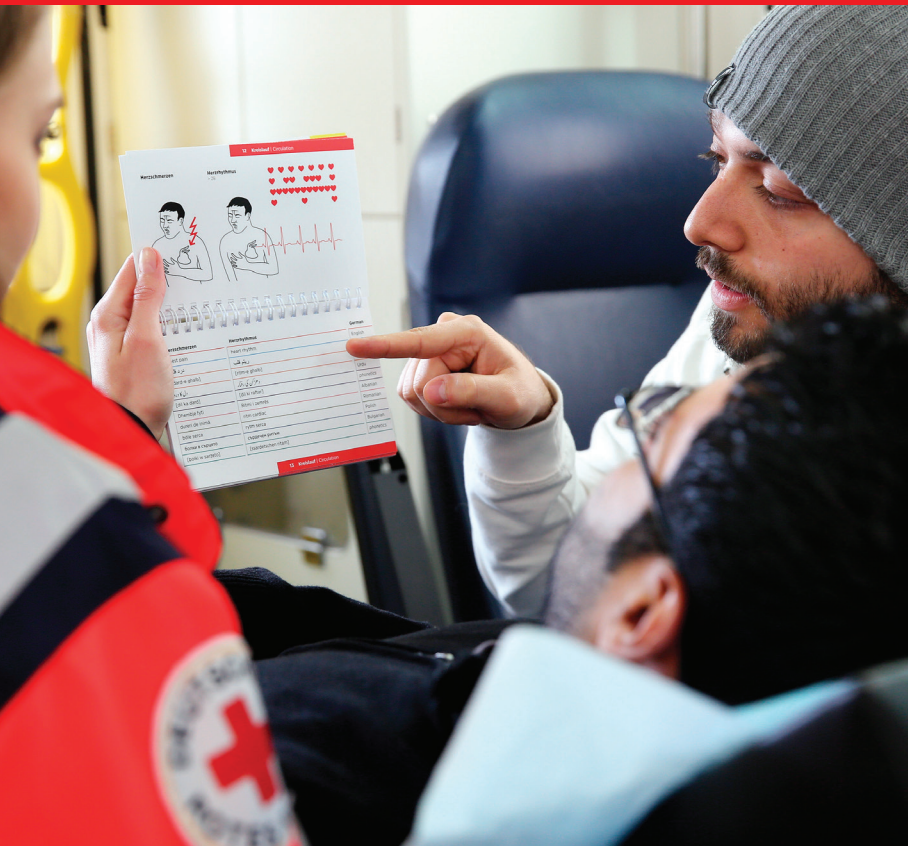


Besondere Personengruppen
im Rettungsdienst

Kultursensibel im Einsatz

A. Artmeyer · A. Schäfer

H. Karutz · S. Schröder (Hrsg.)



Anmerkungen des Verlags

Die Herausgeber, Autorin und Autor sowie der Verlag haben höchste Sorgfalt hinsichtlich der Angaben von Therapie-Richtlinien, Medikamentenanwendungen und -dosierungen aufgewendet. Für versehentliche falsche Angaben übernehmen sie keine Haftung. Da die gesetzlichen Bestimmungen und wissenschaftlich begründeten Empfehlungen einer ständigen Veränderung unterworfen sind, ist der Benutzer aufgefordert, die aktuell gültigen Richtlinien anhand der Literatur und der Beipackzettel zu überprüfen und sich entsprechend zu verhalten.

Die Angaben von Handelsnamen, Warenbezeichnungen etc. ohne die besondere Kennzeichnung ®/™/© bedeuten keinesfalls, dass diese im Sinne des Gesetzgebers als frei anzusehen wären und entsprechend benutzt werden könnten.

Der Text und/oder das Literaturverzeichnis enthalten Links zu externen Webseiten Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat. Deshalb kann er für diese fremden Inhalte auch keine Gewähr übernehmen. Für die Inhalte der verlinkten Seiten ist stets der jeweilige Anbieter oder Betreiber der Seite verantwortlich.

Alle personenbezogenen Aussagen gelten stets für Personen beliebigen Geschlechts gleichermaßen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Alle Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, der Entnahme von Abbildungen oder Textteilen, vorbehalten. Einspeicherung in elektronische Systeme, Funksendung, Vervielfältigung in jeder Form bedürfen der schriftlichen Zustimmung der Autoren und des Verlags. Auch Wiedergabe in Auszügen nur mit ausdrücklicher Genehmigung.

© Copyright by Verlagsgesellschaft Stumpf + Kossendey mbH,
Edewecht 2022, Titelbild: Thomas Warnack/DRK-Service GmbH
Satz: Bürger Verlag GmbH & Co. KG, Edewecht
Druck: Print Group Sp. z o.o., 71-004 Szczecin (Polen)
ISBN 978-3-943174-63-2
ISBN 978-3-943174-60-1 (Gesamtausgabe)

Besondere Personengruppen im Rettungsdienst – Band 3

**Herausgegeben von
Harald Karutz & Stefan Schröder**

Kultursensibel im Einsatz

Anne Artmeyer und Adrian Schäfer



Verlagsgesellschaft Stumpf & Kossendey mbH, Edewecht 2022

Inhalt

Abkürzungen	8
Geleitwort der Herausgeber	9
Vorwort	10
1 Migrationsbewegungen und gesellschaftlicher Wandel	13
1.1 Historischer Rückblick	13
1.2 Zuwanderung geflüchteter Menschen seit 2015	15
1.3 Fachkräftemangel – Deutschland als Einwanderungsland	16
1.4 Migration als biografisches Ereignis	17
1.5 Die älter werdende Bevölkerung	21
2 Notfallversorgung und Bevölkerungsschutz	23
2.1 Gesundheitsversorgung und soziale Absicherung	23
2.2 Kenntnisse zur Gesundheitsversorgung im Kontext von Migration und Integration	24
2.3 Krankenversicherungsschutz für Asylsuchende	26
2.4 Krankenversicherungsschutz von EU-Bürger*innen	29
3 Einsatzsituationen im interkulturellen Kontext	31
3.1 Ich als Einsatzkraft	32
3.2 Wer ist mein Gegenüber?	34
3.3 Was ist passiert?	35
4 Stress im Einsatz – Ursachen und Auswirkungen	39
4.1 Umgang mit kritischen Situationen	40

4.2	Wie komme ich aus dieser „Falle“ heraus?	42
4.3	Soziale und interkulturelle Kompetenz – Voraussetzungen	42
4.4	Die Bedeutung von Kultur	43
5	Kommunikation und Kommunikationsbarrieren im Einsatz	47
5.1	Gesprächsregeln für gelingende Kommunikation und Handlungsalternativen	49
5.2	Interkulturelles Kommunikationssetting	51
6	Werte und Wertedifferenzen	59
6.1	Religiöse Verpflichtungen und ihr Einfluss auf das Krankheitserleben und -verhalten	60
6.2	Differierende Wertevorstellungen	60
6.3	Welche Werte gibt es, die die Arbeit im Rettungsdienstalltag beeinflussen?	61
6.4	Bedeutung des Themas für den Einsatz im Rettungsdienst	67
7	Körperbilder und Krankheitsverständnis	69
7.1	Körperbilder und Krankheitserklärungen	70
7.2	Bedeutung des Themas für den Rettungsdienst	74
8	Umgang mit Posttraumatischen Belastungsstörungen im Kontext von Fluchterfahrungen	76
8.1	Anzeichen und Folgen einer Posttraumatischen Belastungsstörung	77
8.2	Bedeutung des Themas für den Rettungsdienst	79

9	Umgang mit Schmerzen und Schmerzäußerungen	81
9.1	Schmerzausdruck und -verhalten	82
9.2	Bedeutung des Themas für den Rettungsdienst	83
10	Umgang mit Tod und Trauer im Einsatz	84
10.1	Trauerverhalten in anderen Kulturen	86
10.2	Bedeutung des Themas für den Rettungsdienst	87
11	Umgang mit Stereotypen, Vorurteilen und Diskriminierung	90
11.1	Stereotype, Vorurteile und deren Ursachen	91
11.2	Das Eigene und das Fremde	93
11.3	Bedeutung des Themas für den Rettungsdienst	94
12	Team Resource Management	96
12.1	Team Resource Management als Beitrag zur Fehlerprävention	99
12.2	Bedeutung des Themas für den Rettungsdienst	101
13	Resümee	103
	Literatur	106
	Autoren und Herausgeber	111
	Register	112

2 Notfallversorgung und Bevölkerungsschutz

2.1 Gesundheitsversorgung und soziale Absicherung

Gesundheitssysteme dienen der Absicherung der Bevölkerung gegen Krankheitsrisiken. Sie tragen zum Erhalt der Gesundheit und zur Behandlung von Krankheiten bei. Weltweit werden, je nach Art der Finanzierung, drei Versorgungssysteme unterschieden. Der staatliche Gesundheitsdienst (Beveridge-Modell) wird mit zweckgebundenen Steuern finanziert, bei dem ein nationaler Gesundheitsdienst über öffentliche Versorgungsbereiche sichergestellt wird. Für die Bürger*innen ist dies praktisch kostenlos. Ein Beispiel dafür ist der National Health Service (NHS) in Großbritannien. Das zweite Versorgungssystem ist das private System, bei dem es keine Versicherungspflicht gibt und die Gesundheitsversorgung hauptsächlich durch private Anbieter abgedeckt wird. Dieses durch Markt- und Wettbewerbsmechanismen regulierte System wird etwa in den USA praktiziert. Ein Sozialversicherungssystem wie in Deutschland finanziert sich über die gesetzlichen Krankenversicherungen. Hierbei teilen sich Arbeitnehmer*innen und Arbeitgeber*innen die gesetzlichen Sozialversicherungsbeiträge. Gesundheitsleistungen werden von öffentlichen und privaten Anbietern erbracht und Vertragsärzte in die ambulante Versorgung eingebunden. Dieses Modell gibt es beispielsweise auch in Frankreich und Österreich. Oftmals ist eine trennscharfe Unterscheidung der nationalen Gesundheitssysteme jedoch nicht möglich, da diese oft Mischformen darstellen.

Merke: *Das deutsche Gesundheitssystem ist sehr komplex und für Menschen, die sich noch nicht lange in Deutschland aufhalten, nur schwer zu durchschauen. Kommt man dazu noch aus einem Land mit einer komplett anderen oder aufgrund von Krieg, Armut oder staatlicher Fehlsteuerung nicht mehr vorhandenen Gesundheitsversorgung, ist eine Anpassung umso schwieriger.*

2.2 Kenntnisse zur Gesundheitsversorgung im Kontext von Migration und Integration

Über die Teilnahme an einem Integrationskurs werden Informationen zum hiesigen Gesundheitssystem vermittelt. Zum Thema Notfallversorgung werden in diesen Kursen laut Curriculum zentrale Punkte gelehrt. So soll die teilnehmende Person erfahren, „dass es einen ärztlichen Notdienst und eine Notaufnahme im Krankenhaus gibt, und die Notrufnummer 112 kennen“ (BAMF, 2020b). Darüber hinaus wird vermittelt, „dass man im deutschen Gesundheitswesen von Personen beider Geschlechter behandelt/untersucht werden kann“. Auch soll für potenzielle Unterschiede zwischen den Systemen medizinischer Versorgung im Herkunftsland und Zielland sensibilisiert werden und die Unterschiede in den Systemen bewusstgemacht werden (BAMF 2017).

Merke: *Dieser Vermittlungsansatz ist grundsätzlich gut, greift aber erst sehr spät, da Kurskapazitäten begrenzt sind und je nach Aufenthaltsstatus auch nicht jede*r zur Teilnahme berechtigt ist.*

Die seit 2015 deutlich angestiegene Zahl von Geflüchteten stellt das Gesundheitssystem vor neue Aufgaben. Doch auch die Schutzsuchenden müssen sich auf eine neue Sprache, eine fremde Kultur und ein anderes Gesundheitssystem einstellen und stehen damit ebenfalls vor einer beträchtlichen Herausforderung.

Eine unklare Finanzierung von medizinischen Leistungen für Geflüchtete sowie ein großes Defizit im Bereich der interkulturellen Öffnung von Einrichtungen führen dazu, dass viele Geflüchtete (dies gilt übrigens auch für Patient*innen mit Migrationshintergrund) auf diese Situation u.a. damit reagieren, dass sie in hohem Maße Notfallambulanzen aufsuchen und häufiger stationär behandelt werden (Joksimovic et al. 2017).

Diese Entwicklung dürfte auch Auswirkungen für den Rettungsdienst mit sich bringen und das subjektive Gefühl der übermäßigen Inanspruchnahme durch Schutzsuchende bestätigen.



Abb. 3 ► Migrant*innen haben z.T. wenig Kenntnis darüber, welche Gesundheitsleistungen ihnen zustehen (Foto: DRK-Rettungsdienst Rheinhessen-Nahe gGmbH).

So veröffentlichte die Zeitung „Die Welt“ bereits Mitte 2016 den Artikel „Alarmieren Flüchtlinge häufiger den Rettungsdienst?“ und berichtete von Rettungsdiensten aus Rheinland-Pfalz, Niedersachsen und Berlin, die ein erhöhtes Einsatzaufkommen in Einrichtungen für Geflüchtete wahrnahmen (Sandrisser 2016).

Merke: *Viele RTW-Besatzungen dürften schon einmal einen Einsatz erlebt haben, bei dem das Aufsuchen eines niedergelassenen Arztes bzw. einer Ärztin durch die hilfesuchende Person eigentlich zielführender gewesen wäre als der Transport durch den Rettungsdienst in das nächstgelegene Krankenhaus.*

2.3 Krankenversicherungsschutz für Asylsuchende

Blickt man auf die Gruppe der Asylsuchenden, werden diese nach der Aufnahme in einer Erstaufnahmeeinrichtung im Rahmen einer Erstuntersuchung medizinisch betreut und akute Gesundheitsprobleme behandelt. Später gilt es, die Gesundheitsversorgung analog zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sicherzustellen. Die medizinische Grundversorgung von Asylbewerber*innen in Deutschland ist im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt, wird aufgrund des föderalen Systems in den Bundesländern jedoch unterschiedlich umgesetzt.

Darüber hinaus ist der Zugang zu Gesundheitsleistungen zunächst nur eingeschränkt möglich. Außerhalb eines Notfalles muss für diese in den ersten 15 Monaten des Aufenthalts in Deutschland ein Behandlungsschein bei der zuständigen Sozialbehörde beantragt werden. Über dessen Gewährung entscheidet jedoch oftmals nicht medizinisch ausgebildetes Personal der Sozialbehörde (Spura et al. 2017). Die medizinische Versorgung

4 Stress im Einsatz – Ursachen und Auswirkungen

Praxisbeispiel:

Stadtlohn – Um ans Totenbett einer Angehörigen zu gelangen, hat am Montag gegen 22 Uhr eine etwa dreißigköpfige Großfamilie auf der Intensivstation der Klinik in Stadtlohn randaliert. Bei tumultartigen Szenen seien Scheiben zerschlagen und ein Hände-Desinfektionsmittel zertreten worden, teilte die Polizei am Dienstag mit. Zuvor hatten sich nach Polizeiangaben etwa 30 Verwandte über die Weigerung des Arztes hinweggesetzt, der großen Gruppe Einlass zu der 69 Jahre alten Verstorbenen zu gewähren. Sie drängten an ihm vorbei. Zwei Familienmitglieder seien derart aufgeregt gewesen, dass sie kollabierten. Weil lautes Geschrei und Gedränge den Betrieb auf der Intensivstation derart beeinträchtigt hätten, rief das Krankenhaus die Polizei zur Hilfe. Nur mit Mühe sei es dem Arzt gelungen, die Gruppe zum Verlassen der Station zu bewegen. Mit mehreren Streifenwagen rückte die Polizei schließlich an und erteilte Platzverweise. Das Krankenhaus habe dann den engsten Angehörigen ermöglicht, sich von der Verstorbenen zu verabschieden. Von der Polizei wurde ein Strafverfahren wegen Landfriedensbruch, schwerem Hausfriedensbruch und Sachbeschädigung eingeleitet (Westfälische Nachrichten vom 18. August 2015).

Dieses Beispiel stammt ursprünglich aus dem Krankenhauskontext, ist aber sicherlich auf ähnliche Situationen im Rettungsdienst übertragbar. Hierbei geht es in erster Linie um das auslösende Moment und die im Nachgang aus dem Ruder gelaufenen Folgen.

4.1 Umgang mit kritischen Situationen

Der Umgang mit dem Tod ist für Ärzte und Pflegepersonal auf einer Intensivstation nicht neu und erfordert einen professionellen Umgang in der Begleitung von Angehörigen einer verstorbenen Person. Nun wird an dem aufgeführten Beispiel sichtbar, dass das Verhalten von Menschen in der Bewältigung einer Todesnachricht sehr unterschiedlich und nicht immer vorhersehbar ist. Es kann in der unmittelbaren Begegnung Befremden und Überforderung auslösen. Das bisherige Repertoire an Hilfestellungen ist plötzlich in dieser Situation nicht mehr abrufbar. Die weiteren Folgen sind Handlungsunsicherheit und eine sich darauf auf-

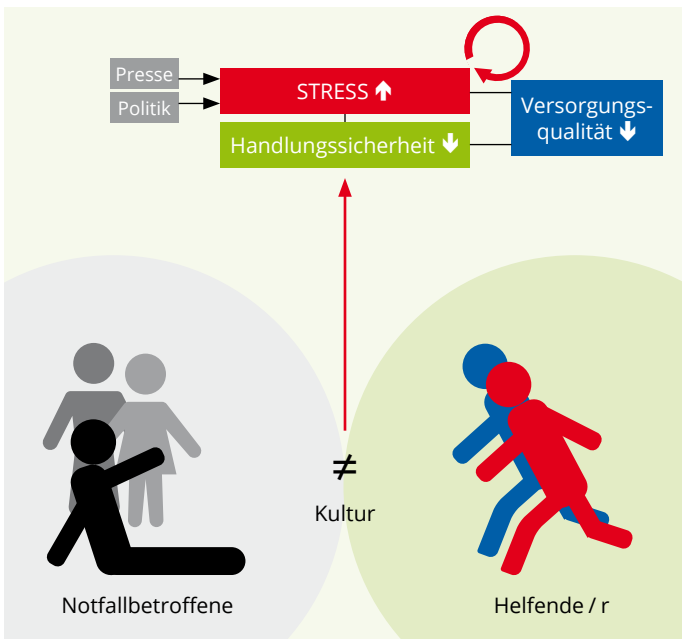


Abb. 6 ► Modell vom interkulturellen Einsatzstress (nach Hannig et al. 2016)

bauende Stressreaktion. In dem von Christian Hannig und seiner Projektgruppe entwickelten *Modell zum interkulturellen Einsatzstress* (s. Abb. 6) wird dieser Verlauf anschaulich dargestellt.

Die gravierende Folge von Handlungsunsicherheit, ob im Notfalleinsatz oder im Stationsalltag im Krankenhaus, ist die Entstehung von Fehlern in kritischen Situationen und damit einhergehend die Abnahme der Versorgungsqualität von hilfesuchenden Menschen. Der wesentliche Unterschied im Vergleich dieser zwei Arbeitsbereiche ist der zeitlich begrenzte Patient*innenkontakt und der Faktor Zeit bei lebenserhaltenden Maßnahmen im Rettungsdienst. Darüber hinaus gibt es wenig Vorbereitungszeit für einen Einsatz. Die von der Leitstelle weitergegebenen Informationen reichen oft nicht aus, um Planungssicherheit zu erlangen. Hier entsteht ein deutlich höheres Risiko für falsche Entscheidungen und daraus resultierende Fehler. Gerät die Rettungsdienstbesatzung dann in ein Einsatzgeschehen, in dem die zu behandelnde Person nicht dieselbe Sprache spricht oder sich auf unvorhersehbare Weise verhält, kann dies schnell zu kommunikativen Missverständnissen und falschen Annahmen führen. Es entwickelt sich eine negative, emotional aufgeladene Kommunikationsspirale.

Merke: *Nicht durchgeführte Fehleranalysen und nicht bearbeitete Folgen im Nachgang führen dazu, dass Erfahrungen aus derart kritischen Ereignissen in jeder neuen Situation, die nach ähnlichem Muster abläuft, wieder aufgerufen werden und die bereits einmal erlebte Negativspirale erneut in Gang gesetzt wird. Überforderungsgefühle, die Verfestigung von Vorurteilen gegenüber bestimmten Patientengruppen und die Gefahr eines Burnouts nehmen auf diese Weise sehr rasch zu (Hannig et al. 2016).*

4.2 Wie komme ich aus dieser „Falle“ heraus?

Um auf Situationen im interkulturellen Kontext vorbereitet zu sein – z.B. wenn eine Sprachbarriere vorhanden ist, wenn ein anderes Krankheitsverständnis oder ein anderes Wertesystem vorliegt –, ist es von großem Vorteil, über *interkulturelle Kompetenzen* zu verfügen. Sie sind erweiterte soziale Kompetenzen, die es ermöglichen, in nicht eindeutigen Situationen mit mehr Offenheit, Sensibilität und Gelassenheit zu reagieren sowie kulturelle Differenz auszuhalten. Im Idealfall steht ein Repertoire an Hintergrundinformationen und Erfahrungen zur Verfügung, um eine unbekannte und fremde Situation erfassen und verstehen zu lernen. Im nächsten Schritt können diese Informationen dann in adaptiertes Handeln transferiert werden, sodass bis zu einem gewissen Grad Handlungssicherheit wiederhergestellt werden kann (ausführlich siehe DRK-Landesverband Westfalen-Lippe e.V. 2013, Handschuck und Klawe 2010, Weidemann et al. 2010).

4.3 Soziale und interkulturelle Kompetenz – Voraussetzungen

Soziale Kompetenzen sind als Soft Skills eine Grundvoraussetzung und Kernkompetenz in der Arbeit mit und am Menschen. Eigenschaften wie Empathiefähigkeit und Offenheit sind notwendig, um Menschen in Ausnahmesituationen die Hilfe zu geben, die sie benötigen. Zu sozialen und interkulturellen Kompetenzen gehören folgende Fähigkeiten:

- ▶ Interesse an und Neugier auf die andere Person
- ▶ Perspektivenübernahme – Einfühlung in mein Gegenüber?
- ▶ kritische Reflexion von bewussten und unbewussten Stereotypen und Vorurteilen – Eigenbild und Fremdbild

5 Kommunikation und Kommunikationsbarrieren im Einsatz

Praxisbeispiel:

Sie werden als männliche Besatzung eines RTW zu einem Einsatz in einer Familie mit syrischem Hintergrund gerufen. Über die Leitstelle erfahren Sie, dass es sich um einen Notfall bei einer 45-jährigen Frau handelt, die an einem fortgeschrittenen Ovarialkarzinom mit Metastasen an verschiedenen Organen erkrankt ist. Am Einsatzort stellen Sie fest, dass die Patientin einen starken Blutverlust erlitten hat. Die Patientin selbst verfügt nur über geringe Deutschkenntnisse. Um die Kreislaufstabilität sicherzustellen, müssen Sie die Ursache der starken Blutung ermitteln und Vorbereitungen für den Transport in ein geeignetes Krankenhaus treffen. Zudem sind Ehemann, drei Kinder und die Schwiegermutter anwesend. Sie stellen sich bei der Frau und ihren Angehörigen vor. Als Sie die Patientin nach den Beschwerden und der allgemeinen Verfassung befragen, erhalten Sie keine adäquate Antwort. Ihnen fällt aber die Anämie auf. Da Ihnen wichtige Informationen zum Krankheitsgeschehen und damit auch zur Ursache der Blutung fehlen, bitten Sie den ältesten Sohn der Patientin, Ihre Fragen zu übersetzen. Er verfügt über gute Deutschkenntnisse und stimmt dem Wunsch zu. Bei der Übersetzung der Anamnese gewinnen Sie aber den Eindruck, dass der Sohn nicht alles so zu übersetzen scheint, wie Sie es gesagt haben. Die Frau antwortet nur knapp und unkonkret auf die Fragen. Da der Kreislauf instabiler wird, fühlen Sie sich zunehmend überfordert und entscheiden sich für einen schnellen Transfer in das nächstgelegene Krankenhaus.

- ▶ Wie hätten Sie sich verhalten?
- ▶ Wie können die vorhandenen Sprachbarrieren reduziert werden?
- ▶ Wie gehen Sie mit dem Tabuthema Scham und Schamgrenzen um?

Medizinische Notfallsituationen sind für die Betroffenen Ausnahmesituationen, die fast immer zu Gefühlen von Hilflosigkeit und Ohnmacht führen. Wenn zusätzlich Verständigungsprobleme hinzukommen, kann schnell bei allen Beteiligten Angst und Unsicherheit entstehen. Am Praxisbeispiel wird deutlich, wie schwierig es ist, bei fehlenden oder nicht ausreichenden Sprachkenntnissen die notwendigen Informationen für die Notfallversorgung zu erhalten. Dass Kinder dann ad hoc als Dolmetschende zur Unterstützung einbezogen werden, ist verständlich und nachvollziehbar. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass Kinder in einem erweiterten Familiensystem hierarchisch untergeordnet sind. Sie stecken oft in einem Dilemma. Auf der einen Seite verfügen sie im Gegensatz zu ihren Eltern oder Großeltern über erweiterte Deutschkenntnisse, auf der anderen Seite nehmen sie aufgrund ihres Alters eine untergeordnete Position in der Familienhierarchie ein.

Der Respekt gegenüber den älteren Familienmitgliedern und der fehlende Umgang mit Tabuthemen führen schnell zu Fehlern oder Auslassungen in der Übersetzung. Das Beispiel bezieht sich darüber hinaus auf einen geschlechtsspezifischen Tabubereich. Themen in diesem Kontext werden in der Regel nur mit dem gleichen Geschlecht geteilt und häufig umschrieben. Besonders im muslimischen Kontext spielt die Trennung der Geschlechter im öffentlichen Raum eine bedeutsame Rolle, und eine Missachtung kann mit Ehrverlust einhergehen. Im Beispiel kommt somit nicht nur die sprachliche Barriere zum Tragen, sondern auch ein unbekanntes Schamverhalten in der Benennung der Symptome und Beschwerden.

Merke: Kinder können als Dolmetschende hinzugezogen werden, wenn vorhandene Deutschkenntnisse zur Befragung nicht ausreichen. Man sollte sich aber immer der Begrenzung dieser Unterstützung und deren möglichen Fehlerquellen bewusst sein. Sie können immer nur eine Ergänzung sein.

5.1 Gesprächsregeln für gelingende Kommunikation und Handlungsalternativen

- ▶ Bei sprachlichen Barrieren können nonverbale Kommunikationshilfen unterstützend sein. So beinhaltet z.B. der Kartensatz/Einsatzleitfaden „tip doc emergency“ die wichtigsten Begriffe für Notfälle mit passender Bebilderung und Übersetzung in 16 Sprachen (s. Abb. 9/10).
- ▶ Empfehlenswert ist eine einfache, korrekte und verständliche Sprache (keine komplizierten Begriffe).
- ▶ Konflikte im Team und mit Patient*innen und deren Angehörigen erschweren die Entscheidungsfindung.
- ▶ Einbeziehung von Angehörigen in die Begleitung der Patientin oder des Patienten wirkt vertrauensfördernd und erleichtert die gemeinsame Entscheidungsfindung. Bezogen auf das Praxisbeispiel könnte man die Schwiegermutter einbeziehen, wenn sie über ausreichende Sprachkenntnisse verfügt.
- ▶ Von Vorteil ist eine Mann-Frau-Besatzung im RTW; dies ermöglicht die Wahrung von schambesetzten Grenzen; Geschlechtsunterschiede werden dadurch umgangen. Eine Untersuchung von Frauen oder Mädchen durch einen männlichen Rettungsdienstmitarbeiter ist oft nicht erwünscht und deshalb nicht empfehlenswert.

H. Karutz, S. Schröder (Hrsg.) A. Artmeyer, A. Schäfer

Die Reihe stellt in Form kleiner Taschenbücher die Spezifika in der Versorgung besonderer Personengruppen durch das präklinische Fachpersonal dar. Dabei stehen je nach Personengruppe medizinische, technische, taktische oder auch psychosoziale Informationen im Vordergrund. Fachwissen und Versorgungskonzepte werden durch konkrete Handlungsempfehlungen und Tipps für die Praxis abgerundet.

Band 3 vermittelt praxisorientierte Fallbeispiele und Grundlagen zur interkulturellen Kompetenz. Im Mittelpunkt steht der Umgang mit Sprachbarrieren, mit einem anderen Verständnis von Gesundheit und Krankheit oder mit Wertedifferenzen. Er soll einen kultursensiblen Einsatz bei zugewanderten Menschen und deren (Kindes-) Kindern fördern, die bereits ein Drittel des Patientenaufkommens ausmachen.

Besondere Personengruppen
im Rettungsdienst

Band 3

Kultursensibel im Einsatz