulturellen Kompetenz zu ermöglichen.

Die Nutzung der Kontakthypothese (vgl. Kap.2.5.2) als theoretische Grundlage zur Stärkung der interkulturellen Kompetenz förderte einige Vorschläge zutage.

Beide Gruppen plädierten für eine Erhöhung des Anteils der Kollegen mit Migrationshintergrund. Der Vorschlag einer interkulturellen interdisziplinären Fortbildung beschreibt die Verbindung von Rettungskräften mit bspw. dem Krankenpflegepersonal, da etwa 12% der in Deutschland arbeitenden Pflegekräfte einen Migrationshintergrund aufweisen (Wolf, 2021).

Nachfolgend werden einzeln genannte, selbsterklärende Vorschläge aufgezeigt: Dozenten mit Migrationshintergrund; internationaler Austausch von Rettungskräften; standardisierte Fortbildungen der Notfallmedizin international gestalten; Integration fremdkultureller Gruppen in ehrenamtliche Institutionen; Integration von Flüchtlingen in Praxistrainings des Rettungsdienstes oder Ehrenamts.

6 Diskussion

Die Ergebnisse der Fokusgruppen werden anhand den in Kap. 1.2 gestellten Fragen nachfolgend diskutiert. Gemäß den Forschungsergebnissen werden im Anschluss Möglichkeiten zur Stärkung der interkulturellen Kompetenz anhand der Kontakthypothese und eine konkrete Handlungsempfehlung für die deutschen Rettungskräfte gegeben.

Die Methode der Fokusgruppendifkussion mit insgesamt 11 Teilnehmern konnte dank der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring eindeutig ein komplexes Netz an Herausforderungen der Sanitäter in der Versorgung von fremdkulturellen Hilfeersuchenden identifizieren. Diese Herausforderungen begrenzen sich bei genauerer Betrachtung auf die einsatzbezogene Kommunikation und das fehlende Verständnis der Rettungskräfte für das Verhalten der fremden Kulturen. Die zwei durchgeführten Diskussionen führten weiterhin zum Ergebnis, dass die Stärkung der interkulturellen Kompetenz für alle Beteiligten von hoher Bedeutung ist, um Konflikte zu vermeiden und ihren persönlichen Wertvorstellungen der bestmöglichen Patientenversorgung gerecht zu werden.

Aufgrund der geringen Anzahl an Fokusgruppenteilnehmern können, wie für Fokusgruppen üblich, die Diskussionsgruppen den deutschen Rettungsdienst nicht statistisch repräsentieren (Schulz, 2012). Des Weiteren muss eine mögliche Stichprobenverzerrung im Rahmen nachfolgender Forschungen berücksichtigt werden, sodass nicht nur Personen befragt werden, welche dem Thema eine große Bedeutung zumessen. Deshalb wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die

Ergebnisse nicht allgemeingültig zu verstehen sind und eine weitere Erfassung der gesammelten Daten dringend empfohlen wird. Die quantitative Datenerhebung der gesammelten Herausforderungen, vgl. 5.1.2, mittels skaliertes Umfragen stellt eine reliable, valide und objektive Möglichkeit zur Verifizierung oder Falsifizierung der Hypothesen, welche auf Grundlage dieser Forschungsergebnisse gebildet werden können, dar.

Weitere Herausforderungen dieser Forschung waren der kurze Zeitraum für die Akquisition der Diskussionsteilnehmer. Zusätzlich scheint das in Kap. 5.1 besprochene Kriterium des Beschäftigungszeitraums hinderlich für einige potenzielle Teilnehmer gewesen zu sein, sodass die Durchführung erst durch eine Anpassung der Teilnahmekriterien und Zielsetzung der Forschung möglich war. An dieser Stelle sei das hohe Engagement der Teilnehmer nochmals erwähnt, welche unter anderem während ihrer einsatzfreien Zeit im Dienst an der Diskussion teilnahmen. Trotz der im Verlauf reduzierten Gruppengröße aufgrund der Alarmierung einiger Einsatzkräfte konnte die Diskussion aufrechterhalten werden. Abschließend lässt sich sagen, dass diese Herausforderungen für weitere Gruppendiskussionen berücksichtigt werden sollten. Ebenso wird empfohlen, einen längeren Zeitraum für die Akquisition einzuplanen genauso wie mehr Teilnehmer zu rekrutieren, damit mögliche Ausfälle nicht zu einem Unterschreiten der Gruppengröße führen.

Eine mögliche Erklärung für die häufig genannten Herausforderungen in den meist affektiv geprägten Einsätzen ist die mangelnde Ausprägung der interkulturellen Handlungskompetenz nach Bolten (2007), vgl. Kap. 3.1.2. Die teils fehlende soziale Kompetenz im Sinne der Kommunikationsfähigkeit und Konfliktbewältigungsstrategie kann an diversen Beispielen aufgezeigt werden. Aufgrund der Probleme einiger männlicher Kollegen, weibliche Patienten adäquat untersuchen zu können oder der herausfordernden Kommunikation mit dem Familienoberhaupt scheint die Kommunikationsfähigkeit einiger Rettungskräfte nicht für interkulturelle Beziehungen auszureichen. Die Konfliktbewältigungsstrategie zeigt durch mehrfach eskalierte Notfalleinsätze aufgrund des fehlenden Familienoberhauptes, vgl. FG 1, ebenfalls Entwicklungspotenzial. Hier wurde insbesondere das Notfallbild der Reanimation genannt, welcher mehrfach den Einsatz von Polizeikräften für eine Deeskalation zur Folge hatte. Bei der Betrachtung des fehlenden Verständnisses für die partizipative Teilnahme des Familienoberhauptes am Einsatzgeschehen müssen zusätzlich die negativen Emotionen, vgl. Anlage E, betrachtet werden. Die

Kombination des fehlenden Verständnisses und den negativen Emotionen kann ein Hinweis auf eine reduzierte oder eingeschränkte interkulturelle Empathie sein.

Weiterhin scheint die Selbststeuerungsfähigkeit einiger Fachkräfte aufgrund von negativen Emotionen durch einen Zeitverlust oder durch Bildaufnahmen am Einsatzort eingeschränkt, vgl. Kap. 5.2.1. Darüber hinaus wird die individuelle Belastbarkeit durch den genannten Zeitverlust und Frust über vermeidbare Einsätze zusätzlich zur alltäglich hohen Belastung der Rettungskräfte reduziert. Hier ist kritisch anzumerken, dass weitere Ursachen für die entwicklungsfähige Handlungskompetenz gefunden und mit den Herausforderungen nicht-fremdkultureller Einsatzgeschehen verglichen werden müssen.

Die Wünsche der Teilnehmer zur Stärkung ihrer interkulturellen Kompetenz waren vielfältig und werden weitestgehend in den Handlungsempfehlungen beachtet. Nicht berücksichtigt werden die Wünsche der reinen Wissensvermittlung, da bereits Allport und Kramer (1946) sowie Pettigrew und Tropp (2008) die Ineffektivität bezüglich der Reduktion von Vorurteilen aufzeigen konnten, vgl. 2.5.1. Diese Vermittlung von Wissen stellt zwar einen Teil des interkulturellen Handelns nach Thomas (2006) dar, reicht jedoch nicht für einen anhaltenden und effektiven Aufbau der interkulturellen Kompetenz aus.

Die Integration von Geflüchteten in Praxistrainings des Rettungsdienstes muss sensibel geprüft werden. Hierbei gilt es nicht nur politische und gesellschaftliche Besonderheiten zu berücksichtigen, sondern auch die individuelle psychische Belastung eines jeden potenziell psychisch traumatisierten (Kriegs-)Geflüchteten. Das Schminken von lebensechten Wunden oder anderen sensorisch aufgenommenen Reizen könnte bei Betroffenen zum Wiedererleben vergangener Erlebnisse führen. Des Weiteren bilden beide Parteien keine naheliegende homogene Gruppe, es sei denn, es wäre möglich, die Ingroup Wirksamkeit zu reduzieren, vgl. Kap. 2.3. Hier ist eine klare Definition der neugebildeten homogenen Gruppe unumgänglich, um weitestgehend die Kooperation zur Erreichung eines gemeinsam definierten Ziels zu erreichen. Die Unterstützung institutioneller Rahmen oder Autoritäten stellt hier eine weitere Herausforderung dar, da zusätzlich Personal zur Führung der Gruppe sowie zur Übersetzung bereitgestellt werden muss. Eine weitere Untersuchung dieser Maßnahme scheint aufgrund der partizipativen und aufklärenden Art dennoch sinnvoll, zudem diese Art der Inklusion möglicherweise weitere Vorteile mit sich bringt. Die Integration fremdkultureller Gruppen in ehrenamtliche Institutionen, wie

den Ortsvereinen von Hilfsorganisationen oder der freiwilligen Feuerwehr, ist eine mögliche Lösung zur Überbrückung dieser eben genannten Herausforderungen. Dennoch kann die Zusammenarbeit mit diesen Institutionen und die Akquisition der fremdkulturellen Gruppen nicht deutschlandweit von den Rettungsdienstorganisationen beeinflusst werden.

Der Vorschlag standardisierte medizinische Fortbildungen, wie bspw. dem *International Trauma Life Support*, mit Rettungskräften aus dem Ausland zu absolvieren, erfüllt die Bedingungen der Kontakthypothese vollständig. Es scheint aufgrund der hohen Kosten für den Arbeitgeber jedoch kaum bzw. unregelmäßig realisierbar zu sein, sodass die Zeit die für einen optimalen Intergruppenkontakt nach Pettigrew (1997) nicht erfüllt wird und deshalb nicht in den Handlungsempfehlungen berücksichtigt werden kann.

Die häufig genannte Erhöhung des Anteils der Rettungskräfte mit Migrationshintergrund schließt die Bedingungen der Kontakthypothese mit ein, kann jedoch aufgrund mangelnder Daten vorerst nicht empfohlen werden. Eine repräsentative Erfassung der kulturellen und ethnischen Hintergründe der in Deutschland arbeitenden Rettungskräfte scheint sinnhaft, um diesen Mangel auszugleichen. Darauf basierend können weitere Untersuchungen und Maßnahmen folgen.

In der Metadiskussion sprachen die Teilnehmer abschließend von einem offenen, angenehmen, respektvollen und professionellen Gespräch und betonten die Bedeutung solcher Diskussionen zur Stärkung des Bewusstseins gegenüber von Vorurteilen und Rassismus, sowie der Stärkung der interkulturellen Kompetenz.

7 Fazit

Anhand der durchgeführten Fokusgruppendifkussionen und der darauffolgenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) kann die Forschungsfrage: *Welche Maßnahmen sollten aus Sicht der Rettungskräfte ergriffen werden, um ihre interkulturelle Kompetenz für den Einsatz mit fremdkulturellen Patienten zu stärken?* in mehreren Schritten beantwortet werden. Aus den Ergebnissen lässt sich schließen, dass sich alle Teilnehmer der Fokusgruppen einig waren, dass ein institutioneller Rassismus in ihrem Rettungsdienstbereich existiert und Ursachen für diesen nicht abschließend geklärt werden können, jedoch eine Rolle in den Herausforderungen der Versorgung fremdkultureller Hilfeersuchenden spielt. Die größten

Herausforderungen liegen der Kommunikation zugrunde, weshalb diese als Erfolgsfaktor für einen reibungslosen Einsatzablauf maßgeblich ist. Hinzu kommt das fehlende Verständnis für kulturelle Besonderheiten. Trotz der divergenten Ausprägungen der interkulturellen Handlungskompetenzen der Teilnehmer, betonten alle Rettungskräfte die Bedeutung zur Stärkung ihrer interkulturellen Softskills, um eine bestmögliche Patientenversorgung, unabhängig der Kultur, Ethnie etc. zu erreichen. Da weder die rettungsdienstlichen Ausbildungen noch die Arbeitgeber eine effektive und nachhaltige Schulung zur Stärkung der interkulturellen Handlungskompetenzen der Rettungsdienstmitarbeiter vorweisen erschließt sich die Dringlichkeit zur Stärkung der interkulturellen Kompetenz im Sinne von regelmäßigen Fortbildungen der Rettungskräfte. Die abschließende Beantwortung der Forschungsfrage findet anhand von Handlungsempfehlungen im nachfolgenden Kapitel statt.

Aufgrund der geringen Teilnehmeranzahl und des Erhebungsinstruments der Fokusgruppen können keine allgemeingültigen Schlüsse gezogen werden, weshalb für die weitere Forschung folgende Hypothesen aufgestellt werden:

1. Institutioneller Rassismus ist in deutschen Rettungsdiensten vorhanden.
2. Die Versorgungsqualität fremdkultureller Patienten ist von der Höhe der interkulturellen Handlungskompetenz der Rettungskräfte abhängig.
3. Regelmäßiger Kontakt zwischen Rettungskräften und fremdkulturellen Gruppen reduziert einsatzbedingte interkulturelle Herausforderungen.

8 Handlungsempfehlungen zur Stärkung der interkulturellen Kompetenz

Aus den Ergebnissen der Gruppendiskussionen werden nachfolgend konkrete Handlungsempfehlungen für alle deutschen Rettungsdienste abgeleitet sowie eine mögliche weitere wissenschaftliche Vorgehensweise empfohlen.

An erster Stelle sei die Bedeutung zur Stärkung der interkulturellen Kompetenz nochmals erwähnt, um den im Rettungsdienst existenten Rassismus, vgl. Kap. 2.2.3; Anlage E, zu reduzieren. Gleichzeitig kann durch die Minimierung von Konfliktpunkten; wie in Kap. 3.3 beschrieben, eine bessere Versorgung der Hilfesuchenden, unabhängig ihres kulturellen Hintergrunds, gewährleistet werden. Somit stellt die Etablierung interkultureller Fortbildungen für das deutsche

Rettungsdienstpersonal eine unumgängliche Konsequenz für alle deutschen Rettungsdienstorganisationen dar.

Zweitens können die Rettungsdienste eine aktive Rolle in der Verbesserung der interkulturellen Handlungskompetenz einnehmen, indem sie mithilfe der regelmäßigen Kombination zwischen Wissensvermittlung und Praxistraining den Lern- und Entwicklungsprozess ihrer Mitarbeiter fördern. Die genannten Vorschläge, wie bspw. einen internationalen bilateralen Austausch von Rettungskräften oder einer interdisziplinären interkulturellen Fortbildung, können durch eine Längsschnittstudie mit der dazwischenliegenden Intervention der Fortbildungsmaßnahme wissenschaftlich begleitet und auf Erfolg geprüft werden. Aufgrund der regionalen Unterschiede in der Bundesrepublik, bezüglich des Ausmaßes von Rassismus aber auch der unterschiedlich starken Verteilung von Migranten oder Flüchtlingen, kann keine allgemeingültige Maßnahme zur Stärkung der interkulturellen Kompetenz in Verbindung mit der Kontakthypothese ausgesprochen werden. Nichtsdestotrotz scheinen die, von den Teilnehmern vorgeschlagenen, Maßnahmen vielversprechend in der Reduktion von Vorurteilen und Stärkung der interkulturellen Kompetenz.

Aufgrund der in Kap. 2.5.2 erwähnten Forschungsergebnisse von Pettigrew (1997), welche eine nachhaltige Freundschaft als womöglich beste Art zur Erfüllung der Kontakthypothese beschreiben, werden ebendiese vorgeschlagenen Maßnahmen, vgl. Kap. 5.2.2, besonders empfohlen. Die Vermittlung von spezifischem interkulturellem Wissen kann mit dem praktischen Austausch zwischen Rettungskräften und Pflegekräften, der ohnehin häufig kontaktierten Notaufnahmen, kombiniert werden. Sobald Rettungs- und Pflegekräfte in einer gemeinsamen Fortbildung kooperieren, erfüllen sie bereits drei Kriterien nach Allport (1979), da sie in ihrem Status eine homogene Gruppe der *Notfallmediziner* bilden, im Sinne der Fortbildung kooperieren und die Fortbildung durch die institutionellen Bedingungen unterstützt wird. Das gemeinsam definierte Ziel könnte bspw. die Erarbeitung von Unterschieden und Gemeinsamkeiten der verschiedenen Kulturen unter den Teilnehmern darstellen. Eine weitere Möglichkeit ist es, das Verhalten von Patienten mit fremdkulturellem Hintergrund zu analysieren und gemeinsam erarbeitete Fallstudien kulturell zu analysieren. Dabei muss ein übergeordnetes Ziel, wie bspw. die bestmögliche Patientenversorgung, ein gemeinsames Fundament bilden. Mehrmalige Treffen im Jahr werden für diese kostengünstige Option empfohlen, um ein effektives Ergebnis zu erzielen.

Internationale Austauschprogramme zwischen Rettungskräften können nicht nur alle Bedingungen der Kontakthypothese erfüllen, sondern auch neue interkulturelle Erfahrungen nach Thomas (2006) bedingen. Hinzu kommt die potenzielle Stärkung der interkulturellen Handlungskompetenz im Sinne der Toleranz, Empathie, Kommunikationsfähigkeit sowie der Belastbarkeit und Selbstwahrnehmung. Thomas (2006) erwähnte zusätzlich die Notwendigkeit für die Vermittlung von kulturspezifischem Wissen, sodass eine vorherige Schulung der Teilnehmer eines Austauschprogramms sinnvoll scheint. Aufgrund des hohen ökonomischen Aufwands kann diese Maßnahme anfänglich mit dem Aufbau internationaler Beziehungen begonnen werden, sodass die Rettungskräfte regelmäßig digitalen Kontakt halten. Mittels Videokonferenzen können innerhalb dieser homogenen Gruppe von Rettungskräften gemeinsame Ziele entwickelt, Fortbildungen gehalten und der persönliche Austausch forciert werden. Das gemeinsame Ziel dieser kostengünstigen Variante kann bspw. die Entwicklung eines bilateralen Austauschprogramms und der Finanzierung durch öffentliche Fördergelder sein und wird daher empfohlen.

Ebenfalls wichtig scheint die Erfassung von Missverständnissen und Konflikten in fremdkulturellen Überschneidungssituationen, welche an dieser Stelle dringend empfohlen wird, um die genannten lokalen und regionalen Besonderheiten in der Entwicklung interkultureller Trainings zu berücksichtigen. Bereits bekannte Missstände sollten hierbei kritisch überprüft und in der Interpretation der Umfrageergebnisse berücksichtigt werden. Für repräsentative Ergebnisse sind Umfragen nicht nur innerhalb einer Rettungsdienstorganisation, sondern innerhalb des gesamten Rettungsdienstbereichs auszuführen. Eine niederschwellige und anonyme Teilnahme gibt hier den Rettungskräften die Möglichkeit, ehrlich zu antworten, ohne negative Konsequenzen fürchten zu müssen. Zusätzlich kann für eine kontinuierliche Erfassung eine anonyme Meldung kritischer interkultureller Überschneidungssituationen über bspw. ein *Critical Incident Reporting System* (CIRS) eingeführt werden. Dieses CIRS kann ebenso für die Erfassung des institutionellen Rassismus genutzt werden. Mitarbeiter könnten somit anonym bspw. auf Missstände, gängige rassistische Praktiken oder auch institutionelle Hürden für fremdkulturelle Personen im Bewerbungsverfahren, aufmerksam machen.

Mit dem Ziel der Stärkung der interkulturellen Kompetenz der Rettungskräfte wird empfohlen, den Status Quo der Mitarbeiter mittels den in Kap. 3.2 genannten Methoden vor und nach einer gewählten Intervention zu erfassen. Die gleichzeitige

wissenschaftliche Begleitung, durch bspw. eine Längsschnittstudie, empfiehlt sich für die Analyse der zeitlichen Entwicklung und liefert zuverlässige Ergebnisse (Petigrew, 2006).

Im Hinblick auf die Prognosen der in Zukunft zunehmenden Flüchtlingsbewegungen und auch häufigeren Kontaktpunkten mit fremdkulturellen Patienten wird den Rettungsdienstorganisationen nicht nur eine interne zügige Information bei bevorstehenden Flüchtlingsbewegungen der Rettungskräfte über mögliche Kulturen empfohlen, sondern auch die Berücksichtigung dieser Handlungsempfehlungen nahegelegt.

9 Literaturverzeichnis

- Allport, G. W. (1979). *The Nature of Prejudice* (3 ed.). Basic Books.
- Allport, G. W., & Kramer, B. M. (1946). Some Roots of Prejudice. *The Journal of Psychology*, 22(1), 9-39.
- Bela, M., Großmann, M., Surtees, K., & Rösch, K. (2013). Lernfeld 4 - einen Krankentransport durchführen. In M. Ohder, J. Volz, M. Schmidt, R. Kuhnke, & M. Ziegler (Eds.), *Notfallsanitäter-Curriculum: Baden-Württemberg Modell für eine bundesweite Ausbildung* (2 ed., S. 65-70). Kohlhammer.
- Betancourt, J. R., & R. Green, A. (2020). Ethnische Unterschiede in der medizinischen Versorgung. In N. Suttorp, M. Möckel, B. Siegmund, & M. Dietel (Eds.), *Harrisons Innere Medizin* (20 ed., S. 48-55). ABW Wissenschaftsverlag.
- Bevölkerung in Privathaushalten nach Migrationshintergrund*. (n.d.) Destatis, destatis.de. Abgerufen 12.07.2022 - 12:00 von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/migrationshintergrund-geschlecht-insgesamt.html>
- Blascovich, J., Mendes, W. B., Hunter, S. B., Lickel, B., & Kowai-Bell, N. (2001). Perceiver threat in social interactions with stigmatized others. *J Pers Soc Psychol*, 80(2), 253-267.
- Bolten, J. (2007). Was heißt "Interkulturelle Kompetenz?" Perspektiven für die internationale Personalentwicklung. In J. Berninghausen & V. Künzer (Eds.), *Wirtschaft als interkulturelle Herausforderung* (S. 21-42). IKO.
- Building Intercultural Competencies for Ambulance Services (BICAS)*. (n.d.). johanniter.de. Abgerufen 08.07.2022 - 12:10 von <https://www.johanniter.de/bildungseinrichtungen/johanniter-akademie/johanniter-akademie-mitteldeutschland/standorte-der-akademie-in-mitteldeutschland/campus-leipzig/angebote/forschung/building-intercultural-competencies-for-ambulance-services-bicas/>
- Buse, K. (2021). *Rassismus, Rechtsextremismus und Sexismus in der Feuerwehr Bremen?* Oberlandesgericht a.D.
- Di Giuseppe, M., & Perry, J. C. (2021). The Hierarchy of Defense Mechanisms: Assessing Defensive Functioning With the Defense Mechanisms Rating Scales Q-Sort [Methods]. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-23.
- DuBard, C. A., Garrett, J., & Gizlice, Z. (2006). Effect of Language on Heart Attack and Stroke Awareness Among U.S. Hispanics. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(3), 189-196.
- Empfehlungen für die Ausbildung von Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitätern* (2008). Ausschuss Rettungswesen
- Feldhaus, K., & Goedert, L. (2021). *Sanitäter prügelt auf gefesselten Syrer ein*. Bild. Abgerufen 06.04.2022 - 14:30 von <https://www.bild.de/news/inland/news-inland/polizisten-schauen-zu-sanitaeter-pruegelt-auf-gefesselten-syrer-ein-75698244.bild.html>
- Fitzpatrick, J., & Mayer, S. J. (2020). Fokusgruppen. In I. Borucki, K. Kleinen-von Königslöw, S. Marschall, & T. Zerback (Eds.), *Handbuch Politische Kommunikation* (S. 1-9). Springer Fachmedien Wiesbaden.

- Gerlach, H., Becker, N., Fuchs, A., Wollny, A., & Abholz, H. H. (2008). Discrimination of Blacks on account of their skin colour? Results of focus group discussions with victims in the German health-care system. *Gesundheitswesen*, 70(1), 47-53.
- Gertsen, M. C. (1990). Intercultural competence and expatriates. *The International Journal of Human Resource Management*, 1(3), 341-362.
- Hall, E. T. (1959). *The silent language*. Doubleday & Company.
- Hall, E. T. (1981). *Beyond Culture*. Doubleday.
- Hall, E. T., & Hall, M. R. (1990). *Understanding cultural differences*. Intercultural Press.
- Herrmann, M., Schwantes, U., & Topsever, P. (2017). Ausländische Patienten. In M. Kochen (Ed.), *Allgemeinmedizin und Familienmedizin* (5 ed., S. 179-185). Thieme.
- Hofstede, G., Hofstede, G. J., & Minkov, M. (2010). *Cultures and organizations : software of the mind : intercultural cooperation and its importance for survival*. McGraw-Hill.
- Interkulturelle Kompetenz (6h)*. (n.d.) divi.de. Abgerufen 08.07.2022 - 10:00 von <https://www.divi.de/fortbildung-weiterbildung/veranstaltungskalender-kongresse-kurse-seminare/1063-interkulturelle-kompetenz-6h?date=2022-02-26-00-00>
- Jones, C. P. (2000). Levels of Racism - A Theoretic Framework and a Gardener's Tale. *American Journal of Public Health*, 90(8), 1212-1215.
- Krahé, B. (2014). Aggression. In K. Jonas, W. Stroebe, & M. Hewstone (Eds.), *Sozialpsychologie* (6 ed., S. 315-355). Springer.
- Lamnek, S. (2016) *Qualitative Sozialforschung (6 ed.)*. Beltz
- Lehrplan für die Berufsfachschule für Notfallsanitäter*. (2018). Bayrisches Staatsministerium für Unterricht und Kultur.
- Lehrplan für die Berufsfachschule - Notfallsanitäter Notfallsanitäterin*. . (2015). Sächsisches Staatsministerium für Kultus.
- Machado, C. (2019). *Patienten aus fremden Kulturen im Notarzt- und Rettungsdienst* (2 ed.). Springer.
- Matsumoto, D., & Hwang, H. C. (2013). Assessing Cross-Cultural Competence: A Review of Available Tests. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44(6), 849-873.
- Mayring, P. (1994). Qualitative Inhaltsanalyse. In A. Boehm, A. Mengel, & T. Muhr (Eds.), *Texte verstehen: Konzepte, Methoden, Werkzeuge* (S. 159-175). UVK.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken* (12 ed.). Beltz.
- Migration und Integration*. (n.d.). Destatis, destatis.de. Abgerufen 12.07.2022 - 12:10 von https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/_inhalt.html
- Morden, T. (1999). Models of National Culture - A Management Review. *Cross Cultural Management*, 6(1), 19-44.
- Niedersächsisches Curriculum für die Ausbildung zur Notfallsanitäterin und zum Notfallsanitäter*. (2018). Regionale Landesämter für Schule und Bildung Niedersachsen.

- Pendry, L. (2014). Soziale Kognition. In K. Jonas, W. Stroebe, & M. Hewstone (Eds.), *Sozialpsychologie* (6 ed., S. 107-140). Springer.
- Pettigrew, T. F. (1997). Generalized Intergroup Contact Effects on Prejudice. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23(2), 173-185.
- Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *J Pers Soc Psychol*, 90(5), 751-783.
- Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2008). How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators. *European Journal of Social Psychology*, 38(6), 922-934.
- Pfad, D. (2021). *Rassismus in Chatgruppe: Ermittlungen gegen Mitarbeiter vom Roten Kreuz*. Bild.de. Abgerufen 06.04.2022 - 15:30 von <https://www.bild.de/bild-plus/regional/frankfurt/frankfurt-aktuell/drk-unterdruck-ermittlungen-wegen-chat-gruppe-mit-rechtem-inhalt-76625934.bild.html>
- Pflueger-Scherb, U. (2021). *Nach schockierendem Video aus Kassel: Sanitäter spricht erstmals über Vorfall in Flüchtlingsunterkunft*. hna.de. Abgerufen 12.05.2022 - 15:40 von <https://www.hna.de/kassel/notfallsanitaeter-spricht-ueber-vorfall-in-kasseler-fluechtlingsunterkunft-91142620.html>
- Pruegger, V. J., & Rogers, T. B. (1994). Cross-cultural sensitivity training: Methods and assessment. *International Journal of Intercultural Relations*, 18(3), 369-387.
- Rahmenlehrplan - Ausbildung zum Notfallsanitäter / zur Notfallsanitäterin in Nordrhein-Westfalen*. (2016). Ministerium für Gesundheit Emanzipation Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Rahmenlehrplan des Landes Hessen - Notfallsanitäterin / Notfallsanitäter*. (2014). Hessisches Ministerium für Soziales und Integration.
- Schaefer, C. E., & Mattei, D. (2005). Catharsis: Effectiveness in children's aggression. *International Journal of Play Therapy*, 14(2), 103-109.
- Schnabel, D., Kelava, A., Seifert, L., & Kuhlbrodt, B. (2015). Konstruktion und Validierung eines multimethodalen berufsbezogenen Tests zur Messung interkultureller Kompetenz. *Diagnostica*, 61, 3-21.
- Schulen für Notfallsanitäter*innen*. (n.d.). Bezirksregierung Arnsberg. bra.nrw.de. Abgerufen 08.07.2022 - 14:00 von <https://www.bra.nrw.de/umwelt-gesundheit-arbeitsschutz/gesundheits-und-pflege/gesundheits-und-pflegeberufe/schulen-und-weiterbildungsstaetten-im-gesundheitswesen/schulen-fuer-notfallsanitaeterinnen>
- Schulz, M. (2012). Quick and easy!? Fokusgruppen in der angewandten Sozialwissenschaft. In M. Schulz, B. Mack, & O. Renn (Eds.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft* (S. 9-22). Springer VS.
- Staatlich anerkannte Schulen für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter*. (n.d.). Regierungspräsidium Baden-Württemberg. rp.baden-wuerttemberg.de. Abgerufen 08.07.2022 - 14:00 von https://rp.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/RP-Internet/Themenportal/Schule_und_Bildung/Berufliche_Ausbildung/_DocumentLibraries/Documents/notfallsanitaet_schule.pdf
- Stevanovic, A., Coburn, M., & Rossaint, R. (2015). Mindestanforderungen an qualitativ hochwertige Berichte medizinischer Forschungsergebnisse. *Der Anaesthetist*, 64(12), 903-910.

- Straub, J. (2007). Kultur. In J. Straub, A. Weidemann, & D. Weidemann (Eds.), *Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kompetenz* (S. 7-24). J.B. Metzler.
- Thomas, A. (2006). Interkulturelle Handlungskompetenz – Schlüsselkompetenz für die moderne Arbeitswelt. *Arbeit*, 15(2), 114-125.
- Thüringer Lehrplan für die berufsbildende Schule - Höhere Berufsfachschule dreijähriger Bildungsgang - Notfallsanitäterin/Notfallsanitäter.* (2021). Thüringer Ministerium für Bildung, J. u. S.
- Trompenaars, A., & Hampden-Turner, C. (1998). *Riding the waves of culture* (2 ed.). Nicholas Brealey.
- Utlar, A. (2021). Kultur, Kulturdimensionen und Kulturstandards. In T. Ringeisen, P. Genkova, & F. Leong (Eds.), *Handbuch Stress und Kultur* (2 ed., S. 31-38). Springer.
- Übersicht der anerkannten Rettungsdienstschulen im Regierungsbezirk Münster.* (n.d.). Bezirksregierung Münster bezreg-muenster.de. Abgerufen 08.07.2022 - 14:00 von https://www.bezreg-muenster.de/zentralablage/dokumente/ordnung_und_sicherheit/rettungsdienst/aufstellung_der_anerkannten_rettungsdienstschulen.pdf
- Vetterl, A., Dr. Antwerpes, F., Veen, S., & Fink, B. (2021). *Mittelmeersyndrom.* DocCheck Flexikon. Abgerufen 07.05.2022 - 10:30 von https://flexikon.doccheck.com/de/Morbus_Balkan
- Wolf, C. (2021). *Zuwanderung von Pflegekräften und Ärztinnen und Ärzten.* Abgerufen 17.06.2022 von https://mediendienst-integration.de/fileadmin/Dateien/Pflege_Fachkraefte_Ausland_Mediendienst_Factsheet_neu_2021.pdf
- Wolff, F. (2017). *Interkulturelle Kompetenz durch Auslandsaufenthalte.* Springer.

